



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Cláudia Koch Geremias

Método Canguru: experiência vivida pelos pais e as contribuições da Enfermeira

Florianópolis
2019

Cláudia Koch Geremias

Método Canguru: experiência vivida pelos pais e as contribuições da Enfermeira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Florianópolis
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Geremias, Cláudia Koch

Método Canguru : experiência vivida pelos pais e as contribuições da Enfermeira / Cláudia Koch Geremias ; orientador, Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, 2019. 139 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Método Canguru. 3. Recém-nascido prematuro. 4. Neonatologia. 5. Enfermagem Humanística. I. Santos, Evangelia Kotzias Atherino dos . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Cláudia Koch Geremias

Método Canguru: experiência vivida pelos pais e as contribuições da Enfermeira

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Ana Izabel Jatobá de Souza, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Maria de Fátima Mota Zampieri, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Roberta Costa, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Profa. Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

Profa. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Orientadora

Florianópolis, 28 de fevereiro de 2012.

*Aos meus queridos pais, Mário e Maria, a
toda minha família e amigos. A vida só tem
sentido se compartilhada com quem amamos.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, já que ele é o princípio, para quem tem fé. A ele agradeço o dom da vida e sua imensa bondade para comigo. Como creio que ele também é o fim, agradeço-o por me acompanhar nesta jornada e ter me permitido chegar ao final desta etapa mesmo com as dificuldades inerentes ao processo. Em muitos momentos pude sentir-me sendo carregada nos seus braços, dando-me forças e amparo para continuar a caminhada.

Agradeço a meus pais por toda incansável demonstração de amor e dedicação e por terem me dado a oportunidade de estar neste mundo e de ser tão feliz. Tenho orgulho em tê-los como meus pais. Os valores de respeito ao próximo, ética, determinação e de crença na força do trabalho por eles transmitidos, irão sempre me acompanhar, onde quer que eu esteja.

A minha irmã Adriana que mesmo longe se fez presente, me apoiando com suas palavras de estímulo, dando carinho e suporte quando desanimada eu estava.

Minha gratidão à orientadora que gentilmente aceitou me acompanhar, Dra. Evanguelia. Porque orientar é mais do que transmitir conhecimentos em uma determinada área do saber. É apontar caminhos e possibilidades. É dar conselhos que visam superar obstáculos e encurtar distâncias. É propor correções de rota e valorizar as conquistas. Orientar é instigar o desejo de dar um passo a mais, sempre rumo à conquista planejada.

Aos meus familiares, tios e primos, que perto ou longe sempre estiveram próximos, observando o desenvolvimento deste trabalho, me incentivando em mais esta caminhada.

Aos meus amigos, aqueles que estão perto e àqueles que estão longe, os mais próximos e aqueles que por consequências da vida, no momento estão mais afastados, mas que, todos sem exceção, sempre demonstraram interesse sobre o andamento desta dissertação, pois vocês meus queridos, sabiam o quão importante era esse momento na minha vida. Agradeço por se preocuparem sinceramente comigo, por se solidarizarem nos momentos de aflição e sempre terem palavras de ânimo e esperança, por se alegrarem com minha alegria, por compartilharem comigo momentos de descontração que muito providencialmente renovaram meu ânimo e serviram de inspiração para este trabalho. A todos muito obrigada!!

Aos recém-nascidos e suas famílias, fonte e objetivo maior deste estudo. É muito gratificante observar suas demonstrações recíprocas de amor que lhes dão fortaleza para superar as adversidades que encontram nesta fase da vida. Mais emocionante ainda é ser alvo de seu carinho em todos os momentos que estivemos juntos, desde que deram seu sim quanto à participação nesta pesquisa. Seus questionamentos e suas respostas me conduziram ao

saudável exercício de pensar, criar alternativas e agir com mais qualidade na prática assistencial.

Aos queridos colegas que compõem a equipe de saúde da neonatologia do HU/UFSC, verdadeiros anjos a serviço da vida, por compartilharem comigo a maravilhosa experiência de cuidar do recém-nascido e sua família. Vocês ficarão para sempre em meu coração.

Aos “novos” colegas de trabalho da unidade de quimioterapia, que acompanharam a reta final desde trabalho, juntamente com as angústias e incertezas, assim como também as alegrias de findar este processo, obrigada por me acolherem de forma tão especial e por me apoiarem nesta fase tão importante para mim.

Aos componentes da banca de qualificação, Dra. Maria Emília de Oliveira, Dra. Marisa Monticelli, Dda. Vânia Sorgatto, que com sua benevolência, críticas, observações e palavras de incentivo, deram grande contribuição para o fortalecimento deste trabalho enquanto ainda era projeto.

Aos componentes da banca de sustentação Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza, Dra. Maria de Fátima Mota Zampieri, Dra. Roberta Costa e Dda Vânia Sorgatto. Suas competências profissionais e senso de justiça no julgamento me dão a certeza que o crivo avaliativo deste trabalho não somente foi correto como valorizam todo o esforço realizado.

A querida amiga Mila, Maria Emília Oliveira, por todo carinho, incentivo e amizade. Você sempre foi um grande exemplo de profissional, acolhedora, incentivadora, desde a época em que eu era professora substituta na quinta fase, sua experiência contribuiu para que o sonho que um dia tive se tornasse realidade. Sua calma foi alívio na angústia.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação por todo o conhecimento compartilhado, em especial às professoras Marisa Monticelli e Kenya Schmidt Reibnitz, e a funcionária Cláudia Crespi Garcia por sua disponibilidade e pronta atenção.

A minha turma do Mestrado 2010, pela convivência, troca de experiências, partilha de receitas e contribuições das mais variadas que me encheram de coragem e confiança em minhas potencialidades.

Deixo meu abraço aos membros do GRUPESMUR, assim como meu agradecimento pelo acolhimento que neste grupo recebi. Crescemos como pessoa quando estamos inseridos num meio que respira conhecimento, trabalha com pesquisa e se preocupa em disseminar conhecimento.

Enfim, agradeço a todos aqueles que de alguma maneira torceram por mim nesta caminhada, contribuindo direta ou indiretamente com este estudo e com a realização deste grande sonho. Muito obrigada!

Não deixe que a saudade sufoque, que a rotina acomode, que o medo impeça de tentar. Desconfie do destino e acredite em você. Gaste mais tempo realizando que sonhando, fazendo que planejando, vivendo que esperando, porque embora quem quase morre esteja vivo, quem quase vive já morreu.

(Sarah Westphal)

RESUMO

Pesquisa Convergente-Assistencial que objetivou compreender o significado da experiência vivida pelos pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e a segunda etapa do Método Canguru, e identificar de que modo a enfermeira pode contribuir para promover o cuidado humanístico aos mesmos. O referencial teórico-filosófico adotado foi a Teoria Humanística de Paterson e Zderad. O estudo foi desenvolvido em uma Unidade Neonatal de uma maternidade pública no sul do Brasil, com seis pais (três mães e três pais) de recém-nascidos pré-termo, de baixo peso, internados e que ingressaram no Método Canguru. A coleta de dados foi realizada de junho a agosto de 2011, através do processo de cuidar da enfermagem humanística, utilizando o diálogo vivido. Da análise resultaram três artigos. O primeiro artigo é estudo bibliométrico com objetivo de identificar e caracterizar estudos que abordam a temática do Método Canguru produzidas nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem do Brasil, no período de 2000 a 2010. Os dados foram obtidos através de consulta ao banco de teses da CAPES, sendo uma tese e 15 dissertações. Os resultados evidenciam a adoção do Método Canguru como uma experiência positiva, mas que pode ser melhorada. O segundo artigo respondeu ao objetivo de compreender o significado da experiência vivida pelos pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e segunda etapa do Método Canguru. Emergiram duas categorias principais: Os pais frente a uma realidade inusitada: o nascimento prematuro do filho, e O Método Canguru com as possibilidades de vir a ser mais e estar melhor. Os resultados revelam a experiência como positiva, apesar da dualidade de sentimentos. O terceiro artigo buscou identificar de que modo a enfermeira pode contribuir para promover o cuidado humanístico aos pais de recém-nascidos que vivenciam a segunda etapa do Método Canguru. Os resultados foram apresentados em cinco categorias: A formação de vínculos entre a Enfermeira e os pais; O saber da Enfermeira que transmite segurança e dá suporte; A presença que proporciona segurança e bem estar aos pais; O cuidado que proporciona bem-estar físico e emocional para os pais e mães e para o bebê; e O cuidado mecanizado como barreira para o método. A utilização da teoria humanística de Paterson e Zderad mostrou-se como um modelo que permite olhar para os pais com os olhos do coração, com sensibilidade, colocando-se em seu lugar e compreendendo-os em seu existir-no-mundo. Não existe uma receita a seguir, mas é preciso disposição para o diálogo vivido, que ocorre a partir do encontro verdadeiro, em que se estabelece a relação empática, através da presença genuína. Os achados se mostram relevantes, pois podem ser determinantes para o aprimoramento das práticas assistenciais, relacionadas ao cuidado das mães, dos pais e seus bebês internados no ambiente neonatal, visando às especificidades desta clientela. Do ponto de vista do ensino em enfermagem neonatal, este estudo colabora para facilitar a compreensão de alunos e educadores com relação ao período de internação e a prática do Método Canguru como uma rede que une aspectos positivos e complicadores, e que acompanha o universo vivenciado.

Palavras-chave: Método Canguru. Recém-nascido prematuro. Neonatologia. Enfermagem Humanística.

ABSTRACT

Convergent Care Research that aimed to understand the meaning of the experience lived by parents of newborns who experience the first and second stage of the Kangaroo Method, and identify how the nurse can contribute to promote humanistic care for them. The theoretical-philosophical framework adopted was the Humanistic Theory of Paterson and Zderad. The study was conducted in a Neonatal Unit of a public maternity hospital in southern Brazil, with six parents (three mothers and three fathers) of low birth weight preterm newborns admitted to the Kangaroo Method. Data collection was performed from June to August 2011, through the process of taking care of humanistic nursing, using the lived dialogue. The analysis resulted in three articles. The first article is a bibliometric study aiming to identify and characterize studies that address the theme of the Kangaroo Method produced in the Graduate Nursing Programs in Brazil, from 2000 to 2010. Data were obtained through consultation of the thesis database. CAPES, being a thesis and 15 dissertations. The results show the adoption of the Kangaroo Method as a positive experience, but it can be improved. The second article responded to the objective of understanding the meaning of the experience lived by parents of newborns who experience the first and second stage of the Kangaroo Method. Two main categories emerged: Parents facing an unusual reality: the premature birth of their children, and The Kangaroo Method with the possibilities of becoming more and better. The results reveal the experience as positive despite the duality of feelings. The third article sought to identify how nurses can contribute to promote humanistic care to parents of newborns who experience the second stage of the Kangaroo Method. The results were presented in five categories: The formation of bonds between the nurse and the parents; The knowledge of the nurse who transmits security and gives support; The presence that provides safety and well-being to parents; Care that provides physical and emotional well-being for parents and the baby; and Mechanized care as a barrier to the method. The use of Paterson and Zderad's humanistic theory has proved to be a model that allows one to look at parents with the eyes of the heart, sensitively placing themselves in their place and understanding them in their existing-in-the-world. There is no recipe to follow, but it takes a willingness for the lived dialogue that takes place from the true encounter in which the empathic relationship is established through genuine presence. The findings are relevant, as they may be determinant for the improvement of care practices related to the care of mothers, fathers and their babies admitted to the neonatal environment, aiming at the specificities of this clientele. From the point of view of teaching in neonatal nursing, this study collaborates to facilitate the understanding of students and educators regarding the period of hospitalization and the practice of the Kangaroo Method as a network that joins positive and complicating aspects, and that accompanies the lived universe.

Keywords: Kangaroo Method. Preterm Newborn. Neonatology. Humanistic Nursing.

RESUMEN

Investigación de atención convergente que tuvo como objetivo comprender el significado de la experiencia vivida por los padres de recién nacidos que experimentan la primera y segunda etapa del Método Kangaroo e identificar cómo la enfermera puede contribuir a promover la atención humanística para ellos. El marco teórico-filosófico adoptado fue la Teoría Humanista de Paterson y Zderad. El estudio se realizó en una Unidad Neonatal de un hospital público de maternidad en el sur de Brasil, con seis padres (tres madres y tres padres) de recién nacidos prematuros de bajo peso al nacer ingresados en el Método Canguro. La recolección de datos se realizó de junio a agosto de 2011, a través del proceso de cuidado de enfermería humanista, utilizando el diálogo vivido. El análisis dio como resultado tres artículos. El primer artículo es un estudio bibliométrico con el objetivo de identificar y caracterizar estudios que aborden el tema del Método Canguro producido en los Programas de Posgrado en Enfermería en Brasil, de 2000 a 2010. Los datos se obtuvieron a través de la consulta de la base de datos de tesis. CAPES, siendo una tesis y 15 disertaciones. Los resultados muestran la adopción del Método Canguro como una experiencia positiva, pero se puede mejorar. El segundo artículo respondió al objetivo de comprender el significado de la experiencia vivida por los padres de recién nacidos que experimentan la primera y segunda etapa del Método Canguro. Surgieron dos categorías principales: los padres que enfrentan una realidad inusual: el nacimiento prematuro de sus hijos y el Método Canguro con las posibilidades de ser más y mejores. Los resultados revelan que la experiencia es positiva a pesar de la dualidad de los sentimientos. El tercer artículo buscaba identificar cómo las enfermeras pueden contribuir a promover la atención humanística a los padres de recién nacidos que experimentan la segunda etapa del Método Canguro. Los resultados se presentaron en cinco categorías: la formación de vínculos entre la enfermera y los padres; El conocimiento de la enfermera que transmite seguridad y brinda apoyo; La presencia que brinda seguridad y bienestar a los padres; Atención que brinda bienestar físico y emocional a los padres y al bebé; y la atención mecanizada como barrera para el método. El uso de la teoría humanista de Paterson y Zderad ha demostrado ser un modelo que permite mirar a los padres con los ojos del corazón, colocarse con sensibilidad en su lugar y comprenderlos en su mundo existente. No hay una receta a seguir, pero se necesita una voluntad para el diálogo vivido que tiene lugar desde el verdadero encuentro en el que la relación empática se establece a través de una presencia genuina. Los hallazgos son relevantes, ya que pueden ser determinantes para la mejora de las prácticas de atención relacionadas con el cuidado de madres, padres y sus bebés admitidos en el entorno neonatal, con el objetivo de las especificidades de esta clientela. Desde el punto de vista de la enseñanza en enfermería neonatal, este estudio colabora para facilitar la comprensión de estudiantes y educadores sobre el período de hospitalización y la práctica del Método Canguro como una red que une aspectos positivos y complicados, y que acompaña al universo vivido.

Palabras clave: Método Canguro. Neonatología. Recién nacido prematuro. Enfermería Humanística.

LISTA DE SIGLAS

AC	Alojamento conjunto
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP/UFSC	Comitê em Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina
CIAM	Central de Incentivo ao Aleitamento Materno
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CO	Centro obstétrico
GRUPESMUR	Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido
HU/UFSC	Hospital Universitário/Universidade Federal de Santa Catarina
MC	Método Canguru
MS	Ministério da Saúde
PCA	Pesquisa Convergente-Assistencial
RN	Recém-nascido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo
UTI Neonatal	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1	ARTIGO 1 - MÉTODO CANGURU: UM ESTUDO BIBLIOMÉTRICO DAS TESES E DISSERTAÇÕES DA ENFERMAGEM BRASILEIRA	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO	34
3.1	BREVE BIOGRAFIA DAS TEÓRICAS.....	35
3.2	FONTES TEÓRICO-FILOSÓFICAS DA TEORIA HUMANÍSTICA.....	36
3.3	MARCO CONCEITUAL.....	39
3.3.1	Pressupostos das teóricas selecionados para o estudo.....	40
3.3.2	Pressupostos pessoais da autora do estudo	41
3.3.3	Conceitos inter-relacionados	42
3.4	ENFERMAGEM FENOMENOLÓGICA.....	46
3.4.1	Fase 1: Preparação da enfermeira cognoscente para chegar ao conhecimento.....	47
3.4.2	Fase 2: A enfermeira conhece intuitivamente ao outro.....	47
3.4.3	Fase 3: A enfermeira conhece cientificamente ao outro	48
3.4.4	Fase 4: A enfermeira sintetiza complementariamente as realidades conhecidas.....	48
3.4.5	Fase 5: Da sucessão das multiplicidades à unidade paradoxal como processo interno da enfermeira.....	48
4	PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1	TIPO DO ESTUDO.....	49
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E DO CONTEXTO DO ESTUDO	49
4.3	SUJEITOS SIGNIFICATIVOS DO ESTUDO	52
4.4	A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL UTILIZANDO A ENFERMAGEM FENOMENOLÓGICA.....	57
4.4.1	O processo de cuidar adaptado a partir da enfermagem humanística – A coleta dos dados.....	57
4.5	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	60
4.5.1	Processo de apreensão.....	60
4.5.2	Processo de síntese.....	61
4.5.3	Processo de teorização.....	62
4.5.4	Processo de transferência.....	62

4.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	62
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
5.1	ARTIGO 2 – PRIMEIRA E SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO CANGURU: SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA PELOS PAIS.....	64
5.2	ARTIGO 3 - MÉTODO CANGURU: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA PARA PROMOVER O CUIDADO HUMANÍSTICO AOS PAIS QUE VIVENCIAM A PRIMEIRA E SEGUNDA ETAPA	84
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
	REFERÊNCIAS.....	106
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	111
	APÊNDICE B – Roteiro guia para o diálogo vivido.....	113
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria da Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina	118
	ANEXO B – Guia de Orientações para a Família Canguru	119

1 INTRODUÇÃO

Anualmente nascem cerca de 20 milhões de bebês pré-termos e de baixo peso no mundo. Destes, um terço morre antes de completar um ano de vida. A primeira causa de mortalidade infantil no Brasil são as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, comuns em crianças prematuras e de baixo peso. Além destas patologias, muitos bebês são acometidos de distúrbios metabólicos, de dificuldades em alimentar-se e para regular a temperatura corporal (BRASIL, 2011).

A prática da assistência ao recém-nascido pré-termo vem passando por transformações ao longo dos tempos e, devido a estas transformações, apresenta melhora significativa com o desenvolvimento de tecnologias para este fim. O Método Canguru (MC) foi criado no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, na Colômbia no ano de 1979 devido à pobreza extrema daquele país.

De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2011) a iniciativa colombiana tinha como proposta melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo naquele país. Seu objetivo, na época, era o de baratear os custos da assistência perinatal e promover, através do contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o seu bebê, maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento, tendo em vista que, naquele país as condições de saúde não eram muito favoráveis, com pouca disponibilidade de equipamentos necessários à assistência aos recém-nascidos pré-termos, além de um quadro significativo de abandono materno, fatos refletidos nas altas taxas de mortalidade neonatal. Conforme o preconizado na época, com estes procedimentos haveria alta hospitalar precoce.

Além disso, o acompanhamento ambulatorial se tornava um dos pilares fundamentais no seguimento dessas crianças, que, no domicílio, deveriam continuar sendo mantidas em contato pele-a-pele com a mãe na “posição canguru” (BRASIL, 2011). A partir de então, o ato de carregar o recém-nascido pré-termo contra o tórax materno ganhou o mundo, recebendo adeptos e opositores, como é natural em todo o processo de aplicação de novas tecnologias.

No Brasil, o MC foi introduzido com uma proposta um pouco distinta da proposta colombiana. Aqui, o método tem um caráter humanizador, o qual prevê uma assistência pautada no cuidado humanizado e o envolvimento dos pais, incluindo, necessariamente, desde os requisitos da atenção biológica e dos cuidados técnicos especializados, até os aspectos da atenção psicoafetiva, com igual ênfase. A visão brasileira sobre o Método Canguru é, na realidade, uma mudança do paradigma da atenção perinatal, em que as questões pertinentes à

atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos clássicos (BRASIL, 2011). De acordo com Lamy et al. (2005), o MC é uma estratégia de qualificação do cuidado pautada na atitude dos profissionais de saúde diante do bebê e de sua família a partir de um conceito de assistência que não se limita ao conhecimento técnico específico.

A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso - Método Canguru - prevê que a atuação se inicia em uma fase prévia ao nascimento de um bebê pré-termo ou de baixo peso, identificando as gestantes que tenham risco para tal acontecimento.

O MC é aplicado em três etapas, divididas em primeira, segunda e terceira etapas.

A primeira etapa tem seu início ainda no período pré-natal da gestação de alto risco. Neste período, a gestante e seu companheiro visitam a Unidade Neonatal com a finalidade de conhecer a mesma, assim como também podem visualizar bebês que nasceram com peso aproximado ao estimado para o seu bebê. Esta etapa estende-se à internação do recém-nascido pré-termo ou de baixo peso na Unidade Neonatal. Na primeira etapa são preconizados os seguintes procedimentos que devem ser realizados pela equipe multiprofissional de saúde, em concordância com o Ministério da Saúde brasileiro:

- Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal;
- Esclarecer sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal;
- Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário;
- Propiciar o contato precoce com o bebê;
- Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais;
- Oferecer suporte à amamentação;
- Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade;
- Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores do bem-estar do bebê;
- Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências;
- Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário;
- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da Unidade Neonatal, tais como odores, luzes e ruídos;
- Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê;
- Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor;

- Utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento;
- Assegurar a permanência da puérpera durante a primeira etapa: Auxílio transporte, para a vinda diária do familiar à unidade;
- Refeições durante a permanência na unidade;
- Assento (cadeira) adequado para a permanência ao lado do bebê e espaço que permita o seu descanso;
- Atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários (BRASIL, 2011, p.21).

Desde a primeira etapa do MC, o acesso dos pais à Unidade Neonatal é livre, ou seja, em período integral, sendo sempre que necessárias oferecidas condições como transporte e alimentação, com a finalidade de facilitar a permanência dos pais o máximo de tempo possível junto ao seu bebê, de acordo com sua disponibilidade. Além deste estímulo à permanência na Unidade Neonatal, a equipe também procura envolver os pais e as mães com os seus bebês através do toque, da fala e da realização dos cuidados, favorecendo a interação com o bebê, maneira gradativa.

A segunda etapa acontece ainda no ambiente hospitalar. A mãe é convidada a permanecer no hospital de forma contínua ao lado do filho. Para isto, ela é acolhida, e permanece com seu bebê o máximo de tempo possível, em um local apropriado, com condições físicas adequadas, o qual deve oferecer uma acomodação tanto para seu repouso quanto para sua permanência com o bebê colocado em posição canguru. Esta etapa é parte essencial do método, pois finaliza e otimiza a primeira etapa e prepara para a alta hospitalar e terceira etapa, este período pode ser considerado como um “estágio” para a alta hospitalar, pois proporciona à mãe segurança, conhecimentos e autonomia nos cuidados com seu bebê.

Para participar desta etapa, alguns critérios de elegibilidade precisam ser contemplados. O bebê necessita ter um peso mínimo de 1.250 gramas, nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo) e estabilidade hemodinâmica. A mãe precisa manifestar o desejo de se engajar nesta empreitada, ter disponibilidade de tempo, contar com uma rede familiar de apoio, demonstrar capacidade de reconhecer sinais de situações de risco, além de possuir conhecimento e habilidade para manejar o bebê (BRASIL, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 22), os seguintes procedimentos, que devem ser realizados pela equipe de saúde, são previstos nesta etapa:

- Permitir o afastamento temporário da mãe de acordo com suas necessidades;
- Acompanhar a evolução clínica e ganho de peso diário;

- Cada serviço deve utilizar condutas nutricionais de acordo com as evidências científicas atuais;
- A utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes não contra-indicam a permanência nessa etapa.

São critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa:

- Mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê;
- Compromisso materno e familiar para a realização da posição canguru pelo maior tempo possível;
- Peso mínimo de 1.600 g¹;
- Ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta.
- Sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação;
- Assegurar acompanhamento ambulatorial até o peso de 2500g;
- A primeira consulta deverá ser realizada até 48 horas da alta e as demais no mínimo uma vez por semana;
- Garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa.

A terceira etapa do MC é caracterizada pelo acompanhamento ambulatorial pela equipe multiprofissional de saúde, da criança e de seus pais, até o bebê atingir o peso de 2500 g.

São atribuições do ambulatório de acompanhamento:

- Realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida;
- Avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte;
- Incentivar a manutenção de rede social de apoio;
- Corrigir situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo gastro-esofágico, infecção e apnéias;
- Orientar e acompanhar tratamentos especializados;
- Orientar esquema adequado de imunizações.

O seguimento ambulatorial deve apresentar as seguintes características:

- Ser realizado por médico e/ou enfermeiro, que, de preferência, tenha acompanhado o bebê e a família nas etapas anteriores;
- O atendimento, quando necessário, deverá envolver outros membros da equipe interdisciplinar;
- Ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado caso o bebê necessite;
- O tempo de permanência em posição canguru será determinado individualmente por cada diade;
- Após o peso de 2.500g, o seguimento ambulatorial deverá seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p.23).

Após alguns anos atuando em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI

¹ Na unidade em que o estudo foi realizado foi padronizado como peso de alta 1750 g.

Neonatal) que é uma das unidades de referência nacional para o MC no Brasil, pude perceber muitas situações cotidianas, que vêm suscitando reflexões, principalmente acerca das experiências vivenciadas, e na maioria das vezes relatadas, pelos pais dos recém-nascidos pré-termos ou de baixo peso no que se refere ao processo vivido por estes pais. Com o evento do nascimento prematuro de seu filho, os pais entram em contato com um universo até então desconhecido para eles, cercado de muitos aparatos tecnológicos, onde o cuidado de enfermagem ocorre de forma normatizada por uma série de rotinas. Em meio a toda esta nova situação, observo muitas vezes a insegurança e os medos dos pais em relação ao simples fato de tocarem em seus filhos. Também expressam sua apreensão com os muitos questionamentos como: “Ele está bem?”, “Quando o bebê vai começar a mamar?”, “Posso tocar?”, “Quando ele vai de alta?”, “O que é isso?”, “Para que serve aquilo?”, dentre outras tantas perguntas.

Assim, a escolha do tema para o desenvolvimento deste estudo se deu a partir das reflexões advindas de minha prática profissional. Durante a realização de cuidados ao recém-nascido e sua família internados na UTI Neonatal, tive a oportunidade de observar, cuidar, interagir, tocar, sentir, perceber e refletir, experiências enriquecedoras, que fizeram com que eu buscasse compor uma nova forma de cuidar e interagir com o recém-nascido pré-termo e de baixo peso e com seus pais, e para tal realizei esta pesquisa.

Para os pais, muitas vezes, o fato de ter um bebê que não se aproxima das características idealizadas, as dúvidas acerca de sua sobrevivência associadas a sentimentos de incapacidade, culpa e medo, podem interferir no relacionamento com o filho recém-nascido, mesmo que tal processo não seja plenamente consciente, afetando diretamente a relação entre eles (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

De acordo com Arruda e Marcon (2007), os pais de prematuros são considerados um grupo de risco, pois já ficam debilitados com o sofrimento advindo das complicações da gravidez. Desta maneira, encontram-se prejudicados na autoconfiança e, conseqüentemente, na capacidade de criar esse filho.

Além de estarem fragilizados pela situação que estão vivenciando, os pais entram em contato com um universo que até então era desconhecido por eles, que é a Unidade Neonatal. Na Unidade Neonatal o recém-nascido pré-termo e de baixo peso permanece cercado de muitos aparatos tecnológicos, recebendo cuidados de saúde que acontecem de forma normatizada por uma série de rotinas.

Em meio a toda esta nova situação, os medos e a insegurança dos pais emergem de

maneira que muitas vezes estes não conseguem realizar o “simples” ato de tocarem seus filhos.

Desta forma, concordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p.106), quando refere que:

O acolhimento, tão importante ao bebê durante sua permanência no hospital, deve ser estendido aos seus pais e sua família, que, nessa situação tão particular e diferente, necessita de apoio. O objetivo maior do acolhimento é fazer com que as experiências emocionais que ocorrem nesse período sejam bem entendidas e elaboradas. A característica fundamental desse trabalho com a família na UTI Neonatal refere-se a uma ação profilática quanto ao desenvolvimento das relações desse grupo familiar, além de minimizar o sofrimento daqueles que têm um bebê internado.

Conhecer como os pais lançam seus olhares para o contexto de vida com o nascimento prematuro de seu bebê e o desenvolvimento de suas competências para o cuidado, é importante para que possamos promover o *bem estar* e o *estar melhor* destes pais.

Atualmente se reconhece a importância vital de uma relação estável e permanente durante os primeiros anos de vida, mesmo quando o bebê é pré-termo. “As relações iniciais entre o bebê e seus pais são consideradas o protótipo de todas as relações sociais futuras” (BRASIL, 2011, p.39).

Considero o MC como uma estratégia que favorece esta aproximação, pois já na primeira etapa as mães e os pais começam a conhecer e compreender seus filhos, continuando a fortalecer os vínculos iniciados na vida intra-uterina.

Assim que o recém-nascido pré-termo e de baixo peso e a mãe apresentam os critérios já descritos, são encaminhados para a segunda etapa do MC. Com a transferência para a segunda etapa, a mãe e o pai passam a assumir todos os cuidados com o seu filho, permanecendo juntos em um ambiente preparado para este encontro, o alojamento conjunto do MC. Neste ambiente, a díade (mãe e bebê) permanece por tempo integral, sempre com o acompanhamento, de um profissional da enfermagem.

No entanto, mesmo com a presença de um profissional ao seu lado, percebo que muitas mães, assim como também os pais ainda demonstram certa insegurança e medo de assumirem os cuidados de seus bebês, assim como expressam sentimentos de tristeza, cansaço, saudades do lar, da família.

Considerando a problemática aqui delineada, a presente pesquisa, busca encontrar respostas para as seguintes questões:

- Qual a experiência vivida pelos pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e a segunda etapa do Método Canguru?

- De que modo a enfermeira pode contribuir para promover o cuidado humanístico aos pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e segunda etapa do Método Canguru?

Acredito que a importância em refletir sobre como os pais vivenciam a primeira e segunda etapa do MC se configura em importante estratégia para a compreensão deste fenômeno, e pode auxiliar a equipe de enfermagem e os demais profissionais da equipe de saúde a qualificar melhor o cuidado realizado. A enfermeira tem como principal instrumento o cuidado, que deve o promover o *bem-estar*, e o proporcionar o *estar melhor* não somente para o recém-nascido pré-termo e de baixo peso, mas também para seus pais que estão vivenciando a primeira e a segunda etapa do MC.

Por se tratar de inquietações que emergem da minha prática profissional, optei em realizar uma Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), que tem a característica de lidar com situações cotidianas, da mesma forma com que pretende mostrar novas estratégias que proporcionem melhorias na prática. A PCA oferece subsídios para que a enfermeira encontre formas para promover um cuidado mais adequado às necessidades das mães e pais que vivenciam a primeira e segunda etapa do MC, “guiada por um processo crescente que vai ‘do que fazer’ para o ‘como fazer’ e, deste, para o ‘por que fazer’, ou seja, ‘saber fazer’ ” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 29).

Para fundamentar o presente estudo, escolhi e utilizei como referencial teórico a Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (1979), a qual valoriza as relações humanas através do processo dialógico, com destaque para o significado da vida.

A teoria de Paterson e Zderad se desenvolveu a partir de experiências vividas pela enfermeira e seus pacientes na prática da enfermagem, sendo fundamental o significado que tiveram, para cada um, de como vivenciar o mundo. Nesta abordagem a enfermagem foi entendida como um encontro especial entre pessoas humanas, na qual existia um chamado e uma resposta intencional, como uma resposta de cuidado de uma pessoa para com a outra, num período de necessidade, ajudando-a a alcançar ‘bem-estar’ e a ‘ser mais’ (PRAEGER, 1993).

Este referencial vislumbra o ser humano como um ser holístico, único, procurando respeitá-lo e assisti-lo em sua totalidade, considerando as suas experiências vividas.

Assim, o presente estudo teve por objetivos:

Compreender o significado da experiência vivida pelos pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e a segunda etapa do Método Canguru.

Identificar de que modo a enfermeira pode contribuir para promover o cuidado humanístico aos pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e a segunda etapa do Método Canguru.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é apresentada em forma de artigo, em concordância com a Instrução Normativa Nº 10/PEN/2011, a qual dispõe sobre os critérios para a elaboração e apresentação de trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo como título: “Método Canguru: estudo bibliométrico das teses e dissertações da Enfermagem brasileira”, e pretende ser submetido a um periódico.

2.1 ARTIGO 1 - MÉTODO CANGURU: UM ESTUDO BIBLIOMÉTRICO DAS TESES E DISSERTAÇÕES DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

KANGAROO METHOD: A BIBLIOMETRIC STUDY OF THESES AND DISSERTATIONS IN BRAZILIAN NURSING

MÉTODO CANGORU: UN ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO DE LAS TESIS Y DISERTACIONES DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMERÍA BRASILEÑA

RESUMO

Estudo bibliométrico com o objetivo de identificar e caracterizar as teses e dissertações que abordam a temática do Método Canguru (MC) produzidas nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem do Brasil, no período de 2000 a 2010. Os dados foram obtidos através de consulta ao banco de teses da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), sendo identificado um total de 16 estudos, uma (6,3%) é tese de doutorado e 15 (93,7%) são dissertações de mestrado acadêmico. As produções concentram-se nos Programas de Pós-Graduação de Enfermagem das regiões Sudeste (50%), Nordeste (25%) e Sul (18,7%). Destacam-se os estudos de natureza qualitativa, representando 87,5%, enquanto os de abordagem quantitativa representam 12,5%. Quanto ao referencial teórico-filosófico e metodológico adotado identificou-se certa heterogeneidade, não havendo predominância de alguma teoria ou referencial metodológico. Os estudos evidenciam a adoção do MC como uma experiência positiva, porém estratégias podem ser utilizadas proporcionando avanços nesta área.

Palavras-chave: Bibliometria; Método Canguru; Prematuro; Enfermagem Neonatal.

ABSTRACT

Bibliometric study which objective is to identify and characterize thesis and dissertations that address Kangaroo Method as a theme, produced in the Postgraduate Programs in Nursing in Brazil, from 2000 to 2010. The data were obtained by consulting the CAPES thesis database, and were identified a total of 16 studies, from which one (6.3%) is a doctoral thesis and 15

(93.7%) are academic dissertations. The productions are concentrated in the Postgraduate Program in Nursing of the Southeast (50.0%), Northeast (25.0%) and South (18.7). Qualitative nature studies are noteworthy, representing 87.5%, while the quantitative ones represent 12.5%. In terms of theoretical-philosophical and methodological referential adopted, a certain heterogeneity was identified, with no predominance of a theory or a methodological referential. Studies clearly show the adoption of the Kangaroo Method as a positive experience, but strategies can be used to provide advances in this area.

Keywords: Bibliometry; Kangaroo Method; Preterm; Neonatal Nursing.

RESUMEN

Estudio bibliométrico con el objetivo de identificar y caracterizar las tesis y disertaciones que abordan como tema el Método Canguro desarrollado en los Programas de Postgrado en Enfermería en Brasil, en el período 2000 a 2010. La recolección de los datos se hizo a través de consultas a las bases de datos de tesis de la CAPES, para un total de 16 estudios, de los cuales uno (6,3%) es una tesis de doctorado y 15 (93,7%) son disertaciones de maestría académica. Los estudios se concentran en los Programas de Postgrado de Enfermería de las regiones Sureste (50%), Noreste (25%) y Sur (18,7%). Se destacan los estudios de carácter cualitativo, los que representan un 87,5%, mientras que los de enfoque cuantitativo representan el 12,5%. En relación al enfoque teórico-filosófico y metodológico adoptado se identificó cierta heterogeneidad, sin predominio de un marco teórico o metodológico. Los estudios demuestran la adopción del método canguro como una experiencia positiva, pero las estrategias se pueden utilizar para proporcionar avances en esta área.

Palabras clave: Bibliometría; Método Canguro; Prematuro; Enfermería Neonatal.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2011), todos os anos nascem cerca de 20 milhões de bebês pré-termo e de baixo peso no mundo, sendo que, destes, um terço morre antes de completar um ano de vida.

Em nosso país, temos como a primeira causa de mortalidade infantil as afecções perinatais, constituindo-se estas num dos principais desafios para atingir as metas estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (OMS, 2000). As altas taxas de mortalidade perinatal, em especial nas regiões mais pobres, se devem principalmente a problemas respiratórios, asfíxia ao nascer e as infecções, comuns em crianças pré-termo e de baixo peso. Além destas patologias, muitos bebês são acometidos de distúrbios metabólicos e dificuldades em alimentar-se e para regular a temperatura corporal (BRASIL, 2011).

Ao longo dos tempos, as práticas da assistência ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso vêm experimentando transformações, e, devido a estas transformações, apresenta melhora significativa com o desenvolvimento de tecnologias para este fim. O Método

Canguru (MC) vem sendo utilizado em muitos países, como uma destas tecnologias.

O MC foi criado pelo Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia, no ano de 1979, em busca de uma solução, em curto prazo, para a superlotação das unidades neonatais, ocasionando a falta de incubadoras para atender essa demanda (CHARPAK *et al.*, 1999).

Este método, uma modalidade de assistência neonatal destinada ao atendimento do recém-nascido pré-termo e de baixo peso, preconiza colocar o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe. Inicialmente planejado como uma alternativa para suprir a deficiência de incubadoras, tornou-se mais tarde, graças às inúmeras vantagens evidenciadas na literatura, numa tecnologia primordial para a humanização do nascimento (LAMY *et al.*, 2005).

Uma de suas contribuições mais marcantes talvez tenha sido a de retirar o lugar de primazia do hospital com relação à atenção dispensada ao bebê hospitalizado em boas condições clínicas. Nesse caso, a mãe passou a ser o elemento primordial no cuidado à saúde de seu filho pré-termo ou de baixo peso. De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2011), a iniciativa colombiana tinha como meta melhorar os cuidados prestados aos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso daquele país.

No Brasil, o MC foi introduzido com uma proposta um pouco distinta da proposta colombiana. Aqui, o MC tem um caráter humanizador, o qual prevê uma assistência pautada no cuidado humanizado e o envolvimento dos pais, incluindo, necessariamente, desde os requisitos da atenção biológica e dos cuidados técnicos especializados, até os aspectos da atenção psicoafetiva, com igual ênfase. A visão brasileira sobre o MC é, na realidade, uma mudança do paradigma da atenção perinatal, em que as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos clássicos (BRASIL, 2011). Esta metodologia trouxe grande avanço no cuidado ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso, assim como para seus pais, pois proporciona uma aproximação e contato precoce entre pais e filhos, além de estimular e encorajar os pais a realizarem os cuidados aos seus bebês.

Nesse contexto, o MC ganha força e se constitui em uma importante política pública, que vem nos últimos anos sendo ampliada e fortalecida em nosso país, tendo em vista sua incorporação em vários pactos e iniciativas no âmbito nacional que apóiam a organização da rede de assistência ao recém-nascido, tais como o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004) e, mais recentemente, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

Apesar de terem sido registradas algumas iniciativas visando à utilização do método

no Brasil desde o ano de 1997, apenas em 2000 o MC foi regulamentado em nosso país, através da Portaria n. 693 de 5 de julho de 2000, a “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso” (BRASIL, 2011). A partir de então, este método passou a ser implantado em várias unidades por todo o país. Esta iniciativa configurou-se em um marco que desencadeou uma consistente expansão dessa política, com o objetivo essencial de implantar o MC em todas as unidades Hospitalares de atenção à Gestante de Alto Risco pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Tendo em vista o incentivo e apoio governamental, o reconhecimento da importância desta política para a sobrevivência e qualidade da atenção aos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso, as possibilidades de atuação da equipe de enfermagem e as contribuições que os Programas de Pós-Graduação em Enfermagem através dos Cursos *Stricto Sensu* podem oferecer abordando esta temática em seus trabalhos, bem como a relevância do tema para a enfermagem, emergiu o seguinte questionamento: quantas e quais as características das teses de doutorado e dissertações de mestrado produzidas pelos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil abordando a temática do Método Canguru?

Em busca de respostas para tal questionamento, optamos por realizar o presente estudo bibliométrico que tem como objetivo identificar e caracterizar as teses e dissertações que abordam a temática do Método Canguru produzidas nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem do Brasil, no período de 2000 a 2010. Tal identificação incluiu o número de estudos realizados e a caracterização foi feita de acordo com o título do estudo, o ano da arguição ou defesa, a instituição onde foi realizado, o autor, o orientador, o delineamento, os referenciais teórico-filosóficos e metodológicos adotados e os principais desfechos, com o intuito de contribuir para identificar o conhecimento que vem sendo produzido sobre esta temática, bem como apontar possíveis lacunas e necessidades de novas de enfermagem neste campo específico de saber.

MÉTODO

Para que o objetivo delineado fosse alcançado, recorreremos à Bibliometria, definida, por sua vez, como um conjunto de leis e princípios aplicados a métodos estatísticos e matemáticos que visam o mapeamento da produção científica, autores e representação da informação por meio da contagem de documentos (GUEDES; BORSCHIVER, 2005). Em outras palavras, pode-se dizer que se trata de uma técnica quantitativa e estatística de medição

dos índices de produção e disseminação do conhecimento científico. Para cada um destes campos de estudos são adotadas respectivamente as leis de Bradford, de Lotka e de Zipf.

Estas leis podem ser sintetizadas da seguinte forma: a Lei de Bradford objetiva conhecer a produtividade de periódicos; a Lei de Lotka visa definir a produtividade científica de autores em determinadas áreas do conhecimento; já as Leis de Zipf estão relacionadas à frequência com que certas palavras aparecem nos textos científicos de maneira a definir sua representatividade neste contexto (CAFÉ; BRÄSCHER, 2008).

Como técnica, a pesquisa bibliográfica compreende a leitura, seleção, fichamento e arquivo dos tópicos de interesse para a pesquisa em pauta, com a finalidade de conhecer as contribuições científicas que se efetuaram sobre determinado assunto (FERRARI, 1992; GUEDES; BORSCHIVER, 2005).

O primeiro passo para a identificação dos estudos consistiu na adoção das palavras chave: “método mãe canguru, Método Canguru e canguru”, sendo que as palavras chave que mais apontaram trabalhos foi “método canguru”, passando então a serem estas as palavras chave de escolha para a pesquisa. A pesquisa foi realizada através do site <http://capes.gov.br> na opção “Resumo”, onde existe a ferramenta que possibilita identificar o estudo por autor, assunto e instituição. A ferramenta de escolha foi “assunto” com a opção “qualquer uma das palavras”, tendo sido selecionado o nível (mestrado ou doutorado) e o ano base. Foi delimitado o período de busca dos anos de 2000 a 2010. Em um primeiro momento foi localizado um total de 53 estudos, sendo oito teses de doutorado e 45 dissertações de mestrado.

As informações extraídas dos estudos foram baseadas nos resumos, uma vez que fizemos a opção pela busca de resumos disponibilizados no Banco de Teses da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

O passo seguinte consistiu na leitura analítica de todos os resumos com a finalidade de identificar as produções da área da saúde cujo tema específico fosse o Método Canguru e desenvolvidas exclusivamente nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem. Para isso, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Como critérios de inclusão, consideramos que o resumo teria que abordar o tema Método Canguru e o estudo deveria ter sido exclusivamente desenvolvido nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, *Stricto Sensu*. Os trabalhos que não foram desenvolvidos nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, mesmo que estes abordassem a temática do MC, foram excluídos deste estudo bibliométrico.

Após a leitura utilizando os critérios acima descritos, foi selecionado um total de 16 estudos, sendo uma tese de doutorado e 15 dissertações de mestrado. A busca pelos estudos ocorreu no mês de dezembro de 2011.

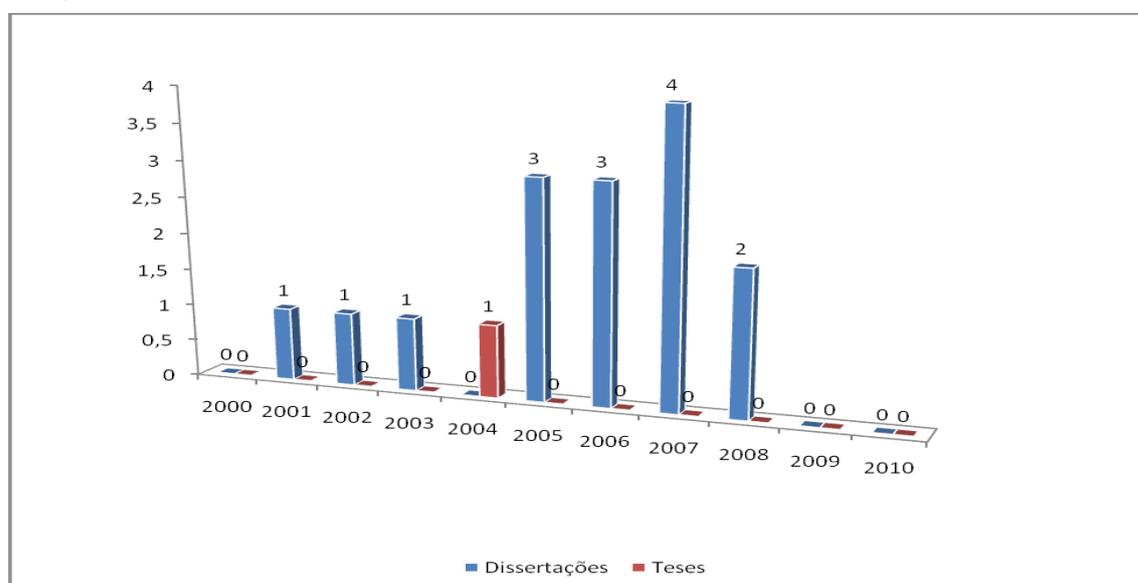
As informações foram inseridas em uma tabela do programa Microsoft Excel contendo colunas discriminando as seguintes informações: título do estudo, ano da defesa ou arguição, programa/instituição, autor, orientador, delineamento, referencial teórico-filosófico e metodológico, e os desfechos, para tabulação e posterior análise que, articulada com a literatura disponível, enriqueceu a discussão dos resultados.

RESULTADOS

De um total de 53 estudos inicialmente identificados, incluindo oito teses de doutorado e 45 dissertações de mestrado, a amostra para este estudo bibliométrico no período proposto, após a leitura de todos os resumos, resultou em 16 estudos, os quais apresentavam o MC como tema central da pesquisa, seja ela tese ou dissertação, na área da enfermagem. Os outros 37 estudos foram desenvolvidos em diferentes programas de Pós-Graduação, como de Ciências Médicas, Medicina, Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia, entre outros.

Do quantitativo de estudos específicos para a área da Enfermagem (16), um (6,3%) é tese de doutorado e 15 (93,7%) são dissertações de mestrado acadêmico. Estes achados podem ser observados na figura 1, apresentada a seguir.

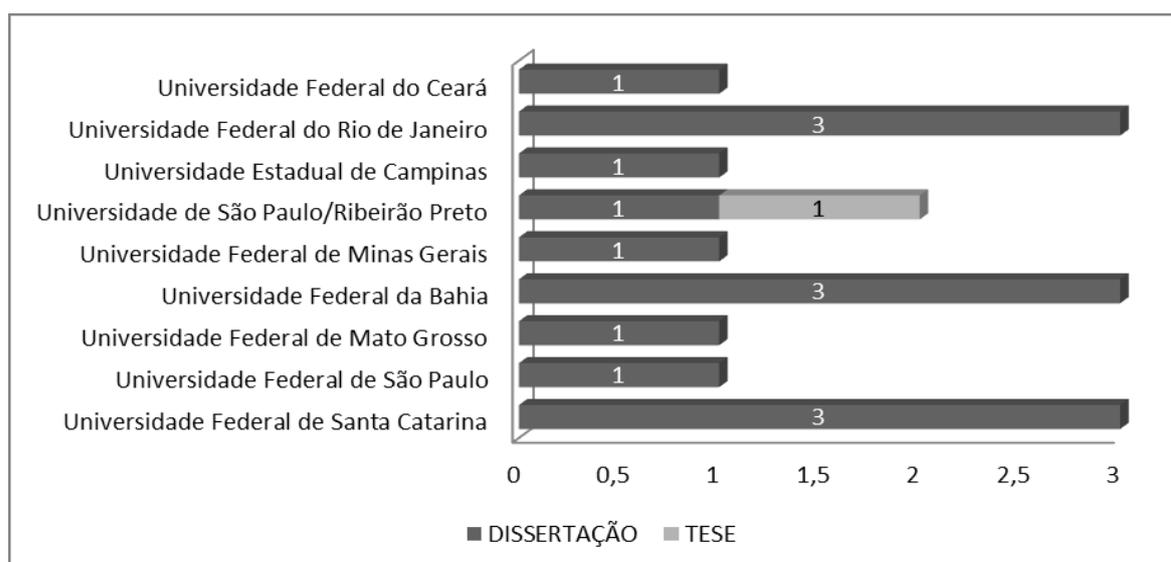
Figura 1 - Distribuição das teses de doutorado e dissertações de mestrado dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem do Brasil abordando a temática do Método Canguru de acordo com o ano. CAPES, 2011.



As teses e dissertações foram analisadas no período compreendido entre o ano de 2000 até o ano de 2010. Observando ainda a figura 1, podemos verificar que o período compreendido entre os anos de 2005 e 2008 concentrou o maior número de dissertações de mestrado, sendo o ano de 2007 com maior número de produções. No que diz respeito a teses de doutorado, houve uma produção, sendo que esta foi realizada no ano de 2004.

Com relação às instituições onde os estudos foram realizados, conforme é apresentado na figura 2, as que ocupam lugar de maior destaque nas produções são a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a Universidade Federal da Bahia e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com três estudos cada uma delas, fazendo com que cada instituição contribuísse com 18,7% do total de estudos. Em seguida, constata-se que a Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto (Enfermagem em Saúde Pública), foi responsável por dois estudos (12,5% do total), sendo uma dissertação de mestrado e uma tese de doutorado. As demais instituições, Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal de Mato Grosso, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal de Minas Gerais, apresentaram, um estudo cada, número este que perfaz um percentual de 6,2% do total.

Figura 2 – Distribuição de teses de doutorado e dissertações de mestrado dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem do Brasil no período de 2000 a 2010 abordando a temática do Método Canguru, segundo a instituição na qual houve a produção. CAPES, 2011.



Analisando a figura 2, podemos perceber que a maioria das produções concentra-se

nas Regiões Sudeste, Nordeste e Sul do país. Este panorama continua evidenciando que a maior concentração de estudos e pesquisas ainda se dá nestas regiões do país.

Ao analisarmos os pesquisadores com maior número de orientações, pudemos perceber que dos 14 orientadores, dois deles orientaram dois trabalhos, sendo que uma das orientadoras orientou uma dissertação de mestrado e uma tese de doutorado e a outra orientou duas dissertações de mestrado. Os demais pesquisadores, em número de 12, orientaram um trabalho.

Quanto ao delineamento dos estudos, 14 trabalhos identificados e analisados (87,5% do total) utilizaram a abordagem qualitativa, e dois estudos (12,5% do total) foram de natureza quantitativa.

Ao analisarmos os referenciais teórico-filosóficos utilizados nos estudos, verificamos que em sete deles (43,7%) os autores não descrevem em seus resumos o tipo de referencial utilizado. Dos estudos que mencionaram o referencial teórico-filosófico adotado, nenhum dos referenciais se repetiu, tendo sido citados o Modelo de Adaptação de Sister Callista Roy, a Teoria das Representações Sociais, a Teoria do Apego, o Interacionismo Simbólico, a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, Nietzsche, Heidegger, Donabedian e a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso (MS), cada um correspondendo a 6,2% do total dos estudos.

Em relação ao referencial metodológico utilizado, cinco estudos (31,2%) não mencionam esta informação. Para o tratamento dos dados foram referenciados Bardin, com três estudos (18,7%), Programa Epi-info e Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), em dois estudos, cada um deles representando 12,5% do total. O Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre, o método História de Vida, a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire e a Grounded Theory foram citados cada um deles, em apenas um estudo, correspondendo a (6,2%).

Os desfechos encontrados nos resumos das teses e dissertações abordando a temática “Método Canguru” também foram analisados, como forma de se procurar identificar quais subtemas inerentes ao assunto são alvo de interesse dos pesquisadores. De posse destes dados, mais facilmente será possível compreender de que forma o Método Canguru é percebido e utilizado na enfermagem, se suas potencialidades estão sendo exploradas, quais as implicações práticas de seu uso, entre outras possibilidades de estudo. A análise dos desfechos mostrou a existência de nove categorias, a seguir apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de teses de doutorado e dissertações de mestrado dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem abordando a temática do Método Canguru, de acordo com as categorias dos desfechos. CAPES, 2011.

CATEGORIAS DOS DESFECHOS	DOUTORADO			MESTRADO			TOTAL
	Quali	Quanti	Total	Quali	Quanti	Total	
Conhecimento e aceitação dos profissionais sobre o MC	0	0	0	1	0	1	1
Vivência da Família e do Enfermeiro/a no MC	0	0	0	1	0	1	1
Vivência da mãe no MC	0	0	0	3	0	3	3
Ações educativas para o MC	0	0	0	2	0	2	2
Crescimento e Desenvolvimento do RN pré-termo e de baixo peso	0	0	0	0	1	1	1
Vivência dos pais no MC	1	0	1	2	0	2	3
Avaliação do MC	0	0	0	1	1	2	2
MC e o cuidado ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso	0	0	0	2	0	2	2
Amamentação	0	0	0	1	0	1	1
Total	1	0	1	13	2	15	16
%	6,25	0	6,25	81,25	12,5	93,75	100

As categorias “Vivência da mãe no MC” e “Vivência dos pais no MC” totalizaram, juntas, seis estudos (37,5% do total). As categorias “Ações educativas para o MC”, “Avaliação do MC” e “MC e o Cuidado ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso” somaram, em conjunto, seis estudos (37,5% do total). As outras categorias representam 25% dos estudos.

DISCUSSÃO

A pesquisa no campo do cuidado ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso utilizando como tema o Método Canguru nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem mostrou-se pouco significativa, uma vez que do total de estudos inicialmente levantados no período de 2000 a 2010, com especificidade para este tema (53), os que foram realizados na área da Enfermagem representaram 30,1% desse total.

O fato de serem identificadas mais dissertações do que teses utilizando a temática do MC pode estar relacionado com o que apontam os dados oficiais, no sentido de que a produção acadêmica na Enfermagem é apresentada 70% no formato de dissertações e 30% no formato de teses, haja vista que o número de cursos de mestrado ofertado pelas instituições, que totaliza 35, é superior ao de doutorado que, por sua vez, totaliza 20 (CAPES, 2011).

No Brasil, encontramos maior concentração das Universidades com Programas de Pós-Graduação em Enfermagem nas regiões sul e sudeste, somando 34 Universidades com Programas de Pós-Graduação *stricto sensu* em Mestrado Acadêmico, Mestrado Profissional e

Doutorado (68% do total), fato que denota o destaque das produções nas instituições destas regiões. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste somam 16 programas de pós-graduação em enfermagem (32% do total).

Os primeiros cursos de pós-graduação *stricto sensu* em enfermagem no Brasil foram implantados na região Sudeste e Sul do país. A Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1972, teve seu primeiro curso de mestrado, seguida pela Universidade de São Paulo em 1973 (OGUISSO, 2005) e pela Universidade Federal de Santa Catarina, em 1976 (PEN/UFSC, 2011).

Segundo Erdmann e Fernandes (2009), a pós-graduação da enfermagem brasileira vem se consolidando na formação de recursos humanos em pesquisa, titulando mestres em ciência da enfermagem desde o início da década de 1970, e doutores, no começo dos anos 1980, fortalecendo-se nas suas especificidades e diversidades.

A construção de conhecimentos resulta de recursos humanos competentes no processo investigativo para um cuidado mais qualificado. E o desenvolvimento da pesquisa é uma importante estratégia para o fortalecimento da enfermagem como ciência e profissão em suas generalidades e especialidades (ERDMANN, 2009).

A não descrição dos referenciais teóricos adotados em todos os estudos pode ter ocorrido devido ao fato de terem sido analisados somente os resumos que estavam disponíveis no Banco de teses da CAPES.

Os estudos das teses e dissertações demonstraram preocupação em apoiar, avaliar e promover o Método Canguru, compreender as percepções das mães/pais acerca do cuidado ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, bem como explicitar a percepção e participação dos profissionais nesta política.

Pudemos observar a amplitude das possibilidades de ações e de estudos a serem desenvolvidos pelos enfermeiros, para que o tema possa ser mais aprofundado e melhor aplicado na prática, proporcionando uma qualidade mais elevada no atendimento dos pais e de recém-nascidos pré-termos e de baixo peso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo oportunizou identificar e caracterizar as teses de doutorado e dissertações de mestrado desenvolvidas nos Programas de Pós-Graduação *stricto sensu* em Enfermagem do Brasil, abordando o tema Método Canguru, no período de 2000 a 2010.

Através dos resultados obtidos, foi possível evidenciar que grande parte dos estudos adota uma metodologia qualitativa e faz uso de referenciais teórico-filosóficos que têm uma abordagem compreensivista, ou seja, aquela que permite compreender os fenômenos a partir da perspectiva dos sujeitos participantes dos estudos.

Os Programas de Pós-Graduação em Enfermagem com maior número de produções estão concentrados na região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil.

Percebe-se também que a frequência de trabalhos abordando este tema não foi constante, havendo uma maior concentração dos mesmos nos anos de 2005, 2006 e 2007. Por outro lado, também podemos observar que houve outros anos em que nada foi produzido sobre o assunto. Estes dados evidenciam que apesar do investimento e incentivos governamentais, além dos esforços para possibilitar a implantação do MC nas instituições, não há uma correspondência significativa de estudos sobre a temática. Outro fato evidenciado é que na busca não foram encontrados trabalhos em cursos de mestrado profissional, fato este que nos surpreendeu, tendo em vista que esta modalidade de mestrado é voltada para enfermeiros da prática assistencial, e seu objetivo primordial consiste em buscar a melhoria da qualidade da pesquisa e da assistência de enfermagem. Por outro lado, tal constatação pode estar relacionada com o tempo de existência dessa modalidade de mestrado, que teve seu início a partir do ano de 2006, em alguns programas. Sendo assim, pudemos perceber uma lacuna que necessita ser preenchida, pois acreditamos que é necessário que novos e aprofundados estudos sejam realizados, tendo em vista o valor e a importância do Método Canguru para a sobrevivência e melhoria da qualidade da assistência dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual técnico**. 2. ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 27/06/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 427/GM/MS, de 22 de março de 2005**. Institui, a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 22/03/2005.

CAFÉ, L.; BRÄSCHER, M. Organização da informação e bibliometria. **R. Eletr. Ci. Inf.**, Florianópolis, n. esp., 1º sem. 2008.

CHARPAK, N.; CALUME, Z.F.; HAMEL, A. **O método mãe-canguru** – pais e familiares de bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Chile: McGraw Hill, 1999.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **Mestrados/Doutorados Reconhecidos**. Brasília: DF, 2010. Disponível em: <http://capes.gov.br>. Acesso em: 28 dez. 2018.

ERDMANN, A.L.; FERNANDES, J.D. Publicações científicas qualificadas na enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 499-501, ago. 2009.

ERDMANN, A.L. Education of specialists, masters, and doctorates in nursing: progress and prospects. **Acta Paul Enferm**, v. 22 (Especial-Nefrologia), p. 551-553, 2009.

FERRARI, AT. **Metodologia da pesquisa científica**. São Paulo (SP): Mcgraw-Hill, 1992.

GUEDES, V.L.S.; BORSCHIVER, S. Bibliometria: uma ferramenta estatística para a gestão da informação e do conhecimento, em sistemas de informação, de comunicação e de avaliação científica e tecnológica. In: **Proceedings CINFORM** – Encontro Nacional de Ciência da Informação, 6, Salvador, 2005. Disponível em Informação 2005, 2010. Disponível em: <http://dici.ibict.br/archive/00000508/01/VaniaLSGuedes.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2011.

LAMY, Z.C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Set. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300022>. Acesso em 22 dez. 2018.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 239-262, jul./set. 1993.

OGUISSO, T.; TSUNECHIRO, M. A. História da Pós-Graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. spe, Dec. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000500005>. Acesso em 22 dez. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **8 objetivos do milênio**. 2000. Disponível em: <http://www.objetivosdomilenio.org.br/>. Acesso em: 03 jan. 2012.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (PEN/UFSC). **História do Programa**. Florianópolis 2011. Disponível em: <http://www.pen.ufsc.br/conteudo.php?&sys=bd&id=3>. Acesso 28 dez. 2019.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Na tentativa de buscar uma melhor compreensão, sustentação à formulação do problema de pesquisa, interpretação, análise e discussão dos resultados, que tem como foco a experiência vivida pelos pais de recém-nascidos na segunda etapa do Método Canguru e as maneiras como enfermeira pode contribuir para promover o cuidado humanístico a estes pais, optei em utilizar como referencial teórico-filosófico a Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979).

Considerando que o desenho metodológico do presente estudo consiste em uma Pesquisa Convergente-Assistencial, a referida teoria foi selecionada por apresentar uma matriz conceitual adequada para fundamentar tanto a prática assistencial desenvolvida na primeira e segunda etapa do Método Canguru, quanto à pesquisa. Por outro lado, constatei também que a utilização da Teoria Humanística como referencial teórico-filosófico, tanto no desenvolvimento de pesquisas, quanto no direcionamento da prática de enfermagem, está bem documentada, fato que reforçou meu interesse em adotá-la. No Brasil, por exemplo, vários estudos foram e continuam sendo realizados à luz da Teoria Humanística de Paterson e Zderad, em diferentes campos de atuação da enfermagem (OLIVEIRA, 1998; CAMPOS; CARDOSO; LEITÃO, 2004; CARDOSO, 2001; MERCÊS; ROCHA, 2006; NASCIMENTO; TRENTINI, 2004; ROVARIS, 2010; SCHAURICH *et al.*, 2005; SOARES; SANTANA; SIQUEIRA, 2000).

Tal escolha deve-se, também ao fato de que a referida teoria apresenta pressupostos e conceitos que vêm ao encontro de minhas crenças, valores e visão de mundo, uma vez que as autoras sustentam que para encontrar o significado da enfermagem, temos que “retornar as coisas mesmas”, ao fenômeno da enfermagem na sua prática cotidiana. Acredito que o cuidado é a essência da enfermagem e é por meio dela que se busca a relação dos seres humanos envolvidos no encontro. O cuidado exige uma atitude que busque compreender a experiência do paciente, a partir da compreensão que a enfermeira tem de si mesma, enquanto ser humano no contexto dos cuidados vivenciados, com a intenção de construir uma assistência pautada nos seres cuidados, na busca de *bem-estar* e *estar melhor* (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Por ter este foco de cuidado, penso que esta teoria dispõe dos elementos fundamentais para auxiliar e fornecer subsídios para que a enfermeira através do processo de cuidar dos pais, estabelecendo uma relação intersubjetiva, que proporcione o *bem-estar* e um *estar melhor*. Devido sua abordagem existencial-fenomenológica, a teoria permite também desvelar

e compreender a vivência dos pais de recém-nascidos pré-termos e de baixo peso na primeira e segunda etapa do MC, assim como proporciona a possibilidade de conhecer e valorizar o significado contextual desta etapa do MC, pela análise da experiência dos pais, numa perspectiva de desenvolver o conhecimento da enfermagem na área Neonatal, e desta forma contribuir para o desenvolvimento da enfermagem como disciplina.

Para as teóricas, as enfermeiras têm o privilégio de estar com pessoas que experimentam uma diversidade de significados, relacionados às pessoas e às coisas, no tempo e no espaço de suas existências, do nascimento até a morte. Nesta concepção, as enfermeiras não só têm a oportunidade de experienciar e buscar junto aos pacientes o significado da vida, do ser e estar no mundo, da alegria, do sofrimento, da morte, como também no processo de cuidar, podem humanizar-se e contribuir para que os outros se tornem mais humanos. Este referencial vislumbra o ser humano como um ser holístico, único, procurando respeitá-lo e assisti-lo na sua totalidade, considerando suas experiências vividas. Para realizar este modo de cuidar, Paterson e Zderad enfatizam a importância do diálogo vivo desenvolvido por meio do encontro, pela presença autêntica, escuta e transação intersubjetiva, da compreensão das experiências humanas, identificando as necessidades expressas pelo outro e, dessa forma, interagindo com o paciente, a enfermeira pode realizar um cuidado mais humanizado, e proporcionar um ambiente mais acolhedor (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Assim, no presente capítulo, é abordada a Teoria Humanística de Enfermagem, concebida por Paterson e Zderad, e que serviu como guia para a Pesquisa Convergente-Assistencial, que foi desenvolvida com os pais de recém-nascidos pré-termos e de baixo peso que vivenciaram a primeira e a segunda etapa do MC. Inicialmente, apresento uma breve biografia das teóricas, as fontes teórico-filosóficas da Teoria Humanística, destacando o seu contexto de origem e as motivações que levaram as teóricas a construir tal teoria. Em seguida apresento o marco conceitual elaborado a partir das idéias de Paterson e Zderad e adaptado à realidade concreta do cenário da prática e da pesquisa, constituído dos pressupostos das teóricas selecionados, dos pessoais da autora do estudo e dos elementos conceituais. Com estes elementos, busquei desenvolver conhecimento científico específico, com um olhar diferenciado e uma nova maneira de aplicar a prática de enfermagem.

3.1 BREVE BIOGRAFIA DAS TEÓRICAS

As autoras atuaram como enfermeiras pesquisadoras no Hospital de Veteranos de

Northport, Nova Iorque, sendo suas áreas de interesse a Saúde Pública e Saúde Mental, complementares e constituintes em sua teoria. Foi durante a realização de cursos em Enfermagem Humanística para enfermeiras, que iniciaram o desenvolvimento de sua teoria (O'CONNOR, 1995).

Josephine G. Paterson nasceu em 1 de setembro de 1924, em Freeport, Nova York. Graduou-se no Hospital Escola de Enfermagem Lenox Hill, da Universidade de St. Johns em 1945. Especializou-se em Enfermagem clínica, em Nova Iorque, e recebeu o diploma de Mestre em saúde pública na John's Hopkins School of Hygiene and Public Health, em Baltimore, Maryland, em 1955. Seu Doutorado em Ciência da Enfermagem, foi obtido na Escola de Enfermagem da Universidade de Boston, Massachusetts, em 1969, onde especializou-se em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, trabalhando com o conceito de empatia em sua tese. Atuou como docente em várias instituições de ensino desenvolvendo conceitos relacionados à Enfermagem Humanística. Aposentou-se em 1985 (O'CONNOR, 1995; PRAEGER, 1993).

Loretta T. Zderad nasceu em 7 de junho de 1925, em Chicago, Illinois. Graduou-se no Hospital Escola de Enfermagem St. Bernard's em 1947, tendo concluído o bacharelado em Educação em Enfermagem na Universidade Loyola, concomitantemente com a graduação em St. Bernard's. Trabalhou em Nova Iorque, como presidente adjunta para a educação em Northport. Fez seu Mestrado em Ciência, na Universidade Católica de Washington, DC, e seu Doutorado em Filosofia, na Universidade de Georgetown, Washington, DC, área em que se pós-graduou como doutora (PhD), na mesma instituição, em 1968. Foi docente em inúmeras escolas e também aposentou-se em 1985. (O'CONNOR, 1995; PRAEGER, 1993).

A teoria da prática de Enfermagem Humanística foi publicada em 1976, sob o título "Humanistic Nursing", sendo que suas autoras não tinham a intenção inicial de desenvolver uma teoria, mas sim, de desenvolver um processo que pudesse contextualizar as experiências de enfermagem. As teóricas apresentaram a fenomenologia como a metodologia mais compatível com a enfermagem, desta forma, os anos 80 testemunharam uma visão de mundo emergente na Enfermagem, denunciando a visão empírico-positivista e sustentando a visão fenomenológica.

3.2 FONTES TEÓRICO-FILOSÓFICAS DA TEORIA HUMANÍSTICA

No prólogo do livro "*Enfermería Humanística*", Paterson e Zderad (1979) apresentam aos leitores uma breve reconstituição do processo que gerou a construção da Teoria

Humanística. Logo de imediato, esclarecem que esta teoria é resultado de anos de experiência em enfermagem clínica, com pacientes psiquiátricos, estudantes, enfermeiras e outros profissionais, envolvendo esforços individuais e coletivos, fruto de várias discussões e reflexões sobre o significado da enfermagem para enfermeiras da prática que prestavam serviços em hospitais, durante o desenvolvimento do Curso Enfermagem Humanística na década de 1960. A partir de então, começaram a valorizar o significado da sua prática profissional para a existência do ser humano.

No que se refere às fontes teórico-filosóficas, a Teoria Humanística nasceu no interior do movimento humanístico da psicologia que procurava suplantar duas visões psicológicas dominantes: a teoria psicanalítica freudiana e a teoria comportamentalista. A primeira, por ser considerada extremamente limitada em sua abordagem para a personalidade doente. A segunda, devido a sua orientação exageradamente mecanicista. A orientação humanística surge então, como uma terceira via, com possibilidade de busca em alcançar uma visão mais abrangente do potencial humano, procurando compreendê-lo a partir de suas experiências vividas (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Assim, na elaboração de sua teoria, Paterson e Zderad sofreram forte influência de filósofos existencialistas, psicólogos humanistas e fenomenólogos, tais como: Buber, Marcel, Desan, Nietzsche, Hesse, Jung e Bergson (PATTERSON; ZDERAD, 1979). Estas influências se deram particularmente no que se refere ao incremento do saber em enfermagem, e na fenomenologia, relacionadas à pesquisa em enfermagem, configurada no método para o encontro do cuidado entre o ser cuidado e a enfermeira. Acreditavam que o cuidado era um encontro existencial e, assim, deveria ser descrito numa perspectiva fenomenológica (PAULA *et al.*, 2004).

A teoria da prática da enfermagem humanística é descrita por Paterson e Zderad em várias de suas publicações e apresentações, a qual se trata de uma teoria essencialmente prática, pois entendem que a ciência de enfermagem se desenvolve a partir de experiências vividas pela enfermeira e pela pessoa que recebe o cuidado, de forma intersubjetiva e autêntica.

Praeger (2000), ao considerar o pensamento do existencialista Corey, identifica os indivíduos como: a) tendo a capacidade de auto-percepção; b) tendo liberdade e responsabilidade; c) lutando para encontrar sua própria identidade, ao mesmo tempo em que em se relaciona com outros; d) envolvidos na busca de sentido para a vida; e) tendo que vivenciar ansiedade ou medo ao assumir a responsabilidade por suas próprias vidas; e, f)

estando conscientes da realidade da morte, para que vivenciem o significado da vida. Desta maneira, como filosofia, o existencialismo pode ser aplicado na enfermagem, pois, enquanto profissão, esta disciplina tem a possibilidade de escolher e de responsabilizar-se pelos seus atos, com o intuito de ir à busca de explicações para o significado dos eventos da vida (PRAEGER, 2000).

A enfermagem, para Paterson e Zderad (1979), é “experiência vivida entre os seres humanos, inserida no contexto humano. Por se tratar de uma resposta de alento a uma pessoa com necessidades, reflete todo o potencial humano e as limitações dos participantes” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 38, tradução nossa). A relação entre enfermeiro e paciente ultrapassa a técnica em si, proporcionando uma experiência de um verdadeiro partilhar, no qual está envolvido o encontrar-se, o relacionar-se, o estar com, na busca do *bem estar* e do *estar melhor* (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A essência da enfermagem humanística não é facilmente definida, pois ela se preocupa com as experiências fenomenológicas dos indivíduos. Demanda que saibamos que devemos apreciar os valores, mitos, expectativas, preconceitos que trazemos conosco, assim como estes mesmos elementos trazidos por outros. A prática da enfermagem humanística está enraizada no pensamento existencialista (PRAEGGER, 1993).

O existencialismo, por sua vez, trata-se de uma abordagem filosófica para a compreensão da vida. As pessoas têm a possibilidade de realizar escolhas, as quais serão determinantes para a direção e significado da vida. Segundo Praeger (1993, p. 242) “os primeiros escritos dos existencialistas proporcionaram uma base para a visão da existência humana em termos individualmente significativos”. No entanto essas escolhas podem levar à erros, e esta possibilidade causa medo nas pessoas, ao passo que traz também uma sensação de esperança nas possíveis consequências de suas ações. Corroboro com Oliveira (2003), quando afirma que vivemos em um mundo que nos oferece muitas possibilidades, e cada um de nós é responsável por fazer o máximo dessa existência.

A fenomenologia, para Praeger (1993, p. 242), “é o estudo do significado de um fenômeno para um determinado indivíduo é, com frequência, considerada uma influência significativa para o existencialismo”. Ao ser combinada com o humanismo em uma abordagem existencial-fenomenológica-humanística, refere-se a uma reverência pela vida, valorizando a interação humana. Desta forma a experiência humana é exclusiva a cada um, porém, também compartilhada.

Paterson e Zderad (1979) enfatizam que o significado da vida é como a vida deve ser

vivida, na natureza do diálogo e na importância do campo perceptivo.

3.3 MARCO CONCEITUAL

O marco conceitual para Monticelli (1994) tem sido definido como “uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre os vários conceitos que o compõe. Serve para direcionar ou guiar o processo assistencial da enfermagem” (MONTICELLI, 1994, p. 41).

E o que é um conceito? Etimologicamente, a palavra conceito, *conceptum*, é derivada do latim *conceptus*, do verbo *concipere*, que significa pensamento, ideia. No seu sentido geral, o conceito consiste em uma noção abstrata ou ideia geral, que é utilizado para designar tanto um objeto supostamente único, como uma classe de objetos (JAPIASSU; MARCONDES, 2001). Segundo Fawcett (2005), os conceitos de um modelo conceitual são gerais e abstratos, desta maneira, não são observados diretamente no mundo real, eles não são limitados a algum indivíduo, grupo, situação, ou evento particular. “Conceitos são abstrações de realidades, embora a realidade seja concreta, o conceito que a representa é sempre abstrato” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 51).

O marco conceitual que apresento a seguir adapta os pressupostos teóricos e os elementos conceituais da Teoria Humanística de Paterson e Zderad à realidade de minha prática assistencial para que, de forma efetiva, o cuidado pudesse ser realizado aliado ao desenvolvimento da presente pesquisa.

Assim, antes de apresentar os conceitos que formaram o marco conceitual que guiou esta pesquisa convergente-assistencial, apresento os pressupostos teóricos, ou seja, as crenças e os valores que, em conjunto, forneceram as bases sob as quais foram elaborados os conceitos componentes do marco e suas definições (TRENTINI; PAIM, 2004). Estes pressupostos estão embasados na essência da Enfermagem Fenomenológica, que tem como foco as experiências fenomenológicas, ou seja, o significado do fenômeno para cada indivíduo, com análise das experiências humanas, assim como também nas minhas crenças e valores enquanto pessoa e profissional de enfermagem.

Este marco conceitual foi construído com o objetivo de efetivar um cuidado de enfermagem que visa essencialmente o *ser mais* e possibilita o *estar melhor* das mães e pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso que participaram do estudo. O marco conceitual da enfermagem humanística é composto pelos conceitos de ser humano, saúde,

enfermagem-enfermeira. Além destes, para a utilização dessa estrutura como teoria da prática da enfermagem humanística, Paterson e Zderad (1979) sugerem três conceitos que reunidos, formam a base da enfermagem: diálogo vivido, comunidade, enfermagem fenomenológica.

3.3.1 Pressupostos das teóricas selecionados para o estudo

A Teoria Humanística de Paterson e Zderad, publicada na obra intitulada *Enfermería humanística*, subdividida em duas grandes partes e nove capítulos, traz no seu escopo, nas linhas e entrelinhas vários pressupostos teóricos. Alguns são implícitos, altamente abstratos e são fundamentalmente baseados na interação enfermeira-paciente.

As teóricas acreditam que a relação entre enfermeiro e clientela constitui-se pela mutualidade da presença dos envolvidos, como sujeitos de sua vida.

A meta da enfermagem é um maior *bem-estar* e *estar-melhor* para o enfermeiro e cliente, enquanto experienciam o processo de fazer uma escolha responsável (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Dentre os vários pressupostos identificados na obra de Paterson e Zderad, selecionei aqueles que considere relevantes e congruentes com o presente estudo:

- ⇒ A Enfermagem é em si mesma uma forma particular de diálogo humano, um diálogo vivo, isto é, uma relação intersubjetiva.
- ⇒ A enfermagem envolve dois seres humanos que estão dispostos a entrar num relacionamento existencial um com o outro;
- ⇒ A enfermagem humanística é mais que uma relação unilateral sujeito-objeto, tecnicamente competente e caritativa guiada por uma enfermeira em benefício de outro;
- ⇒ Enfermeiras e pacientes, como seres humanos, são únicos e totais, seres bio-psico-sociais, com o potencial para vir-a-ser-mais, através da escolha e intersubjetividade;
- ⇒ As experiências presentes são mais do que a soma total do passado, presente e futuro, sendo influenciadas por cada um deles. Na sua totalidade elas são menos do que o futuro;
- ⇒ Todo encontro com outro ser humano é aberto e profundo, com um grau de intimidade que profundamente e humanisticamente influenciam os membros envolvidos no encontro;
- ⇒ Os seres humanos são livres e estão esperando para serem envolvidos em seu próprio cuidado e nas decisões que os envolvem;
- ⇒ Todos os atos da enfermagem influenciam na qualidade de vida das pessoas e morte;
- ⇒ Enfermeiros e pacientes convivem, eles são independentes e interdependentes;
- ⇒ Os seres humanos têm uma força inata que os move para conhecer seu ponto de vista angular e outros pontos de vista angulares do mundo;
- ⇒ Ao mesmo tempo em que o ser humano é único, paradoxalmente também é como seus congêneres. Sua singularidade é uma característica comum a todos os demais seres humanos;
- ⇒ A enfermagem é envolvida com seres humanos. Seu fenômeno é uma pessoa precisando de ajuda e uma pessoa ajudando na sua própria situação;

⇒ A meta da enfermagem é um maior *bem estar* e *estar melhor* acrescido para ambos, enfermeiro e paciente, enquanto eles experienciam o processo de fazer uma escolha responsável;

⇒ Intimidade e neutralidade nos relacionamentos aumentam o bem estar (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 19,43 tradução nossa).

3.3.2 Pressupostos pessoais da autora do estudo

O MC é um modelo de atenção ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso que proporciona o maior envolvimento dos pais com seu bebê, assim como a formação de vínculo entre eles, proporcionando o *bem estar* e o *estar melhor* na vida dos pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso que vivenciam a primeira e segunda etapa do MC.

O processo de cuidar dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso na primeira e segunda etapa do MC, oportuniza com que as mães e pais possam vir a *ser mais*, e desta maneira, estejam mais próximos e seguros em relação ao seu bebê.

O recém-nascido pré-termo e de baixo peso é um ser único, com suas fragilidades, mas também com muitas potencialidades, que deve ser respeitado na sua individualidade, e ser cuidado em sua totalidade.

O conhecimento dos pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso sobre o MC, estado de saúde do bebê, rotinas e procedimentos da Unidade Neonatal, tem influência positiva na experiência vivida durante o processo de internação.

A presença constante dos pais na Unidade Neonatal favorece a aproximação e o vínculo destes com o recém-nascido pré-termo e de baixo peso, possibilitando um enfrentamento mais harmônico do processo de hospitalização de seu bebê, favorecendo o *bem-estar* e o *estar melhor* de ambos.

O estabelecimento de uma relação autêntica entre a enfermeira e os pais facilitará a compreensão e aceitação no processo de internação do recém-nascido pré-termo e de baixo peso, por parte de seus pais.

As atitudes acolhedoras da enfermeira aliadas aos componentes da Enfermagem Fenomenológica (diálogo, encontro, relacionamento, presença e chamada e resposta) são elementos indispensáveis para a realização de um cuidado humanizado, levando ao *bem-estar* e a um *estar melhor* do recém-nascido pré-termo e de baixo peso e de seus pais.

3.3.3 Conceitos inter-relacionados

Ser humano

Paterson e Zderad (1979) consideram o ser humano como um ser singular, individual, com capacidade para interagir e relacionar-se com outros seres, no tempo e no espaço. Caracteriza-se como capaz de conhecer a si e ao seu mundo interior capaz de refletir, valorizar, experienciar para vir a ser mais, aberto a opções e à autopercepção. É através da relação com os outros que o ser humano vem a ser através de escolhas e desta maneira manifesta sua singularidade.

O ser humano estabelece vários tipos de relações, nas quais expressam seu mundo interior e vivenciam experiências, possuindo características de relacionar-se através da relação Eu-Tu, Eu-Isso e Eu-Nós.

Neste estudo os **seres humanos** envolvidos são os pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso que vivenciam a primeira e segunda etapa do MC, os recém-nascidos e a enfermeira. Estes seres humanos, são sujeitos de um sistema vivo e social, complexo e inconclusivo, que relacionam-se entre si e com o meio ambiente em constante processo de interação relacional.

Os **pais (mãe e pai)** dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso são seres individuais, que interagem com os outros, possuem seu mundo de vivências, com alegrias, realizações, problemas e dificuldades e estão abertos à troca de experiências e conhecimentos em busca de seu bem-estar, e do bem estar de seus bebês. Possuem potencialidades, e cuidam dos seus bebês com carinho e afeto, responsabilidade, autenticidade, assim como têm possibilidades de fazer escolhas, mas ao mesmo tempo, necessitam de ajuda para vir-a-ser-mais neste processo experiencial.

O **recém-nascido** pré-termo e de baixo peso também é um ser único, singular, com potencialidades para tornar-se mais. Seu processo existencial de transição do mundo intra-uterino para o nascimento ocorreu de forma prematura e inusitada, necessitando então de cuidados especializados de uma Unidade Neonatal. Neste novo ambiente todos os cuidados são importantes e objetivam o seu *bem estar* e o *estar melhor*. É um ser frágil e vulnerável, que começa o seu aprendizado de vida na Unidade Neonatal, convivendo com seus pais e com os profissionais, especialmente, a enfermeira. É um ser que precisa ser protegido, amado e cuidado com carinho e afeto para que construa seu mundo, sua história de vida e suas

relações, consigo e com o outro.

A **enfermeira** é um ser único, com suas particularidades, sendo aquela que vivencia e desenvolve sua prática como ser humano, através de sua experiência pessoal e profissional, numa relação intersubjetiva com os pais e mães dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso que vivenciam a primeira e segunda etapa do MC. Está aberta e disposta ao encontro na busca do *ser mais* e *estar melhor* para si e para os recém-nascidos e para as mães e pais. Através da sua percepção nos relacionamentos, ela expressa e compartilha conhecimento. Demonstra habilidades técnicas, sensibilidade, assim como capacidade de escuta e empatia que favorece o crescimento de ambos.

Saúde

Para Paterson e Zderad (1979), a saúde é vista como uma questão de sobrevivência pessoal, como uma qualidade de vida e morte. Segundo as autoras, o ser humano possui potencial para o *bem estar* e *estar melhor*. O conceito de saúde vai além da mera ausência de doença. O *bem estar* refere-se a um estado regular, de estabilidade, enquanto o *estar melhor* trata-se de um processo de tornar-se tudo o que é humanamente possível. O *estar melhor* é processual e tem um caráter incoativo, inacabado, já que o ser humano se torna melhor ao se relacionar com o outro (vir-a-ser).

Neste sentido, a enfermeira deve atuar de maneira existencial, buscando nos pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso o potencial para virem a ser mais em seus processos existenciais, e desta forma tornarem-se melhores, através de suas próprias experiências de vida.

Enfermagem - enfermeira

Para Paterson e Zderad (1979), a enfermagem é um tipo especial de encontro entre as pessoas, uma relação inter-humana, com uma intencionalidade. É uma resposta a uma solicitação de ajuda, ou seja, é um encontro no qual existem um chamado e uma resposta intencionais. Nesta perspectiva, a enfermagem é uma resposta de cuidado de um ser humano para com o outro, em busca da saúde, ou seja, de um *bem estar* e um *estar melhor*. A enfermagem é uma profissão que envolve arte e ciência do cuidado. Envolve arte porque o cuidado em si requer criatividade, sentimento, disposição em *estar com*, e como ciência

envolve conhecimentos éticos, técnico-científicos e humanos.

A enfermagem é encarada como uma mistura única de teoria e metodologia, sendo que uma não pode existir sem a outra. Paterson e Zderad (1979) descreveram que esta mescla de arte e de ciência exerce papéis decisivos na enfermagem humanística, no entanto permanecem sem sentido a menos que sejam aplicadas em situações de vida.

A enfermagem humanística então é um diálogo vivo entre enfermeira e paciente, para que possa ser alimentado o potencial humano, através da relação transacional e intersubjetiva, intencionalmente voltada para o bem estar e o estar melhor. No diálogo estão envolvidos o *encontro*, o *relacionamento*, a *presença* e o *chamado/resposta* (PATERSON; ZDERAD, 1979).

No *encontro* o olhar da enfermeira não está apenas voltado para o cuidado, mas também para os sentimentos expressados pelos pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso na primeira e segunda etapa do MC, pois este é um tipo especial e particular de situação, no qual a enfermeira deve manter uma relação positiva e de confiança, mostrando-se aberta ao diálogo, pois no encontro os pais têm a expectativa de que esta lhe prestará a ajuda de que necessitam.

O *relacionamento* é essencial para a existência humana, e refere-se ao estar com o outro, responder a alguém que precisa de ajuda. Segundo Paterson e Zderad (1979), o homem relaciona-se com o outro como sujeito-objeto (EU-ISSO), sujeito-sujeito (EU-TU); pois em sua vida cotidiana, para sobreviver, precisa se relacionar individualmente, com a comunidade, bem como conhecer e usar os objetos.

A relação sujeito-sujeito (EU-TU) acontece quando duas pessoas acham-se abertas reciprocamente, como totalmente humanas. É durante esta relação quando o ser humano se envolve com o outro que se estabelece o diálogo intuitivo. A relação EU-ISSO compreende a relação sujeito-objeto, na qual o indivíduo desenvolve a capacidade de abstrair, de objetivar, de conceituar e de categorizar, o que permite o avanço da ciência, da arte e da filosofia. Já a relação EU-NÓS permite o fenômeno de comunidade, definida como duas ou mais pessoas que lutam unidas no viver-morrer (PATERSON; ZDERAD, 1979)

A enfermeira estabelece relações com os recém-nascidos pré-termos e de baixo peso e suas mães e pais, na qual, busca a aproximação com estes para que tornem-se participantes do processo de cuidar de seus bebês, com a intenção de fortalecer o potencial para o *bem estar* e o *estar melhor*. Com o objetivo de trocar informações, tirar dúvidas e prestar orientações requeridas pelas mães e pais, a enfermeira estabelece um diálogo.

A *presença* caracteriza-se por estar aberto, receptivo, disponível, acessível para a outra pessoa, de um modo recíproco. É estar aberto ao todo da experiência da enfermagem. “As ações visíveis não necessariamente significam presença, pois esta não pode ser demonstrada. No entanto, a presença pode-se revelar através de um olhar, do toque ou pelo timbre de voz” (PATERSON; ZDERAD 1979, p.56).

A presença pode ser vivenciada através de um sorriso, um olhar empático, no cuidado individualizado, na compreensão de algum comportamento ou atitude advinda de um momento de alegria, dificuldade ou de tristeza, assim como fortalecimentos vivenciados pelos pais assim como pelos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso. A presença genuína da enfermeira é fundamental para que os pais tenham segurança em participarem da primeira e segunda etapa do MC.

Ambiente/Comunidade

Para Paterson e Zderard (1979), o ambiente é compreendido como o espaço interno e externo ao ser humano, a pessoa é vista como um ser vivendo em dois mundos. Amigos, família e outras pessoas significativas são uma parte importante do mundo de cada pessoa, assim como a sinceridade e aceitação do mundo interior do outro são essenciais para uma verdadeira interação.

Paterson e Zderad (1979) consideram a comunidade o “nós” que ocorre quando os pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso e a enfermeira se encontram, pois são pessoas que agem unidas para o mesmo fim, porque ambos ensinam e aprendem, ocorrendo um partilhar intersubjetivo. É intersubjetivo a partir do encontro de duas ou mais pessoas que se relacionam e partilham suas experiências, elaboram significados para suas existências e deixam de ser apenas Eu e Tu, e passam a ser Nós (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Por este estudo abordar o relacionar-se de mães, pais, recém-nascidos pré-termos e de baixo peso e enfermeira no espaço-tempo de uma Unidade Neonatal, denomino esta como “Ambiente/Comunidade”. A enfermagem humanística, de acordo com Paterson e Zderad (1979), ocorre na comunidade e é por ela influenciada; ela se ocupa da mediação entre enfermeiras e seus semelhantes.

É importante reconhecer que para compreender a comunidade temos que conhecer e valorizar a experiência de cada ser humano que participe desta. Através do partilhar intersubjetivo de significados, em comunidade, estes seres humanos são confortados e

cuidados, ou seja, através dela é possível *estar melhor* (vir a ser).

Esse componente representa a forte influência humanista da teoria. As pessoas encontram significado para sua existência, através do partilhar e do relacionar-se com os outros. Além de envolver os seres humanos na relação, a comunidade deste estudo engloba um ambiente com diferentes tipos de equipamentos de alta tecnologia, que são imprescindíveis para o *bem-estar* e o *estar melhor* do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. É neste ambiente que ocorrem as transações intersubjetivas, iniciadas e mantidas constantemente através do diálogo com os pais e mães dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso.

Diálogo vivido

Segundo Paterson e Zderad (1979), a enfermagem em si mesma é uma forma particular de diálogo humano. O termo diálogo é utilizado para denotar a conversação entre duas ou mais pessoas. Referem-se ao diálogo vivido como uma forma particular de relação intersubjetiva, como uma experiência existencial, na qual um indivíduo distinto e único entra em relação com o outro, estabelecendo um chamado e dando uma resposta.

Na enfermagem, o diálogo é uma situação de encontro entre a enfermeira e os pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso, no qual há um chamado e uma resposta, com objetivos de proporcionar o bem-estar e o estar melhor destes (PATERSON; ZDERAD, 1979). Através dele, enfermeira, pais e mães, experienciam o diálogo complexo, que é simultâneo, no qual ambos chamam e respondem ao mesmo tempo, sendo refletido em todas as formas de comunicação humana, verbal e não verbal. A relação dialógica é um estar olhando para o outro, não só com o corpo, mas também com os sentimentos.

3.4 ENFERMAGEM FENOMENOLÓGICA

Paterson e Zderad (1979), no capítulo seis do livro *Enfermería Humanística*, intitulado “*La lógica de una metodología fenomenológica*”, apresentam uma metodologia para o estudo da enfermagem que foi desenvolvida a partir de reflexões sobre a prática. Segundo as teóricas, esse método aspira ser um instrumento para a descrição da situação clínica profissional da enfermagem, que é na realidade um mundo subjetivo-objetivo que ocorre entre seres subjetivo-objetivos. Para Brüggemann e Fenili (2001), é uma metodologia para a

compreensão e descrição das situações de enfermagem. É um método de investigação, que utiliza a compreensão da experiência enfermeira-paciente, fazendo com que esta possa estar com o paciente de maneira humana e curativa.

De acordo com Paterson e Zderad (1979), a teoria da enfermagem humanística surge da experiência real da enfermagem e dela se nutre e é refinada continuamente. Isto se dá através da interação dialógica das experiências articuladas e compartilhadas por enfermeiras pesquisadoras que abstraem e conceituam. Tendo este pensamento como ponto de partida, as teóricas desenvolveram a metodologia ENFERMAGEM FENOMENOLÓGICA que pode ser aplicada tanto no cuidado como nas investigações em Enfermagem. Essa metodologia é dividida em cinco fases as quais apresento a seguir.

3.4.1 Fase 1: Preparação da enfermeira cognoscente para chegar ao conhecimento

Nesta fase, a enfermeira precisa preparar a mente para conhecer o campo da clínica ou da investigação. Isto pode ser feito de diferentes modos. Uma das maneiras sugeridas pelas teóricas é através da busca de conhecimentos na literatura, refletindo sobre eles e comparando-os com o que já se conhece, e neste caso, com a prática de enfermagem. A seleção de obras literárias que falem sobre a natureza do ser humano e suas diferentes formas de perceber e relacionar-se com o mundo, estimula a reflexão crítica da enfermeira sobre a percepção que o ser humano tem de si mesmo e de suas relações com o mundo (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Esta é uma fase de autoconhecimento, na qual, busca-se conhecer a si mesmo, revendo valores, pensamentos e atitudes, pessoais e profissionais. Quanto mais ampla a variedade de experiências que a enfermeira tem, maior a sua possibilidade de conhecimentos, proporcionando a abertura para o caminho em conhecer o outro.

3.4.2 Fase 2: A enfermeira conhece intuitivamente ao outro

Esta fase é marcada pela relação EU-TU, na qual se estabelece o conhecimento intuitivo, sendo que este conhecimento presume uma abordagem fenomenológica, que é estar aberto ao significado das experiências dos outros. Paterson e Zderad (1979) sugerem que a relação a se estabelecer parta sem noções pré-estabelecidas, ou seja, evitando expectativas, julgamentos e idéias pré-concebidas. Esta fase é muito marcada também pelo diálogo vivido, que envolve o encontro, presença, relacionamento e compreensão dos chamados e respostas,

instrumento valioso para que se estabeleça a relação sujeito-sujeito objetivando conhecer o outro.

3.4.3 Fase 3: A enfermeira conhece cientificamente ao outro

Nesta fase, os fenômenos reconhecidos intuitivamente, sofrerão processo de reflexão, análise, classificação, comparação, interpretação, denominação e categorização. Este processo analítico reconhece os muitos aspectos do fenômeno. Neste estado reflexivo é possível analisar, considerando as relações entre os componentes (PATERSON; ZDERAD, 1979).

3.4.4 Fase 4: A enfermeira sintetiza complementarmente as realidades conhecidas

É a fase que envolve a relação, a comparação e o contraste do que ocorre nas situações para que a compreensão da enfermeira acerca da pessoa possa ser ampliada. Através da comparação e da sintetização a enfermeira chega a uma visão ampliada. De acordo com Paterson e Zderad (1979), ela permite um diálogo entre as realidades e permite as diferenças.

Este é o momento no qual a enfermeira lança mão de sua experiência pessoal, assim como de seus fundamentos teóricos e práticos.

3.4.5 Fase 5: Da sucessão das multiplicidades à unidade paradoxal como processo interno da enfermeira

Nesta fase se desenvolve o processo descritivo de um fenômeno vivido. É a visão articulada da experiência que se torna expressa em um todo coerente. Esta fase configura-se pelo refinamento da captação intuitiva adquirida anteriormente e faz uma revisão compreensiva, objetivando a expansão de sua visão e conceitos, com o intuito de propor condutas que visem o estar melhor do outro.

O paradoxo está no fato de a enfermeira iniciar com uma noção geral e realizar uma captação intuitiva, sendo que depois realiza um estudo em que compara, analisa e sintetiza para chegar a uma verdade que é exclusivamente pessoal, mas que tem significado para todos (PATERSON; ZDERAD 1979).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, na modalidade Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). Esta pesquisa tem seus alicerces na abordagem fenomenológica e com a intencionalidade de compreender o significado da experiência vivida pelos participantes. De acordo com Trentini e Paim (2004), esta modalidade de pesquisa tem como principal característica o desenho que une o fazer e o pensar a prática em saúde e em enfermagem, ou seja, ela articula a pesquisa com a prática profissional. Tem por finalidades “encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na prática mantendo durante todo seu processo, uma estreita ligação com a prática assistencial” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.28), “o ‘saber fazer’ une-se ao ‘saber pensar’, mediante o processo de ‘aprender a pensar o fazer’, e este culminará para o ‘refazer’” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 29).

Desta maneira a PCA busca promover maneiras eficientes de concretizar mudanças que sejam significativas na prática da enfermagem ou na prática de outras profissões da saúde. Este método articula a prática profissional e o conhecimento teórico, fazendo com que o pesquisador seja um sujeito participante e co-responsável no processo de pesquisa.

A escolha por este referencial metodológico deu-se justamente pela necessidade de realizar essa articulação entre teoria e prática, com fins de construir novos conhecimentos para a enfermagem, particularmente na área da atenção neonatal.

Desta forma, corroborando com as autoras, proponho a relação da prática assistencial com todas as fases do processo investigativo, tendo por objetivos “encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na prática” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 28).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E DO CONTEXTO DO ESTUDO

Para Trentini e Paim (2004), o local da pesquisa é determinado como aquele onde se estabelecem as relações sociais inerentes aos objetivos e finalidade da pesquisa. Desta forma, este estudo, foi desenvolvido na Unidade Neonatal da maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU/UFSC. O

HU/UFSC foi inaugurado em 1980. É um hospital geral que possui leitos obstétricos, sendo gerenciado com recursos federais e é o único de Santa Catarina totalmente público. Caracteriza-se por ser um Hospital de Ensino, pois além de prestar assistência à saúde da população, desenvolve simultaneamente atividades de ensino, pesquisa e de extensão.

A maternidade do HU/UFSC iniciou suas atividades em 20 de outubro de 1995, localiza-se no 2º andar do hospital, e é dividida nos seguintes setores: ginecologia e triagem obstétrica, Centro Obstétrico (CO), Alojamento Conjunto (AC), Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM), lactário, Unidade Neonatal e o hotelzinho².

Esta maternidade possui uma filosofia elaborada a partir de pressupostos humanísticos, que foram apresentados no Relatório das atividades da comissão de implantação de 1992, sendo os temas centrais que a norteiam: em se prestando assistência, se ensina; é direito de toda mulher, recém nascido (RN) e família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receberem atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais; a atenção à saúde da mulher visa o ciclo grávido - puerperal, considerando a gravidez como processo e não como um evento; na atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação; o sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados; a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher - RN - família, deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado; as atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mãe - RN - família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência; a equipe deve exercer papel atuante na educação da mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar; todo pessoal deve ter qualificação, treinamento e supervisão continuados, específicos, para prestação da assistência a que tem direito a mãe, o RN e a família; a parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos; as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do fato; o desenvolvimento de atividades será de

² Local destinado a receber puérperas mães de recém-nascidos pré-termos e de baixo peso ao nascer, com alta obstétrica, cujos filhos permanecem internados na Unidade Neonatal.

forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionem; a mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde (MANUAL DE ROTINAS MATERNIDADE HU/UFSC, 2001).

Atualmente a Unidade Neonatal é referencia nacional para o MC e conta com dezesseis leitos, distribuídos em quatro salas. Na UTI Neonatal existem seis leitos para cuidados intensivos, onde internam recém-nascidos pré-termos e de baixo peso, ou recém-nascidos a termo com graves intercorrências neonatais. Em outra sala temos seis leitos de cuidados intermediários, sendo que neste espaço internam os bebês que necessitam ser observados nas primeiras 24 horas de vida, seja por prematuridade, processos físicos adaptativos do nascimento ou investigação diagnóstica, além dos egressos da sala de cuidados intensivos que atingiram 1.500g e que encontram-se clinicamente estáveis. Há também o Alojamento Canguru, que possui quatro leitos de canguru, destinados aos bebês que tiveram alta dos cuidados intensivos ou intermediários, e são inseridos na segunda etapa do MC, desde que sejam respeitados os critérios já descritos para o ingresso nesta etapa. A Unidade Neonatal ainda conta com uma sala para isolamento destinado às internações infecto-contagiosas, diagnóstico a esclarecer em bebês externos de até 28 dias de vida. O tempo de internação é variável, podendo ser de poucos dias a até três meses.

Na unidade, o acesso dos pais é livre e em período integral, 24 horas por dia e a presença destes é estimulada por toda a equipe multiprofissional. Também é disponibilizado o horário de visitas, com limite de duas pessoas por dia, que pode incluir os avós maternos e paternos, amigos, ou as pessoas da preferência dos pais, sendo que a visita é realizada individualmente, com duração de uma hora por dia e acontece no horário das 15 às 16 horas. Os irmãos do recém-nascido não são considerados visitas, porém, orienta-se que preferencialmente venham à unidade no horário de visitas.

O Alojamento Canguru é uma área que faz parte da Unidade Neonatal e é destinado para segunda etapa do MC. No HU/UFSC em 2001 deu-se início ao projeto piloto (dois leitos para canguru na área destinada ao isolamento), apesar de, desde 1999 já implantarmos algumas primícias do MC, como o contato precoce com o bebê. Este ambiente passou por uma reforma que foi concluída no final do ano de 2005, no entanto a Unidade iniciou suas atividades em dezembro de 2009. O projeto teve seu início em 1996 e contou com o reconhecimento e apoio financeiro do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e da Fundação ORSA.

O Alojamento Canguru conta com quatro vagas destinadas ao MC, dois consultórios para atender a demanda ambulatorial (3ª etapa do MC), além de ambientes destinados a refeições das mães, sala de TV, sala para receber as visitas. Com a atuação da equipe multidisciplinar são possíveis de serem realizadas atividades que vão desde trabalhos manuais, como por exemplo, a confecção, pelas mães e pais participantes do método, de artesanatos, roupas para os bebês, e até oficinas que possibilitam a troca de experiências entre os grupos de mães e pais participantes, e destes com a equipe interdisciplinar; incluindo ainda nesta estrutura, uma ampla lavanderia e um solário.

4.3 SUJEITOS SIGNIFICATIVOS DO ESTUDO

Os sujeitos desta pesquisa foram mães e pais de recém-nascidos pré-termos e de baixo peso que internaram na Unidade Neonatal da maternidade do HU/UFSC e que ingressaram na primeira e segunda etapa do MC. De acordo com Trentini e Paim (2004), na PCA, os sujeitos configuram-se como integrantes ativos, contribuindo com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema em estudo. Como critérios de inclusão foram estabelecidos que não apenas a mãe, e sim mãe e pai que estivessem acompanhando seu bebê e participando da segunda etapa do MC, seriam os sujeitos da pesquisa.

Como se trata de uma pesquisa qualitativa na modalidade convergente-assistencial, não foi estabelecido um número mínimo ou máximo de participantes, uma vez que, por suas próprias características, não se estabeleceu critérios rígidos baseados na generalização, e sim, na representatividade referente à diversidade e profundidade das informações. “O tamanho da amostra é definido, em grande parte, em função da finalidade da pesquisa, da qualidade dos informantes e do tipo de estratégia de amostragem usada” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 237).

Participaram do estudo seis mães e pais que tiveram seus recém-nascidos pré-termos e de baixo peso participando da segunda etapa do MC. Os sujeitos foram identificados por palavras que exprimem sentimentos. Esta identificação se deu a partir da minha observação do contexto relacional entre a mãe, o pai e o bebê. Assim, as palavras utilizadas para a identificação dos sujeitos foram: Carinho Afeto e Ternura.

A seguir é apresentado um quadro que procurou mostrar o perfil sócio-demográfico dos sujeitos significativos do estudo, o qual incluiu idade, grau de instrução, procedência, estado civil e ocupação dos mesmos.

Quadro 1. Perfil sócio-demográfico dos sujeitos significativos do estudo.

Sujeitos Significativos do Estudo	Idade	Grau de Instrução	Procedência	Estado Civil	Ocupação
Pai Carinho	24	Ensino Médio	Sombrio-SC	Casado	Artesão- Autônomo
Mãe Carinho	20		Sombrio-SC	Casada	Artesã- Autônoma
Pai Afeto	29	Ensino Fundamental	Aneiro- PR	Casado	Agricultor
Mãe Afeto	22	Terceiro Grau	Aneiro- PR	Casada	Pedagoga
Pai Ternura		Ensino Fundamental	Araranguá-SC	Casado	Frentista
Mãe Ternura			Araranguá-SC	Casada	Fumageira

A partir deste quadro podemos observar que a faixa etária dos sujeitos participantes do estudo varia dos 20 aos 29 anos. Outra característica que possuem em comum é que todos os trinômios são residentes em localidades distantes da instituição a quem foram encaminhados para a internação, sendo que um deles é inclusive de outro estado. Sendo assim, este é fator que confirma a instituição na qual o estudo foi realizado como referência no atendimento neonatal.

Em relação ao estado civil todos se declararam como casados. Quanto ao grau de instrução apenas um dos sujeitos possui terceiro grau completo, os demais possuem ensino fundamental ou ensino médio. Quanto a ocupação percebemos variadas profissões.

A seguir apresento uma descrição dos trinômios, baseada no diálogo vivido, e de como realizei a abordagem inicial junto a estes para a participação no estudo, bem como utilizando o processo de cuidar em busca do *bem estar* e *estar melhor* dos envolvidos no processo. Primeiramente descrevo o trinômio Carinho, em seguida Afeto e por fim, o trinômio Ternura.

Carinho

Mãe Carinho é uma jovem de 20 anos, artesã, reside na cidade de Sombrio, trabalha pintando tapetes e o bebê Carinho é seu primeiro filho.

Mãe carinho é uma menina meiga, um pouco tímida, com traços que denotam certa fragilidade, com voz doce e suave.

O Pai Carinho é um jovem de 24 anos, muito simpático, falante, zeloso com Mãe e

bebê Carinho. Assim como a esposa, também trabalha como artesão, atuando na confecção de tapetes para o sustento da casa. Ambos realizam o trabalho em sua própria residência. O casal mora em casa própria. O bebê Carinho foi desejado e esperado por eles e por toda a família.

Sua trajetória até a chegada a instituição foi segundo o próprio Pai Carinho, triste. No dia 26/06/11 realizaram o chá de fraldas, até então tudo tranquilo e todos estavam muito contentes. Após o chá de fraldas, no domingo a noite eles estavam em casa, no quarto do bebê arrumando as fraldas, roupas e os presentes que receberam no Chá, quando inesperadamente a bolsa rompeu. Neste momento Mãe Carinho não apresentava nenhuma dor ou contração, sendo que procuraram atendimento médico no outro dia pela manhã (27/06/11). Ao serem atendidos tiveram então a notícia de que Mãe Carinho estava em trabalho de parto, com dilatação cervical de 7 cm, sendo diretamente encaminhada a sala de parto. Após aproximadamente 2 horas nasceu o bebê Carinho.

Após o nascimento do bebê Carinho, seus pais receberam a notícia de que o bebê necessitaria de cuidados muito específicos, que não poderiam ser realizados na unidade hospitalar na qual se encontravam, e sim, precisariam de um local com maior estrutura e recursos. A partir de então foram feitos contatos na tentativa de conseguir uma vaga em uma UTI Neonatal, nas cidades de Tubarão, Criciúma, sendo a vaga mais próxima encontrada apenas em Florianópolis. Após a garantia da vaga ocorreu então a transferência, que foi realizada pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). Pai Carinho acompanhou seu bebê durante a viagem, enquanto Mãe Carinho permaneceu internada na instituição de origem. Para ambos foi um momento totalmente inesperado, com muitos acontecimentos em um curto intervalo de tempo. Mãe Carinho relata que “[...] *na hora que eu ganhei, eu não sabia o que estava acontecendo porque me levaram para o quarto e ficaram cuidando dela. Depois o [...] (pai Carinho) [...] chegou no quarto e eu fiquei sabendo que eles tiveram que correr com ela. Isso foi triste. Ainda mais que ele (pai Carinho) chegou na sala chorando, não parava de chorar [...]*” .

Pai Carinho fala emocionado sobre sua experiência utilizando as seguintes palavras, “*Eu senti que se eu não conseguisse [...] senti a dor do pai. Naquela hora eu já sabia que eu era pai. Então, eu vendo a minha filhinha ali, e o médico me deu horas de vida pra ela. Ele disse assim: “Olha, eu faço o que eu puder, mas só depende dela”. Na hora já me cortou o coração, já me deu um desespero, chorei, eu [...] Eu olhava pra ela e eu começava a chorar [...] Eu disse assim: “Eu vou perder meu neném agora? Nós esperamos, fizemos projetos e tudo, agora vai ficar assim?”. Graças a Deus que abriu a vaga, então nós corremos”.*

Afeto

Jovem de 22 anos é a Mãe Afeto, formada em Pedagogia, casada com o Pai Afeto que trabalha como agricultor. Possuem casa própria, residindo apenas o casal. Mãe Afeto é tranquila, utiliza poucas palavras para se comunicar, talvez um pouco “desconfiada” com a nova situação que vivia. Pai Afeto tem 29 anos, esteve sempre presente, deixou seu trabalho por ocasião do período de internação para permanecer ao lado de Mãe e bebê Afeto durante o mesmo. Passava o dia inteiro no alojamento canguru, acompanhado esposa e filho, e durante a noite repousava em uma casa disponibilizada por uma voluntária para pessoas que necessitam de um local para permanecerem por serem procedentes de localidades distantes.

Mãe Afeto tinha conhecimento, por diagnóstico médico, de que sua gestação provavelmente não chegaria a completar as 40 semanas, pois segundo os médicos sua placenta era “velha”. No dia 10/07/11, mãe Afeto iniciou com contrações uterinas, e então procurou atendimento médico em sua cidade. Chegando ao hospital permaneceu internada por três dias, seguindo com contrações e dilatação uterina. Apresentou amniorex espontânea e então teve a notícia de que seu bebê iria nascer.

Informaram para a mãe que o bebe seria prematuro e que, além disso, tinha uma circular de cordão, e iria necessitar de uma UTI Neonatal. No entanto o hospital em que mãe Afeto estava internada não possuía UTI neonatal.

Apesar de saber da possibilidade de ter um parto prematuro, mãe Afeto ficou apreensiva, pois achava que a gestação iria um pouco mais adiante. Após estes acontecimentos iniciou-se uma busca por vaga para mãe e bebê. As tentativas foram várias, até conseguirem a vaga no HU/UFSC. Então foram transferidos com o SAMU, de Rio Negrinho a Florianópolis.

Estes sentimentos de incertezas e angústia são evidenciados na fala de mãe Afeto quando a mesma diz que *“Ele disse (o médico): “não pode nascer aqui, nós vamos dar um jeito”. Eu liguei para ele (esposo), para ele ir para o hospital. Eu fiquei bem nervosa, porque eu não sabia. Eu pensei: “Vai que me transferem e acontece alguma coisa”, porque eu não tinha nem noção do que podia acontecer. Só que o médico foi bem tranquilo, ele falou que eu não corria risco. O médico disse que era mais pra ter uma certeza, que se precisasse de uma internação na UTI, como não precisou da UTI, mas se precisasse ele já estava, ele já ia estar bem. Mas assim, eu fiquei bem nervosa. Porque eu pensava, como ele falou que a minha placenta tem problema, vai que eu tenha problema. Eu comecei com pressão alta também.*

Deu tudo e daí tinha que controlar a pressão e quanto mais controlava a pressão, parece que mais nervosa eu ficava porque eu queria não ficar nervosa e ficava nervosa. Por mais que [...] deu tudo certo, mas a gente fica pensando [...] Ainda mais que é o primeiro”.

Algumas horas após a chegada ao HU/UFSC, bebê Afeto nasceu. Seus pais tiveram um grande sentimento de alívio, como relata pai Afeto *“Ah, foi um [...] um alívio, uma emoção, misturado com alegria. Sei lá... mais alegria. Uma emoção muito boa, nossa. Primeiro ele fez uns cuidadoszinhos e depois a enfermeira colocou no cobertor e me deu. Ela disse: “Um cheirinho e eu já vou levar.” Então ele já veio pra cá (UTI Neonatal). Mas lá eles já começaram a dar umas boas notícias, que estava bem, que estava perfeito, porque a gente já ia perguntando. Curiosidade né? Mesmo a gente via que estava normal, chorou [...] É uma alegria muito boa”.*

Mãe e bebê foram separados logo após o nascimento, sem a oportunidade de realizar um contato mais prolongado devido às condições clínicas do bebê, porém, mesmo sem este contato, mãe Afeto relatou que *“Eu não sei se na hora [...] Se não [...] Só queria saber se ele (o bebê) estava bem. Ele (pai Afeto) já contou que não estava precisando de aparelhos e eu fiquei mais tranqüila, porque na verdade era só a observação. E até então eu estava com medo ou receio de vir ver ele aqui. Porque eu pensei: “É pequeno[...].” Pequeno, e vai que eu chegava ali e ele estava todo intubado, alguma coisa assim. Mas quando eu vi ele que estava bem espertinho ali deitadinho, deu um alívio, um sossego [...]. No quarto as outras mulheres que estavam comigo falaram: “Não, esse hospital é bem bom”. Falaram bem, eu fiquei mais tranqüila, porque elas já tiveram o neném aqui e tudo”.*

Ternura

Os pais Ternura estão casados há três anos, residem no município de Araranguá, o casal mora em casa própria. Ele trabalha como frentista e ela trabalha na lavoura de fumo.

Mãe Ternura, uma jovem de 22 anos, é muito simpática, de sorriso fácil, sempre bem comunicativa. Pai Ternura é um pouco mais reservado, um tanto quanto tímido, porém muito receptivo.

Mãe Ternura iniciou seu processo de trabalho de parto no dia 27/07/11, com o rompimento espontâneo da bolsa. Seguiu para o hospital onde ficou em observação. Assim que contataram que o nascimento seria prematuro, a equipe realizou contato para localizar uma instituição que possuísse UTI Neonatal, sendo que foi feita uma tentativa com o hospital de Criciúma. Lá havia vaga para o bebê, mas a equipe também procurava por uma vaga de

UTI para a mãe, então conseguiram em Florianópolis.

O casal relatou que passaram por momentos de ansiedade ainda no hospital em Araranguá, pois poucas eram as informações fornecidas sobre o estado de saúde de mãe e bebê, e também por não permitirem a presença de um acompanhante.

A transferência foi realizada pelo SAMU, porém, foi necessária uma troca de ambulância. Desta maneira, saíram de Araranguá, seguiram até Lages e de lá a ambulância do SAMU de Florianópolis foi buscá-los para enfim trazê-los ao HU/UFSC.

4.4 A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL UTILIZANDO A ENFERMAGEM FENOMENOLÓGICA

Para empreender este estudo, fiz uma articulação intencional entre a tarefa de investigar e a tarefa de cuidar. Para tanto, utilizei a PCA aliada ao referencial humanístico de Paterson e Zderad (1979), a enfermagem fenomenológica, que tem por objetivo fundamental compreender e descrever situações de enfermagem.

A metodologia da PCA é um tipo de estudo abrangente, sendo aplicável nos processos de pesquisa e de assistência, entendendo o dinamismo das situações durante o período de estudo. “Nesse caso o pesquisador intervém, a pesquisa por si intervém, assim, este tipo de pesquisa sempre envolve ações de assistência, mesmo que o enfoque seja entender ou descrever algum aspecto da experiência do paciente” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 92).

Durante o desenvolvimento da PCA, nem sempre as estratégias traçadas inicialmente podem ser seguidas, justamente por levar em consideração o processo dinâmico deste tipo de estudo. Porém, realizam-se ajustes durante o processo conforme a necessidade, mantendo a intencionalidade, os limites e as possibilidades controladas com rigor.

4.4.1 O processo de cuidar adaptado a partir da enfermagem humanística – A coleta dos dados

A assistência e a pesquisa foram planejadas utilizando no processo de cuidar e pesquisar, as três primeiras fases da Enfermagem Fenomenológica da Teoria da Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad, que são compostas por: preparação da enfermeira cognoscente para chegar ao conhecimento, a enfermeira conhece intuitivamente ao outro, a enfermeira conhece cientificamente ao outro. Para seguir estas três fases, utilizei o diálogo

vivido, estabelecido por meio do encontro, relacionamento, presença, e compreensão dos chamados e respostas.

A interação com as mães e pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso se deu desde a primeira etapa do MC, continuando na segunda e em preparação para a alta hospitalar, sendo assim, foi possível estabelecer um encontro autêntico e uma relação que visasse não apenas o objetivo do estudo, mas que também contemplasse outras dimensões, como conhecer a trajetória deles até a internação na Unidade Neonatal, saber como foi este evento prematuro para eles, entender seus chamados e poder oferecer respostas adequadas, informações que considero importantes, pois as etapas do MC não acontecem de maneira isolada, mas são permeadas e envolvidas por uma série de eventos que podem refletir em como as mães e pais irão vivenciar este momento em suas vidas.

A **primeira fase** da pesquisa consistiu na *preparação da capacidade da enfermeira para vir a conhecer*. Assim busquei em um momento prévio e necessário para investir no autoconhecimento, fazendo uma auto-análise, revendo meus valores, conceitos e atitudes, tanto pessoais quanto profissionais, antes de iniciar a prática de enfermagem.

Esta preparação pôde ser feita através de atitudes contemplativas, leituras, filmes, participações em cursos ou palestras, e até mesmo através de conversas e troca de ideias com outros profissionais. Durante este processo realizei muitas construções e desconstruções, aproximações e afastamentos. Momentos estes que me levaram à introspecção, e que representaram um crescimento pessoal, buscando me preparar para o encontro e o diálogo vivido com os sujeitos da pesquisa, ou seja, as mães e pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso que vivenciaram a primeira e a segunda etapa do MC.

A **segunda fase** da Enfermagem Fenomenológica, na qual a *enfermeira conhece intuitivamente o outro*, foi o momento em que busquei estabelecer a relação EU-TU com as mães e pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso. Nesta oportunidade, como já havia iniciado a interação com as mães e pais na primeira etapa, apresentei os objetivos do estudo, li com eles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice A, e convidei-os para participar da pesquisa. Após o aceite e assinatura do TCLE iniciei o processo de coleta dos dados. Essa aproximação foi a chave fundamental para iniciar o diálogo vivido.

O diálogo vivido para Paterson e Zderad tem como ideia central que a enfermagem em si mesma é uma forma de diálogo humano, desta maneira, o fenômeno da enfermagem, a relação subjetiva, os eventos vivos experimentado pelos participantes no mundo em sua vida

diária é o diálogo. De acordo com as autoras, o conceito de diálogo é mais amplo do que a simples definição encontrada nos dicionários, ou seja, uma conversação entre duas ou mais pessoas. O diálogo aqui é referido como um diálogo vivo, ou seja, uma forma particular de relação intersubjetiva (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Desta maneira utilizei o diálogo vivo como estratégia de coleta de dados. Este diálogo se deu na medida em que procurei estabelecer o *encontro* com as mães e pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso, através da relação EU-TU, ou seja, sujeito-sujeito, relacionando-me e me fazendo presença genuína. Assim, pude compreender como cada mãe e pai vivenciam e experienciam o fenômeno de maneira particular, com diferentes sentimentos, alegria, inquietação, dúvidas, medos. Como o diálogo também implica em comunicação, utilizei como instrumentos o *chamado* e a *resposta*, para que o diálogo pudesse ser estabelecido de forma genuína. Através do diálogo vivo, busquei respostas para as perguntas de pesquisa propostas neste estudo. O roteiro guia para o diálogo vivido pode ser visualizado no Apêndice B.

Ainda nesta fase na qual a enfermeira conhece o outro intuitivamente, foram incluídas as notas de observação e as notas de cuidado, de acordo com o Apêndice C.

A **terceira fase** do processo de enfermagem fenomenológico, *a enfermeira conhece o outro cientificamente*, utilizei além da relação EU-TU, a relação EU-ISSO, na qual aliei ao diálogo intuitivo, os meus conhecimentos profissionais, abstraíndo, objetivando e categorizando os chamados e respostas das mães e pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso a fim de compreender o significado da experiência vivida pelos mesmos na primeira e na segunda etapa do Método Canguru.

A relação dialógica que foi estabelecida com cada mãe e pai vivenciando a primeira e a segunda etapa do MC, oportunizou vivenciar suas histórias relacionadas ao nascimento do bebê, sua transferência até a unidade atual, a necessidade da internação na UTI Neonatal, assim como suas esperanças, inquietações, dúvidas, preocupações e frente a esta nova experiência.

Na medida em que surgiram os chamados, surgiram as respostas, que consistiram no meu cuidar das famílias, “através da atenção, da escuta e do toque, tentando transmitir segurança e apoio, expressando a minha solicitude” (OLIVEIRA; COSTA; NÓBREGA, 2006, p.103).

Nesta etapa, o diálogo vivido foi evocado, lembrando sempre que a enfermagem é uma experiência intersubjetiva em que ocorre um verdadeiro partilhar. O *encontro* com os

pais e mães foi estabelecido nos momentos em que eram realizados cuidados ao bebê. Estes encontros ocorreram sob a expectativa humanística e fenomenológica de que havia uma enfermeira e uma família a ser percebida e cuidada em toda a sua complexidade. Mantive atenção para os sentimentos que surgiam pela antecipação do encontro, aos meus sentimentos e à singularidade de cada mãe e pai, pois mesmo que estivessem vivenciando processos semelhantes no que se refere às necessidades e demandas, suas experiências frente aos fenômenos eram individuais e específicos.

O *relacionar-se* com as mães e pais implicou em estar com eles de modo genuíno e autêntico, sem máscaras ou dramatizações, procurando desempenhar o papel de enfermeira, sem perder de vista que todos os sujeitos, parceiros deste estudo, vivenciaram situações humanas (PATERSON; ZDERAD, 1988).

A *presença* foi colocada em prática com os pais e mães dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso, desde o momento em que iniciei o encontro com eles, ainda na primeira etapa do MC, acompanhando e vivenciando a primeira e segunda etapa do MC, e também na preparação para a alta hospitalar. Consistiu em estar aberta, receptiva, pronta e disponível para as famílias.

A coleta dos dados aconteceu no período de junho a agosto de 2011.

4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Na pesquisa convergente-assistencial, os processos de assistência e coleta de informações deverão ocorrer de forma simultânea. Para Trentini e Paim (2004), esta simultaneidade facilitará o processo de imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, com o objetivo de trazer reflexões sobre como fazer as interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo.

Para realizar a análise de dados deste estudo, utilizei os passos propostos por Morse e Field (*apud* TRENTINI; PAIM, 2004, p. 92-97), cujos procedimentos se dão em quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e recontextualização.

4.5.1 Processo de apreensão

Este processo se inicia com a coleta das informações e portanto, quando se inicia a análise; requerendo, antes de tudo, uma organização do relato das informações (TRENTINI;

PAIM, 2004).

Organizar as informações é imprescindível para que o processo de apreensão seja efetivo. Para isto, Trentini e Paim (2004), indicam a proposta de Schatzman (1973), que propõe as nomenclaturas: Notas de Entrevista (NE) que relatam as informações obtidas em entrevistas, Notas de Observação (NO) referentes a informações de observações, Notas Teóricas (NT) relato de interpretações feitas pelo pesquisador por ocasião da coleta ou durante a organização das informações, Notas Metodológicas (NM) relatando as estratégias utilizadas como auxílio na coleta de dados, Notas de Cuidado (NC) que se referem a ações de cuidado/assistência que são desenvolvidas durante o processo de pesquisa que envolve o pesquisador e o informante e Notas de Diário (ND) relatando os fatos que ocorrem diariamente em relação a pesquisa como sentimentos, acontecimentos, entre outros.

As autoras ainda enfatizam a importância destas anotações se darem em ordem cronológica, datadas e numeradas, ressaltando que esta forma de organização facilita o processo de codificação, ou seja, o reconhecimento de relatos, palavras, frases ou temas chaves.

A fase de apreensão iniciou com a coleta das informações, na qual utilizei o diálogo vivido. Durante esta fase as informações foram organizadas em notas, conforme sugerem Trentini e Paim (2004). As notas de entrevista (NE), foram os relatos dos pais durante o diálogo vivido e os diálogos entres estes e a pesquisadora, bem como as notas de observação também se deram durante o encontro da enfermeira com os pais. As notas de cuidado se referem aos cuidados realizados, assim como os sentimentos expressados pelos sujeitos e as observações feitas no contexto onde ocorreram os encontros.

4.5.2 Processo de síntese

Para Trentini e Paim (2004), este processo examina subjetivamente as associações e variações das informações. É nesta fase que as informações trabalhadas durante a fase de apreensão imergem e desta forma o pesquisador adquire familiaridade profunda com elas e ocorre um envolvimento intelectual. Aqui o pesquisador elabora um “material ilustrativo” a partir das informações, o qual sintetiza todo o processo do trabalho.

Este processo consistiu na interpretação dos dados coletados, os quais foram selecionados de acordo com a significância, síntese do conteúdo, temas abordados, sendo analisados com base no referencial teórico e outras bibliografias que apresentam aderência ao

tema estudado.

4.5.3 Processo de teorização

Na fase da teorização, o pesquisador desenvolve um esquema teórico, a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese (TRENTINI; PAIM, 2004).

A teorização só será alcançada por meio de um trabalho intelectual rigoroso, o qual inclui um alto nível de abstração e fundamentação teórico-filosófica, emergindo novos conceitos, suas definições e interrelações, que se constituem nas conclusões do estudo.

Após exercício minucioso de leitura e releitura, busquei formular as categorias convergentes resultantes do processo de compreensão. A categorização dos valores contidos nas informações foi alcançada à luz da fundamentação teórico-filosófica.

4.5.4 Processo de transferência

Processo pelo qual a transferência de resultados consiste na possibilidade de dar significados a determinados achados ou descobertas e procurar contextualizá-los em situações similares, sem que esse processo venha a ser entendido como poder de generalização (TRENTINI; PAIM, 2004).

Na fase transferência ou recontextualização, busquei dar significado aos achados. A intenção deste processo é de socialização de resultados singulares, arriscando, nessa busca, a justificação de adaptações necessárias.

Re-significando os achados neste estudo, descrevi teoricamente o como as mães e pais vivenciam a primeira e segunda etapa do MC e de que maneira a enfermeira pode contribuir para o cuidado humanístico a estas mães e pais, sendo que os resultados estão apresentados na forma de dois artigos.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para Trentini e Paim (2004) as questões éticas da enfermagem na PCA compreendem o comportamento que caracteriza a cultura de certo grupo de profissional ao desenvolver investigação científica no âmbito da própria assistência, por fazer valer o uso de determinados valores reconhecidos como princípios morais, os que têm a vida como fundamental e o

respeito à dignidade humana como o alicerce das relações profissionais com a pessoa que é cuidada.

Esta pesquisa respeitou os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética profissional para normatizar as atividades de pesquisa (BRASIL, 1996).

As mães e os pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso foram abordados pela pesquisadora ainda na primeira etapa do MC, sendo então informados sobre a pesquisa. Antes de assinar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), os sujeitos receberam explicações sobre todas as etapas da pesquisa, seus objetivos e os benefícios esperados. Também foi explicado que eles poderiam deixar de participar da pesquisa em qualquer etapa da mesma, se assim fosse de sua vontade, sem nenhum ônus ou prejuízo aos sujeitos envolvidos. Sempre estive a disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida que tivessem sobre o estudo.

Foram previstos também procedimentos que asseguravam e resguardaram a identidade dos sujeitos, mantendo sua privacidade, proteção de sua imagem e a não estigmatização dos mesmos. Desta maneira, os sujeitos foram identificados por palavras que expressam sentimentos. Essa escolha se deu a partir da observação de cada trinômio, sendo que cada um à sua maneira, deixaram transparecer sentimentos, os quais utilizei para identificá-los. Os sentimentos utilizados foram Afeto, Carinho e Ternura.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina - CEP/UFSC, em cumprimento às normas regulamentares, obtendo a aprovação sob o parecer de nº1934/11 (Anexo A).

A coleta de dados teve seu início após a aprovação do CEP/UFSC e da assinatura do TCLE, sem qualquer artifício de coerção.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e as discussões são apresentados sob a forma de dois artigos, seguindo a Instrução Normativa n. 10/PEN/2011.

O artigo 2 foi intitulado “Primeira e Segunda etapa do Método Canguru: significado da experiência vivida pelos pais”, e pretende ser submetido a um periódico que seja classificado pelo sistema Qualis, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), como B1.

O artigo 3 foi intitulado “Contribuições da enfermeira para promover o cuidado humanístico aos pais que o Método Canguru no hospital”, também pretende ser submetido a um periódico classificado pelo sistema Qualis, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), como B1.

5.1 ARTIGO 2 – PRIMEIRA E SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO CANGURU: SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA PELOS PAIS

KANGAROO METHOD: MEANING OF THE EXPERIENCE LIVED BY PARENTS

PRIMERA Y SEGUNDA FASES DEL MÉTODO CANGURO: SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA VIVIDA POR LOS PADRES

RESUMO

Trata-se de uma Pesquisa Convergente-Assistencial, com o objetivo de compreender o significado da experiência vivida pelos pais de recém-nascidos que vivenciam o Método Canguru (MC), à luz da Teoria Humanística de Paterson e Zderad. Os dados foram coletados de junho a agosto de 2011 em uma Unidade Neonatal de um Hospital Universitário de Santa Catarina, com seis mães e pais e foram obtidos através do diálogo vivido, durante a aplicação do processo da Enfermagem Fenomenológica. A análise seguiu as etapas de apreensão, síntese, teorização e transferência, de onde emergiram duas categorias principais, com suas respectivas subcategorias. Categoria central 1: Os pais frente a uma realidade inusitada: o nascimento prematuro do filho, e a categoria central 2: O Método Canguru com as possibilidades de *vir a ser mais* e *estar melhor*. Os resultados revelam a experiência das mães e pais como positiva, apesar da dualidade de sentimentos experienciados, além da segurança para a alta hospitalar, pois estes referem ter mais habilidades para cuidar de seus bebês após a vivência na primeira e na segunda etapa do MC.

Palavras-chave: Enfermagem Neonatal. Recém-Nascido Prematuro. Teoria Humanística. Método Canguru.

ABSTRACT

This is a convergent care research (CCR) that aimed to understand the meaning of the experience lived by mothers and fathers of newborns who participated of the first and second stages of Kangaroo Method, according to the Humanistic Theory of Paterson and Zderard. The data were collected from June to August of 2011 in a Neonatal Intensive Care Unit of a University Hospital in the State of Santa Catarina, involving six mothers and fathers, and were obtained through lived dialog, during the application of phenomenological nursing process. Analysis followed the steps of apprehension, synthesis, theorization and transfer, from what emerged two main categories, along with their respective subcategories. While the central category 1 is: “parents facing an unusual reality: premature birth of their child”, the second one is: “the Kangaroo Method with the possibilities of becoming more and being better”. The results revealed the experience of mothers and fathers as positive, despite the duality of feelings lived, beyond safety arisen from patients discharge from hospital, because they show to be more skillful in order to take care of their babies after living the first and second stages of Kangaroo Method.

Keywords: Neonatal Nursing. Premature Newborns. Humanistic Theory. Kangaroo Method.

RESUMEN

El presente es una Investigación Convergente-Asistencial, cuyo objetivo fue entender lo sentido de la experiencia vivida por las madres y padres de hijos pretérminos que participaron de la primera e segunda fases del Método Canguro, de acuerdo con la Teoría humanista de Paterson e Zderard. La recolección de los datos fue realizada en el período de junio a agosto de 2011 en la unidad neonatal de un hospital universitario de Santa Catarina, con seis parejas e se obtuvieron a través del diálogo vivido, durante la aplicación del proceso de la enfermería fenomenológica. El análisis siguió los pasos de la recolección, síntesis, teorización y transferencia, de la que surgieron dos categorías principales, con sus respectivas subcategorías. Categoría central 1: los padres frente a una realidad insólita: el nacimiento prematuro de un niño, e la categoría central 2: El método canguro con las posibilidades de convertirse en más e mejor. Los resultados señalan la experiencia de madres y padres como algo positivo, a pesar de la dualidad de sentimientos experimentados, más allá de la seguridad para la descarga de lo hospital, ya que demuestran más habilidades para cuidar a sus bebés después de experimentar la primera y segunda fases del Método Canguro.

Palabras clave: Enfermería neonatal. Teoría humanista. Método Canguro. Prematuro.

1 INTRODUÇÃO

A internação de um bebê em uma Unidade Neonatal representa, para ele e sua família, uma situação de crise. Isso repercute, de maneira especial, na interação entre pais e seus bebês, podendo interferir na formação e no estabelecimento dos futuros vínculos afetivos familiares (BRASIL, 2011).

Com o intuito minimizar os impactos do nascimento prematuro, bem como de uma internação em uma Unidade Neonatal, é que o Ministério da Saúde adotou no Brasil o Método Canguru (MC).

Este método foi idealizado por Rey Sanabria e Hector Martinez (1983) na Universidade Nacional de Bogotá, como uma alternativa ao modelo convencional de cuidado aos recém-nascidos com baixo peso ao nascer e foi implementado pioneiramente no Hospital San Juan de Dios, em Bogotá, Colômbia, no ano de 1979. Seus idealizadores o criaram com o objetivo principal de solucionar a pouca disponibilidade de equipamentos obrigando as equipes de saúde a colocar mais de um recém-nascido juntos em uma mesma incubadora, resultando em elevadas taxas de mortalidade decorrentes de infecções cruzadas (VENANCIO *et al.*, 2004).

No Brasil, o MC foi introduzido com uma proposta um pouco distinta da proposta colombiana. Aqui, o método tem um caráter humanizador, o qual prevê uma assistência pautada no cuidado humanizado e o envolvimento dos pais, incluindo, necessariamente, desde os requisitos da atenção biológica e dos cuidados técnicos especializados, até os aspectos da atenção psicoafetiva, com igual ênfase. A visão brasileira sobre o MC é, na realidade, uma mudança do paradigma da atenção perinatal, em que as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos clássicos (BRASIL, 2011).

O Método Canguru é dividido em primeira, segunda e terceira etapas. A primeira etapa tem seu início ainda no período pré-natal da gestação de alto risco, portanto numa fase prévia ao nascimento de um bebê pré-termo e ou de baixo peso. Nesta fase, a gestante e seu companheiro visitam a Unidade Neonatal com a finalidade de conhecer a mesma, assim como também podem visualizar bebês que nasceram com peso aproximado do estimado para o seu bebê. Esta etapa estende-se à internação do recém-nascido pré-termo e de baixo peso na Unidade Neonatal, na qual após o nascimento, as mães e pais participam da internação do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) e/ou cuidados intermediários, o que é de extrema importância para que elaborem os seus conflitos acerca do nascimento do bebê e comecem a interagir com o mesmo, podendo reconhecê-lo como seu. Ao acompanhar a internação do seu bebê na UTI Neonatal, participando ativamente, a mãe e o pai preparam-se, de forma gradual e crescente, para a segunda etapa do MC.

A segunda etapa acontece em um local específico, que é o Alojamento Canguru. Nesta etapa, os pais são incentivados a realizar a posição canguru pelo maior tempo possível respeitando as diferenças individuais. É valorizada a competência materna para os cuidados com o filho e, com o suporte da equipe, a mãe vai assumindo, cada vez mais, atividades relacionadas à higiene e à nutrição do bebê. O pai, sempre que possível, é estimulado e

inserido nos cuidados e na realização da posição canguru. O aleitamento materno é incentivado, passando por todas as etapas até a livre demanda. Os bebês com dificuldade de sucção recebem especial atenção do fonoaudiólogo.

A terceira etapa do MC ocorre com a alta hospitalar, e é realizada através de seguimento criterioso do bebê e de sua família no ambulatório ou domicílio, até a criança atingir o peso de 2.500 g. Nesse período o bebê estará em cuidados domiciliares (BRASIL, 2011).

O acompanhamento do MC, em todas as três etapas, é realizado por uma equipe multidisciplinar capacitada na metodologia de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso.

Para as mães e pais, muitas vezes, o fato de ter um bebê que não se aproxima das características idealizadas, além das dúvidas acerca de sua sobrevivência é, também, associado a sentimentos de incapacidade, culpa e medo, o que poderá interferir no relacionamento com o filho recém-nascido, mesmo que tal processo não seja plenamente consciente para os pais, afetando diretamente a relação entre eles (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

Arruda e Marcon (2007) dizem que os pais de prematuros são considerados um grupo de risco, pois já ficam debilitados com o sofrimento advindo das complicações da gravidez. Desta maneira, encontram-se prejudicados na autoconfiança e, conseqüentemente, na capacidade de criar esse filho.

Além de estarem fragilizados pela situação que estão vivenciando, as mães e pais entram em contato com um universo até então desconhecido para eles, que é a Unidade Neonatal. Nesta unidade o recém-nascido pré-termo e de baixo peso permanece cercado de muitos aparatos tecnológicos, recebendo cuidados de saúde que acontecem de forma normatizada por uma série de rotinas.

Assim, a escolha para o desenvolvimento deste estudo se deu a partir da prática profissional. Durante a realização de cuidados ao recém-nascido e sua família internados na Unidade Neonatal tivemos a oportunidade de observar, cuidar, interagir, tocar, sentir, perceber e refletir, e a partir desta experiência buscamos compor uma nova forma de cuidar e interagir com o recém-nascido pré-termo e de baixo peso e com suas mães e seus pais.

Conhecer como mães e pais lançam seus olhares para o contexto de vida com o nascimento prematuro de seu bebê e o desenvolvimento de suas competências para o cuidado, é importante para que possamos promover o bem estar e o estar melhor destas mães e pais.

Atualmente se reconhece a importância vital de uma relação estável e permanente durante os primeiros anos de vida, mesmo quando o bebê é pré-termo. “As relações iniciais entre o bebê e seus pais são consideradas o protótipo de todas as relações sociais futuras” (BRASIL, 2011, p.39).

Consideramos o MC como uma estratégia que favorece esta aproximação, pois já na primeira etapa as mães e pais começam a compreender seus filhos e continuam a fortalecer os vínculos iniciados na vida intra-uterina.

Em face desta realidade, e visando compreender melhor os fenômenos que envolvem este grupo específico, buscamos respostas para a seguinte questão de pesquisa: Qual a experiência vivida pelas mães e pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e a segunda etapa do Método Canguru? Desta forma este estudo teve por objetivo compreender a experiência vivida pelas mães e pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e a segunda etapa do MC.

PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo Convergente-Assistencial (PCA), que utilizou o referencial teórico de Paterson e Zderad (1979). A PCA é um gênero de pesquisa que foi proposto e delineado pelas enfermeiras brasileiras Mercedes Trentini e Lygia Paim, que tem por características manter todas as fases do processo investigativo mantendo uma estreita relação com a prática assistencial, ou seja, é um método de pesquisa orientado para a resolução ou minimização de problemas da prática que a enfermeira enfrenta, bem como nas possibilidades de mudança e de introdução de inovações nas práticas de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

A Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (1979) valoriza as relações humanas através do processo dialógico, com destaque para o significado da vida. Esta teoria se desenvolveu a partir de experiências vividas pela enfermeira e seus pacientes na prática da enfermagem, sendo fundamental o significado que tiveram, para cada um, de como vivenciar o mundo. Nesta abordagem a enfermagem foi entendida como um encontro especial entre pessoas humanas, na qual existia um chamado e uma resposta intencional, como uma resposta de cuidado de uma pessoa para com a outra, num período de necessidade, ajudando-a a alcançar ‘bem-estar’ e a ‘ser mais’ (PRAEGER, 1993).

Este estudo foi realizado na Unidade Neonatal da maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina

HU/UFSC, a qual é uma instituição de referência nacional no MC.

Esta Unidade Neonatal possui uma área que é destinada para segunda etapa do MC, que é o Alojamento Canguru. O Alojamento Canguru conta com quatro vagas destinadas ao MC, um consultório para atender a demanda ambulatorial (terceira etapa do MC), além de ambientes destinados a refeições das mães, sala de TV, sala para receber as visitas, incluindo ainda nesta estrutura, uma ampla lavanderia e um solário. Com a atuação da equipe multidisciplinar é possível a realização de atividades que vão desde trabalhos manuais, como por exemplo, a confecção, pelas mães e pais participantes do método, de artesanatos, roupas para os bebês, e até oficinas que possibilitam a troca de experiências entre os grupos de pais participantes, e destes com a equipe interdisciplinar.

Os sujeitos significativos foram seis mães e pais com seus bebês recém-nascidos pré-termo e de baixo peso internados na unidade e que ingressaram na primeira e segunda etapa do MC. Todos os participantes foram informados sobre o conteúdo e objetivos da pesquisa, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2011. Para a coleta de dados foi utilizada a estratégia do “diálogo vivido”, no qual a enfermeira/pesquisadora e as mães e pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso mantiveram uma relação de forma criativa, através do encontrar-se, relacionar-se e do estar presente, sendo que a meta principal foi zelar pelo *bem-estar* e pelo *estar melhor* de ambos. O processo de cuidar dos pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso foi baseado nas três primeiras fases da Enfermagem Fenomenológica, para levantar os dados necessários e responder à pergunta da investigação, sempre guiados pelo “diálogo vivido”. Em resumo, na primeira fase, denominada “Preparando-se para conhecer mãe e pai”, a pesquisadora preparava sua mente para o encontro com cada um desses sujeitos, abrindo-se à experiência de encontrar o “outro” como um ser único e indivisível; na segunda, denominada “Conhecendo intuitivamente as mães e pais: a relação EU-TU”, era necessário “entrar” no outro, no ritmo da experiência das mães e pais, o que resultava num conhecimento especial do outro. Foi necessário autenticidade da pesquisadora, de forma a estar aberta ao sentido da experiência para o outro; e, finalmente, na terceira fase, “Conhecendo cientificamente o outro: a relação EU-ISSO”, a pesquisadora encarava os fenômenos, já reconhecidos intuitivamente, e meditava sobre eles, a fim de analisá-los, compará-los, interpretá-los, dar nome a eles e categorizá-los. Durante todo o tempo da assistência as mães e aos pais, colocamos nossos conhecimentos técnicos e científicos em enfermagem neonatal à disposição destes, procurando usar uma linguagem de

fácil compreensão. Foram utilizadas gravações como instrumentos de registro e a transcrição autorizadas pelos participantes.

Os dados foram analisados de acordo com os passos propostos pela PCA: apreensão, síntese, transferência ou recontextualização. A partir da transcrição dos dados, procedeu-se a leitura do material, para a organização das informações. Posteriormente, reagrupou-se os temas encontrados, a fim de construir as estruturas de relevância da PCA para a análise final, originando-se duas categorias principais, subdividas em demais subcategorias.

Atendendo aos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo sido aprovado sob o parecer de nº 1934/11. Foram previstos também procedimentos que asseguravam e resguardaram a identidade dos sujeitos, mantendo sua privacidade, protegendo sua imagem. Com o intuito de manter o anonimato, os sujeitos foram identificados com nomes de sentimentos. Essa escolha se deu a partir da observação da relação de cada trinômio, do que expressavam, cada qual em sua singularidade, e foram percebidos pela pesquisadora, sendo assim evidenciado uma variedade de sentimentos. Os sentimentos utilizados foram Afeto, Carinho e Ternura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os seis pais que vivenciaram a primeira e a segunda etapa do MC caracterizaram-se por terem uma faixa etária entre 20 e 29 anos. Todos mantinham uma relação estável. Quanto ao grau de instrução uma mãe possuía terceiro grau completo, os outros cursaram ensino médio e ensino fundamental. Quanto ao tipo de emprego, dois desenvolviam sua atividade profissional como autônomos, um como agricultor, uma pedagoga, um frentista e uma trabalhava em plantação de fumo. Para todos foi a primeira experiência de maternidade e paternidade.

A interação com os pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso se deu desde a primeira etapa do MC, continuando na segunda e em preparação para a alta hospitalar. Sendo assim, foi possível estabelecer um encontro autêntico e uma relação que visasse não apenas o objetivo do estudo, mas que também contemplasse outras dimensões, como conhecer a trajetória deles até a internação na Unidade Neonatal, saber como foi este evento prematuro para eles, entender seus chamados e poder oferecer respostas adequadas, informações que consideramos importantes, pois as etapas do MC não acontecem de maneira isolada, mas são

permeadas e envolvidas por uma série de eventos que podem refletir em como as mães e pais irão vivenciar este momento em suas vidas.

Os resultados são apresentados em duas principais categorias, com suas respectivas subcategorias. A primeira, categoria central 1: Os pais frente a uma realidade inusitada: o nascimento prematuro do filho, e as subcategorias *A bolsa estourou, o bebê vai nascer: e agora para onde vamos?*, *O encontro com a realidade: o bebê nasceu prematuro e precisa de internação na Unidade Neonatal* e a segunda, categoria central 2: O Método Canguru com as possibilidades de *vir a ser mais e estar melhor*, e suas subcategorias, *Vivenciando a transição da primeira para a segunda etapa do MC*, *A experiência vivida pelas mães e pais na segunda etapa do MC* e *Chegou o momento tão esperado: a alta hospitalar*.

Categoria Central 1 - Os pais frente a uma realidade inusitada: o nascimento prematuro do filho

Ao buscar o encontro inicial com os pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso, na primeira etapa do MC, procuramos estabelecer com eles um encontro, assim como também o diálogo, com a intenção de conhecê-los, para então, irmos ao encontro do foco do problema de pesquisa. Neste movimento de conhecer e se deixar conhecer, tivemos a oportunidade de mergulhar um pouco mais no “eu” de cada um deles, através das vivências e sentimentos que eles experienciaram desde a notícia do nascimento prematuro de seu bebê até a chegada e internação no nosso serviço de saúde.

Subcategoria 1 – A bolsa estourou, o bebê vai nascer: e agora para onde vamos?

Esta subcategoria contextualiza como se iniciou o trabalho de parto prematuro, a busca das mães e pais por um serviço de saúde a fim de que a gestante pudesse ser avaliada e recebesse os devidos encaminhamentos, a constatação da falta de vagas em seus locais de origem e a transferência para o atendimento na unidade de saúde onde foi realizado o estudo.

As mães e pais participantes deste estudo não esperavam que acontecesse o nascimento pré-termo de seu bebê, sendo assim, foram tomados pela surpresa, como revela a fala do pai carinho: “*É, foi o chá de fraldas dela. No domingo de noite nós estávamos arrumando as coisinhas da neném no quartinho dela e estourou a bolsa*”.

Com os sinais de parto prematuro, procuravam então um serviço de saúde para que a

gestante pudesse ser avaliada e recebesse os devidos encaminhamentos: *“Dez horas da manhã levei ela para consultar para ver o que era. Ela chegou lá, estava em trabalho de parto. Estava com sete dedos de dilatação, estava caminhando e de repente ia ganhar”* (pai Carinho).

Assim como mãe Carinho, mãe Afeto também passou pela incerteza de um local para a internação de seu bebê *“Eu fui internada com as contrações e dilatação [...] quando estourou a bolsa na quarta-feira, às cinco e meia da manhã eles já começaram a procurar vaga para mim em outro hospital porque ele corria risco, porque ele ainda estava com o cordão enrolado no pescoço e porque UTI lá não tem”* (mãe Afeto).

Sabemos que a ocorrência do parto prematuro configura-se como um momento de tensão, angústia e medos, além de fazer com que as mães e pais entrem em contato com um mundo desconhecido, que é a Unidade Neonatal. De acordo com Tronchin e Tsunehiro (2005) o parto antecipado significa romper com o sonho de ter seu filho dentro do tempo normal, livre de intercorrências uma vez que, condições físicas decorrentes de patologia materna ou relacionadas com a gravidez interferiram no curso do processo gravídico e desencadearam a hospitalização, e a necessidade do parto prematuro para garantir, sobretudo, a vida do bebê.

Segundo o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2011), estudos mostram que o nascimento de um bebê pré-termo normalmente representa um momento de crise para a família, um período no qual pode haver desequilíbrio e/ou confusão, porém, eles buscarão assumir esta nova situação e desenvolvem novos recursos, fazendo uso de suas reservas internas e/ou da ajuda da equipe, família e rede de apoio para voltar a um estado de equilíbrio.

Depois de desencadeado o trabalho de parto prematuro, ao procurarem o serviço local de saúde, as mães e pais depararam-se com a notícia de que não havia vagas para internação em seus locais de origem. Mais uma vez estabelece-se uma situação de estresse, pois além da eminência do parto prematuro, contavam com mais um fator agravante, a falta de vagas.

A incerteza do local adequado para a internação de mãe e bebê aumenta os níveis de insegurança e ansiedade. Percebemos isto através da fala do pai Carinho: *“Depois de ganhar é que veio a notícia ruim. O médico disse que se não tirasse ela de lá e não entubasse ela, não botasse um remedinho nos pulmões dela, que de repente ela aguentava uma, duas horas, uma tarde, um dia... Era o que ela aguentasse... nós ligamos para cá, ligamos pra Tubarão, para Criciúma e nenhum tinha vaga”*.

De acordo com Rolim e Cardoso (2006), a atenção ao bebê deve ser estruturada e

organizada no sentido de atender uma população sujeita a riscos. Para tanto, devem existir recursos materiais e humanos especializados e capazes de garantir observação rigorosa, além de tratamentos adequados ao RN, que apresenta patologia capaz de ocasionar sua morte ou seqüelas que interferirão no seu desenvolvimento.

Os casais participantes do estudo residem em outros municípios, e um deles era de um estado vizinho, fato que reforça o HU/UFSC como instituição de referência no MC no sul do Brasil, por outro lado também evidencia o déficit de leitos para este público específico, conforme as falas de mãe Afeto: *“O único lugar que eles encontraram (vaga) foi aqui. O lugar mais perto”* e de mãe Ternura *“Eles conseguiram a vaga aqui, a gente veio de SAMU. Eles fizeram baldeação em Lages. [...] o SAMU daqui buscou nós lá. Daí eu cheguei[...]”*.

Esta categoria nos apresentou um panorama de toda a angústia e incerteza vividas pelos pais, pois foram surpreendidos não apenas pelo parto prematuro, mas também pela dúvida em conseguir vaga em um serviço especializado, o distanciamento de seu lar e a ansiedade em relação ao estado de saúde de seu filho.

Subcategoria 2 – O encontro com a realidade: o bebê nasceu prematuro e precisa de internação na Unidade Neonatal

Ao questionar aos participantes do estudo sobre a experiência do nascimento de seus bebês, estes expressam através de seus olhares, gestos, falas e sorrisos uma mistura de sentimentos: *“Eu não sei. Na hora que eu ganhei, eu não sabia o que estava acontecendo porque me levaram para o quarto e ficaram cuidando dela. Depois o meu esposo chegou no quarto e eu fiquei sabendo que eles tiveram que correr com ela. Isso foi triste. Ainda mais que ele chegou na sala chorando, não parava de chorar[...]”* (mãe Carinho). Em seguida o pai Carinho relata: *“Eu senti que se não conseguisse [...] senti a dor do pai. Naquela hora eu já sabia que eu era pai. Então assim... eu vendo a minha filhinha ali, e o médico deu horas de vida para ela, ele disse assim: “Olha, eu faço o que eu puder, mas só depende dela.” Na hora já me cortou o coração, já me deu um desespero, chorei, eu [...]. Eu olhava para ela e eu começava a chorar [...]. Eu disse assim: “Eu vou perder meu neném agora? Nós esperamos, fizemos projetos e tudo, agora vai ficar assim?”*

O relato do pai Carinho corrobora com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), quando afirma que a internação de um bebê em uma Unidade Neonatal representa, para ele e sua família, uma situação de crise. Além desta situação de crise, a internação na UTI

Neonatal, traz outras repercussões, de maneira especial, na interação entre pais e seus bebês, podendo interferir na formação e no estabelecimento dos futuros vínculos afetivos familiares.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), os diferentes integrantes da família experimentam situações muito diversas quando da internação de um bebê. No entanto, sabe-se que o somatório desses momentos pode ser determinante no que se refere às dificuldades futuras ou possibilitar a elaboração adequada das vivências ocorridas nesse período.

Cabe também ressaltar que, no nascimento a termo, a mãe e o pai apresentam o filho para a família. Na situação de internação do bebê, ocorre uma mudança significativa em suas tarefas, assim como nas formas tradicionais da família se conduzir quando da chegada do novo membro. Geralmente o pai, é o primeiro a entrar na unidade e a ter contato com a equipe e com o filho. É ele quem será o portador das primeiras notícias para o restante do grupo familiar. Isso, sem dúvida, o coloca num papel especial nesse momento. No entanto, seus afazeres se multiplicam pelas cobranças impostas por outros membros da família, pelas solicitações da equipe de saúde e pela necessidade de suporte a sua mulher (BRASIL, 2011).

O nascimento do bebê Afeto trouxe um sentimento de alívio para seus pais, conforme relato do pai *“Acho que um alívio para nós dois porque deu um susto ali na hora que ele estava com o cordãozinho enrolado no pescoço, depois ele (o médico) já tirou, cortou. A enfermeira deixou eu pegar ele um pouquinho e foi um alívio. Tanto que eu falei com ela e foi um alívio para ela também [...]*, através desta fala, podemos também confirmar o papel do pai, como o principal informante acerca das condições do bebê.

Depois de tantas e inusitadas situações, as mães e pais enfrentaram a separação do seu bebê, e desta maneira entraram em contato com um mundo novo, a UTI Neonatal. O bebê é levado para a UTI após o parto, enquanto isso sua mãe vivencia momentos de vazio, solidão e medo. Sem seu filho, sem o companheiro e muitas vezes sem notícias, não é raro que pense que estejam lhe escondendo ou negando informações, e muitas vezes mesmo com as informações do companheiro, só consegue se tranquilizar quando ela mesma entra na Unidade Neonatal e vê seu bebê, como foi evidenciado na fala da mãe Afeto: *“Ele (esposo) contou que não tava precisando de aparelhos e eu fiquei mais tranquila, porque na verdade era só a observação. E até então eu tava assim, tipo com medo ou receio de vir ver ele aqui. Porque eu pensei assim: “É pequeno [...]*” *E se eu chegasse ali e ele tivesse todo entubado, alguma coisa assim? Mas quando eu vim ali e eu vi que ele tava bem espertinho ali deitadinho, deu um alívio, um sossego”*.

Por ser uma unidade destinada ao cuidado intensivo de recém-nascidos de risco, a Unidade Neonatal possui um arsenal de equipamentos desconhecidos para os pais e mães até então. Além disto, outro fator que influencia a vivência da experiência de ter seu bebê internado nesta unidade é o próprio imaginário dos pais, que ao ouvirem falar em UTI, trazem a tona seus conceitos e ideias sobre esta unidade de cuidado.

Segundo Toma (2003), diferentemente de uma criança nascida a termo, com frequência, o bebê de baixo peso será separado de sua mãe e permanecerá internado por um tempo prolongado. As conseqüências dessa separação para o cuidado apropriado do bebê de baixo peso dependem das facilidades oferecidas pelo serviço de saúde, mas também das estratégias adotadas pelas famílias. A separação de seu bebê é relatada na fala da mãe Carinho, quando diz que: *“Eu a vi bem pouquinho. Eu vi eles tirando ela, passando por mim, depois a hora que eu saí da sala eu a vi um pouquinho na incubadora. Depois eu não a vi mais, só quinta-feira, na hora que eu vim aqui. Foi bem ruim, mas como eu sabia que ela ia estar bem, que tinham conseguido uma vaga para ela, eu já estava bem aliviada.”*

A hospitalização é um evento que provoca impactos de várias formas ao ser humano, em especial as mães e pais com seu recém-nascido pré-termo e de baixo peso. Neste sentido o MC configura-se em uma estratégia que possibilita o *ser mais* e o *estar melhor* para a tríade.

Segundo Lamy, Gomes e Carvalho (1997), ao receber um bom suporte, a mãe (e também o pai) lentamente se adapta a rotina do ambiente, podendo cuidar de seu filho, e desta maneira, desmistifica a percepção do bebê como um ser muito fragilizado. Esse caminho permite a aproximação gradual, tocando, cuidando, até o momento em que possa acolhê-lo de forma mais íntima, na posição canguru. Dessa forma, ela sente o bebê como seu.

Categoria Central 2 – O Método Canguru como possibilidade de *vir a ser mais e estar melhor*.

Apesar de o Método Canguru ser uma importante política pública de saúde em nosso país, ele ainda é pouco conhecido pela população em geral, fato este confirmado no dia a dia do trabalho na Unidade Neonatal, e que também foi constatado com a realização desta pesquisa.

Ao questionar as mães e os pais dos recém-nascidos pré-termos sobre seu conhecimento acerca do MC, tivemos como respostas: da mãe Carinho: *“Não”*. Mãe Ternura: *“Eu não conhecia. “O que eu ouvi falar é o canguru que toda mãe compra para sair com o*

bebê.”

Apenas o pai Carinho conhecia o MC, por intermédio de um familiar que havia participado do MC: “*A minha tia [...] ele (o tio) ficou aqui com a minha prima há dez anos atrás, ele foi um pai canguru [...] Eu conheci o método, eu já tinha ouvido na televisão também, o método canguru também, isso aqui é conceito, por isso que eu fiquei até mais aliviado*”. Esta fala do pai Carinho transmitia o sentimento de alívio e satisfação em estar em nossa instituição, pois ele tinha conhecimento de que a mesma é considerada referência e mais qualificada para a assistência a mulher e ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso.

Através destas falas percebemos o quanto é importante e necessário que sempre que possível as mães e pais possam estar conhecendo a Unidade Neonatal antes da internação, ainda no período gestacional, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo corroborado por Cattaneo e Davanzo (1998), os quais enfatizam que é recomendável que os pais tenham acesso antes da experiência, ao MC por meio de palestras realizadas por profissionais e pessoas que já o vivenciaram, proporcionando, assim, maior segurança, melhor aceitação e diminuição da ansiedade na hora da realização do MC.

Subcategoria 1 – Vivenciando a transição da primeira para a segunda etapa do MC

Para que ocorra a transferência da primeira para a segunda etapa do MC, são necessários alguns critérios de elegibilidade, relacionados à mãe e ao bebê. Dentre eles o bebê necessita ter um peso mínimo de 1.250 gramas, nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo) e estabilidade hemodinâmica. A mãe precisa manifestar o desejo de se engajar nesta etapa, ter disponibilidade de tempo, contar com uma rede familiar de apoio, demonstrar capacidade de reconhecer sinais de situações de risco, além de possuir conhecimento e habilidade para manejar o bebê (BRASIL, 2011).

Os “candidatos” a participarem da segunda etapa do MC são escolhidos através da avaliação da equipe multidisciplinar, e assim que possível, começam a serem abordados e orientados sobre esta etapa. Para que a segunda etapa do MC possa ser bem vivenciada pelas mães e pais dos recém-nascidos pré-termos, é importante que eles recebam todas as informações referentes a esta etapa, assim como devem ter um espaço para suas compartilharem suas dúvidas e questionamentos.

As mães e pais participantes deste estudo foram orientados tanto pelas enfermeiras atuantes na Unidade Neonatal, quanto pela enfermeira pesquisadora.

Ao serem questionados sobre como se sentiram com a transferência para a segunda etapa do MC, ou seja, para o Alojamento Canguru, as mães e pais expressaram que: *“Quando a enfermeira disse que nós íamos vir para cá (para o Alojamento Canguru) [...]. Nossa! Eu fiquei bem faceira. Daí eu fiquei com ela (o bebê) o tempo todo. Nossa, a gente ficou bem feliz, né amor?”*(mãe Ternura). *“Eu fiquei feliz, e ela mais ainda. Além de sair de lá, podia ficar mais perto do meu neném”* (pai Ternura).

Esta satisfação e alegria em estarem dando um “passo a mais”, traz como significados para os pais a melhora da evolução do estado de saúde do bebê, bem como a oportunidade de estarem mais próximos e juntos aos seus filhos. Aqui nos é enfatizada a importância da equipe de saúde, conforme aponta Guimarães e Monticelli (2007), quando nos fala que é evidenciada a necessidade da equipe em conduzir a família em cada etapa da internação, pois esta atitude de conduzi-los proporciona a reaproximação da criança e incentiva os pais, individualmente e/ou coletivamente, a superarem suas dificuldades diárias.

Subcategoria 2 - A experiência vivida pelos pais na segunda etapa do MC: dualidade de sentimentos

A passagem para a segunda etapa do MC, ou seja, para o Alojamento Canguru traz uma série de possibilidades para os pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso. É nesta etapa que os pais tem a oportunidade de mais uma vez estabelecer o encontro, porém agora com mais proximidade, interagindo, se relacionando, entendendo os chamados de seus bebês e oferecendo-lhes as respostas necessárias para atender suas demandas.

Como refere Toma (2003), o MC traz muitos benefícios ao bebê pré-termo e de baixo peso e às famílias. A oportunidade de uma participação efetiva dos pais favorece o fortalecimento do vínculo, bem como a possibilidade de elaborar arranjos mais favoráveis para o cuidado da criança. O MC traz também vantagens na assistência neonatal no que diz respeito ao incentivo do aleitamento materno, à redução de custos hospitalares, à redução nos índices de infecção hospitalar e morbimortalidade neonatal, assim como Xavier (2004) caracteriza o MC como um cuidado complementar ao tratamento de alta tecnologia. Pedagogicamente cria condições que permitem às mães e pais vivenciarem o saber fazer e se responsabilizar. Deve-se entender que é uma proposta incentivadora e está na perspectiva de desmedicalização e desospitalização do cuidado. A fala do pai Afeto vem ao encontro da literatura, pois ele diz: *“A hora que você vê os cuidados, as enfermeiras ali tomando conta*

deles [...] é o que digamos, dá mais segurança para a gente ver ele ali do que em casa. Vendo que cada um sabe o que faz, vendo cada coisinha. Todo mundo ajudando. Os funcionários são todos profissionais para estar num serviço daqueles. Então é o que dá mais firmeza na gente”.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), na segunda etapa o bebê permanece em contato pele a pele com a mãe, que pode circular pelas dependências da Unidade Neonatal com seu bebê nesta posição. Todos os pais e mães demonstraram satisfação em realizar a posição canguru, como podemos perceber no relato da mãe Ternura: *“É a coisa mais engraçada o Canguru. É como se ela tivesse na minha barriga. Porque ela dava umas tremidinhas, agora eu me lembro bem certinho, o jeitinho dela. Eu sinto tudo certinho. A gente queria estar em casa, mas aqui é como se a gente tivesse em casa”.*

De acordo com Maia, Azevedo e Gontijo (2011), a posição canguru é uma estratégia fácil e de baixo custo e pode ser recomendado como método não farmacológico podendo ser uma medida de escolha no manejo da dor de recém-nascidos pré-termo e de baixo peso, além de promover a aproximação entre mãe e filho, aumentando sua confiança no cuidado, beneficiando o crescimento e desenvolvimento do bebê e favorecendo a amamentação.

Conforme Venancio e Almeida (2004), evidências sugerem que um contato íntimo da mãe com seu bebê prematuro pode ser positivo para a relação deste bebê com o mundo. O maior órgão do corpo, a pele, recebe estímulos sensoriais de várias magnitudes. O contato pele a pele, que no MC implica o contato cutâneo corpo/tórax entre o bebê prematuro e sua mãe ou seu pai, pode promover várias mudanças no organismo tanto de um como do outro. No caso do contato com a mãe, ocorre a estimulação e liberação de ocitocina, a qual desempenha um importante papel no comportamento da mãe, melhorando o seu humor, facilitando o contato com o bebê.

A posição canguru também tem seus efeitos positivos no que se refere à amamentação. Assim como Maia, Azevedo e Gontijo (2011), Hurst (1997) diz que estudos realizados em serviços que praticam o MC, mostram que mães que realizam o contato pele a pele com seu bebê prematuro apresentam um volume diário de produção de leite significativamente maior quando comparadas aquelas que não realizam a posição. Além disso, também foi observado que o abandono da lactação foi mais frequente entre as mães que não fizeram uso do método. Este fato se confirma ao ouvirmos a fala da mãe Carinho, quando questionada sobre a posição canguru: *“Muito bom. Sentir o calorzinho dela, ela fica bem quentinha. O leite também escorre, até dá dó. Encharca toda a fraldinha que eu boto nela”.*

A permanência prolongada no ambiente hospitalar gera alguns conflitos para os casais, frente à ambiguidade dos sentimentos, da vontade de permanecer na instituição e a saudade que tem de casa, dos outros filhos e de seus familiares.

Para Guimarães e Monticelli (2007), estes sentimentos ficam mais evidenciados no momento em que a mulher recebe alta da maternidade e precisa permanecer no hospital em decorrência da internação do recém-nascido pré-termo que não tem previsão de receber alta da Unidade Neonatal. Para as mães e pais deste estudo o sofrimento era mais intenso pelo fato de todos residirem fora da cidade, em outras localidades do interior do estado, e até de fora dele, longe do seu reduto, com saudades de sua casa e de seus pertences, e ainda, indiretamente, serem privados de receber visitas diárias. *“Está bom assim, estar vendo que o neném está bom. Mas estamos ansiosos para voltar pra casa, mas pensamos em primeiro lugar no neném então nós achamos que está bom, que o atendimento dele está super bom. Então pelo melhor dele é melhor nós esperarmos, aguardar o tempo certo de voltar para casa”* (pai Afeto).

Fala da mãe Carinho: *“Ai, muita saudade de casa! Estou com muita vontade de ir para casa com ela (o bebê), saudade dele (esposo), eu já vou chorar [...]”*. *“Eu achei que eu ia aguentar mais tempo sem ficar assim chorona, com muita saudade, mas não[...]”*. *“É. Eu vou ficar sozinha”, por mais que você esteja aqui, mas a gente fica sozinha [...]. Hoje eu passei mal, às vezes até foi por causa disso. Eu estou louca para ir embora, eu não sei se eu vou aguentar aqui se ele (esposo) não estiver todos os dias aqui comigo, olha [...] preciso de uma pessoa aqui, dele no caso, para ficar comigo, para ficar me ajudando, para [...] É outra coisa”*.

Neste estudo tivemos a oportunidade de acompanhar as mães que tinham a companhia de seu companheiro durante a internação. Desta maneira, foi possível perceber que a presença do companheiro é um fator importante para a experiência do ser-mais e o estar melhor da mulher na segunda etapa do MC, como percebemos na fala da mãe Carinho quando fala da presença de seu esposo: *“É outra coisa. Para me sentir melhor, até no comer. Porque, eu nunca fiquei longe dele assim (esposo), longe de casa, longe dele (esposo), então até para fazer as coisas é outra coisa estar com ele”*. Assim como também na fala da mãe Afeto *“Ah, se ele tivesse me deixado aqui eu tinha ficado louca. Porque querendo ou não ele pelo menos estava perto. Claro que tinha falta da família, da casa [...]. Ainda mais se ele não tivesse aqui [...]”*.

Arruda e Marcon (2007) relatam em seu estudo que nas famílias que apresentavam

uma constituição nuclear completa, ou seja, tinham o parceiro como elemento participativo no envolvimento gestacional, observou-se que a figura paterna é, sobretudo, de grande importância para a mulher. Quando os pais comungam dos mesmos valores e entendem que esses valores servem como um guia para o processo de viver, passam a cultivar e estabelecer um modo de vida que auxilia na construção da família como um todo.

Para os pais a experiência em acompanhar sua esposa e seu bebê possibilitou a formação dos vínculos, além de proporcionar mais segurança e tranquilidade para a mãe. Os pais que participaram do estudo, só puderam estar junto das suas esposas e filhos por terem uma condição no seu local de trabalho, através de acordos ou autonomia no trabalho, que favoreceu sua permanência na Unidade Neonatal. Assim como as mães, os pais também vivenciam momentos de medos e ansiedades, assim como momentos de crescimento pessoal e aprendizado, como podemos observar na fala do pai Afeto: *“Eu acho, que nem nós falamos, pelo cuidado do bebê e pelo trabalho que vocês estão fazendo com os outros bebês, então a gente se conforma nisso sabe? A questão dos nenéns, o cuidado que eles têm aqui, é só isso que dá forças para a gente ficar... Esse cuidado né? Porque não que [...] a gente vai fazer o máximo para cuidar dele, por mais isso, sempre tem alguma coisa para aprender”*.

Através dos relatos evidenciamos que, conforme Furlan *et al.* (2003), o contato mais estreito com o filho, com o acompanhamento de sua evolução clínica e seu crescimento, desencadeiam nos pais sentimento de tranquilidade.

Subcategoria 3 – Chegou o momento tão esperado: a alta hospitalar

Segundo Chagas *et al.* (2011), a mãe, o pai, a família e o recém-nascido recebem suporte da equipe durante a internação hospitalar, preparando-os diariamente para o momento da alta.

Certamente o momento mais esperado desde todos os acontecimentos envolvendo o nascimento do bebê é a alta hospitalar. Para Guimarães e Monticceli (2007) a ansiedade e a vontade que o bebê fique bem e atinja o peso necessário para a alta hospitalar é esperada pelos pais desde o momento em que o filho nasce. Com o passar dos dias de internação este desejo aumenta e as expectativas para receberem a tão esperada notícia se concretiza.

Para Furlan *et al.* (2003), o momento da alta é temido pelos pais, mesmo que estes tenham tido a oportunidade de cuidar do filho, existe receio de que algo aconteça no lar. É neste contexto que os pais apresentam uma diversidade de sentimentos, como podemos

evidenciar na fala de pai Ternura: *“Fica dividido, aqui tem uma estrutura boa, que se acontecer qualquer coisa, que Deus o livre? Nenhuma recaída, mas já tem uma estrutura aqui. Nós vamos embora, lá não tem uma estrutura adequada pra acompanhar, não como aqui”*.

Ainda de acordo com Furlan *et al.* (2003), uma das contribuições do MC é a de aumentar a confiança dos pais, principalmente das mães, para o cuidado com o bebê, pois se sentem mais tranquilos, apresentando sentimentos mais positivos relativos a alta hospitalar e em relação ao cuidado que irão desenvolver no lar.

Percebemos através das falas e demonstrações das mães e pais que consideraram esta experiência como importante, como algo que pode proporcionar o vir a ser mais, com a ênfase em um cuidado que busque o bem estar do seu bebê, como no relato do pai Afeto: *“Foi muito importante. Primeiro filho também. Então é muito importante essa semana aí. Foi demorado, mas foi bem aproveitado. Não é questão de demorado. Demora a passar por causa da ansiedade da gente mesmo. Mas que foi bem aproveitado [...] Eu digo, um curso né [risos]. Foi bem aproveitado sim”*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Orientadas pela Pesquisa Convergente-Assistencial, retomamos o objetivo do presente estudo, no qual buscamos compreender o significado da experiência vivida pelos pais de recém-nascidos e de baixo peso que vivenciam a primeira e a segunda etapa do Método Canguru, à luz da Teoria Humanística de Paterson e Zderad.

A preocupação inicial deste estudo foi tentar compreender os anseios e reações dos pais desde o momento em que os pais estavam frente a uma realidade inusitada: o nascimento prematuro do filho. Tendo sido tomados de surpresa com essa situação, pois a bolsa estourou e o bebê iria nascer prematuro, os pais procuraram um serviço de saúde. Repentinamente, foram tomados por sentimentos de angústia e medos, materializados na saída de suas cidades, vivendo, em seguida, o encontro com a nova realidade: o bebê nasceu prematuro e precisa de internação na Unidade Neonatal. Esta é, sem dúvida, uma época de crise que pode trazer repercussões na interação entre pais e seus bebês, podendo interferir na formação e no estabelecimento dos futuros vínculos afetivos familiares.

Ao avaliar o Método Canguru como as possibilidades de *vir a ser mais e estar melhor*, observaram que o mesmo é pouco conhecido pela população em geral. É recomendável que os

pais tenham acesso ao MC antes da experiência propriamente dita, por meio de palestras realizadas por profissionais e pessoas que já vivenciaram o método; desta forma, acredita-se que os pais venham a ter maior segurança, melhor aceitação e diminuição da ansiedade na hora da realização do MC.

Os pais e mães mostraram satisfação em participarem do MC, e sua permanência no Alojamento Canguru proporcionou o encontro com seus bebês através da realização dos cuidados e do contato pele a pele, além de melhorar as relações entre pais e bebês, aumentar o vínculo entre eles e refletir positivamente na amamentação. Sendo assim, o MC configura-se em uma estratégia que permite à mãe e família estarem próximas para também cuidar do filho prematuro, mas não ocorre sem trazer conflito para a família, não só pelo nascimento prematuro, mas também pela necessidade de atender às demandas decorrentes da condição de ter um bebê frágil e da própria família.

Chegado o momento tão esperado da alta hospitalar, percebe-se que é esta uma ocasião temida pelos pais, mesmo que estes tenham tido a oportunidade de cuidar do filho, já que existe receio de que aconteça algo com o bebê no lar. Mas até neste ponto o MC é reconhecido como altamente benéfico, pois uma de suas contribuições é a de aumentar a confiança dos pais, principalmente das mães, para o cuidado com o bebê.

Neste estudo tivemos a presença e participação do pai como um diferencial, que fortalece os laços e vínculos familiares, assim como dá mais segurança e tranquilidade para a mãe, pois a presença do companheiro oferece suporte e segurança.

Como ponto negativo, podemos citar a dualidade de sentimentos expressados pelas mães e pais durante o período de internação, cabendo ao enfermeiro e a equipe de saúde atuar como facilitadores para que os pais possam realizar seus arranjos e venham a vivenciar de forma mais harmônica este momento.

Finalmente, no que diz respeito a Teoria Humanística de Paterson e Zderad, percebemos sua importância tanto para o processo de cuidar, quanto para o desenvolvimento da pesquisa, pois através dela foi possível lançar um olhar diferenciado sobre os sujeitos, sendo estes seres com muitas potencialidades, e estas potencialidades os levaram ao *bem estar* e ao *estar melhor*.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, D.C.; MARCON, S.S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto ao bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 4, jan./mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 196**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Temática da Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru** (manual do curso). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CATTANEO, A.; DAVANZO, F. Recomendações para a implementação do cuidado mãe-canguru para bebês de baixo peso ao nascer. **Acta Pediatr.** São Paulo, v. 87, p. 440-445, 1998.

CHAGAS, D.O. *et al.* Comparação da adesão materna às orientações do método Mãe Canguru no pré e pós-alta do Hospital Sofia Feldman. **Rev Med Minas Gerais**, Minas Gerais, n. 21(1), p. 5-8, 2011.

FURLAN, C.E.F.B.; SCOCHI, C.G.S.; FURTADO, M.C.C. Percepção dos pais sobre a vivência no método-mãe- canguru. **Rev Latinoam. Enferm**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 444-52, jul./ago. 2003.

GUIMARÃES, G.P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 626-635, out./dez. 2007.

HURST, N.M. *et al.* Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. **J Perinatol.** v. 17, p. 213-217, 1997.

LAMY, Z. C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidades de terapia intensiva neonatal. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 73, n. 5, p. 293-297, 1997.

MAIA, F.A.; AZEVEDO, V.M.G.O.; GONTIJO, F.O. Os efeitos da posição canguru em resposta aos procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão da literatura. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 370-373, 2011.

PATERSON, J. G.; ZDERAD, L. T. **Enfermería humanística**. México: Editorial Limusa; 1979.

PRAEGER, G. S. Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In: PRAEGER, S.G.; HOGARTH, C.R.; GEORGE, J.B. (org). **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, Capítulo 17, p. 241-251.

REY, E.; MARTÍNEZ, H. **Manejo racional del niño prematuro**. Bogotá (Colômbia): Universidad Nacional. Curso de Medicina Fetal, 1983.

ROLIM, K.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiração orotraqueal e coleta de sangue. **Rev. esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, dez. 2006.

TOMA, T.S. Método mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares o sucesso do programa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19 (Supl. 2), p. S233-S242, 2003.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRONCHIN, D.M.R.; TSUNECHIRO, M.A. A experiência de tornarem-se pais de prematuros um enfoque etnográfico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 49-54, jan./fev. 2005.

VENANCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método mãe canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2004, v. 80, n. 5 (Supl.), p. S173-S180, 2004.

XAVIER, C.C. **O método cuidado mãe canguru**. Belo Horizonte: Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG, 2004. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/edump/ped/canguru.htm>. Acesso em: 01 fev. 2012.

5.2 ARTIGO 3 - MÉTODO CANGURU: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA PARA PROMOVER O CUIDADO HUMANÍSTICO AOS PAIS QUE VIVENCIAM A PRIMEIRA E SEGUNDA ETAPA

KANGAROO METHOD: CONTRIBUTIONS FROM NURSE TO PROMOTE HUMANISTIC CARE TO PARENTS THAT EXPERIENCE FIRST AND SECOND STAGES

EL MÉTODO CANGURO: CONTRIBUCIONES DE LA ENFERMERÍA PARA PROMOVER EL CUIDADO HUMANISTA EN LOS PADRES QUE VIVEN LA PRIMERA Y SEGUNDA ETAPA

RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, na modalidade Convergente-Assistencial que teve por objetivo identificar de que maneira a enfermeira pode contribuir para promover o cuidado humanístico as mães e pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e segunda etapa do Método Canguru, à luz da Teoria Humanística de Paterson e Zderad. O estudo foi realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital Universitário de Santa Catarina. Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2011, obtidos por intermédio do diálogo vivido, com seis pais e mães, durante a aplicação do processo da Enfermagem Fenomenológica. Para a análise dos dados foram seguidas as etapas de apreensão, síntese, teorização e transferência. Após a análise emergiram as categorias, Categoria 1: O encontro da Enfermeira com as mães e pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso: formando vínculos, categoria 2: O saber compartilhado da Enfermeira transmite segurança e dá suporte às mães e pais de recém-nascidos pré-temos e de baixo peso,

categoria 3: A presença que proporciona segurança e bem estar para mães e pais, favorecendo a permanência na segunda etapa do MC, categoria 4: O cuidado que proporciona bem-estar físico e emocional para os pais e mães e para o bebê, categoria 5: o cuidado mecanizado como barreira para o ser mais e o estar melhor das mães e pais na vivência do MC. Quanto às contribuições da enfermeira para promover o cuidado humanístico as mães e pais, percebe-se que a utilização da teoria humanística de Paterson e Zderad mostrou-se como um modelo que permite à enfermeira olhar para os pais e mães com os olhos do coração, com sensibilidade, colocando-se em seu lugar e entendendo-a em seu existir-no-mundo.

Palavras-chave: Enfermagem Neonatal. Enfermeira. Recém-Nascido Prematuro. Teoria Humanística. Método Canguru.

ABSTRACT

This is a study of qualitative nature, of a convergent care research (CCR) type, that aimed to identify in which way nurse can contribute in order to promote the humanistic caring to mothers and fathers of newborns who participated of the first and second stages of Kangaroo Method, according to the Humanistic Theory of Paterson and Zderard. The study was accomplished in a Neonatal Intensive Care Unit of a University Hospital in the State of Santa Catarina. The data were collected from June to August of 2011, and were obtained through lived dialog, involving six mothers and fathers, during the application of phenomenological nursing process. Analysis followed the steps of apprehension, synthesis, theorization and transfer. After analysis five main categories emerged. Category 1: the meeting among nurse and mothers and fathers of low birth weight preterm newborns: forming links; category 2: shared knowledge of nurse provides safety and support to mothers and fathers of low birth weight preterm newborns; category 3: the presence that provides safety and welfare for mothers and fathers, favoring the permanence in the second stage of the Kangaroo Method; category 4: The care that provides physical and emotional well-being for parents and their baby; category 5: mechanical care as a barrier against becoming more and being better to mothers and fathers while experiencing the Kangaroo Method. As for the contributions from nurses to promote humanistic care to mothers and fathers, it's possible to notice that the use of humanistic theory of Paterson and Zderard proved to be a model that allows nurse to look at the parents with the eyes of the heart, with sensitivity, putting herself in their place and understanding herself in their existence-in the-world.

Keywords: Neonatal Nursing. Nursing. Newborns. Humanistic Theory. Kangaroo Method.

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo, convergente asistencial, para identificar de qué manera la enfermera puede ayudar a promover el cuidado humanista en las madres y padres que cuidan de los recién nacidos, y que viven la primera y segunda etapas del Método Canguro (MC), según la Teoría Humanística de Enfermería de Paterson y Zderad. El estudio se realizó en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de un hospital universitario de Santa Catarina. La recolección de los datos se hizo entre junio y agosto de 2011, a través del diálogo vivido con seis padres y madres, durante el desarrollo del proceso de la Enfermería Fenomenológica. Para el análisis de los datos se han seguido las etapas de recolección, síntesis, teoría y transferencia. Después del análisis surgieron las siguientes categorías: Categoría 1: El encuentro de la enfermera con los padres y madres de los recién nacidos pretérmino y de peso bajo al nacer: creando vínculos; Categoría 2: El conocimiento compartido de la enfermera

proporciona seguridad y apoyo a las madres y padres de los recién nacidos pretérmino y de peso bajo al nacer; Categoría 3: La presencia que proporciona seguridad y el bienestar de madres y padres, favoreciendo la permanencia en la segunda etapa del MC; Categoría 4: El cuidado que proporciona bienestar físico y emocional para los padres y el bebé; Categoría 5: la atención mecanizada como una barrera para ser mejores madres y padres en la vivencia del MC. En relación a las contribuciones de las enfermeras para promover el cuidado humanista en las madres y padres, se observa que el uso de la teoría humanística de Paterson y Zderad ha demostrado ser un modelo que permite a la enfermera ver a los padres con los ojos del corazón, con sensibilidad, colocándose en su lugar y comprender su existencia en el mundo.

Palavras-chave: Enfermería neonatal. Enfermera. Recién nacido prematuro. Teoría Humanística. Método Canguro.

INTRODUÇÃO

O atendimento perinatal tem sido foco prioritário do Ministério da Saúde brasileiro, já que o componente neonatal se configura como um grande desafio para reduzir a mortalidade infantil nas diferentes regiões do país. Para alcançar este objetivo, um conjunto de ações têm sido desencadeadas em busca de elevar o padrão não só do atendimento técnico à nossa população, mas, também, propondo uma abordagem por parte dos profissionais de saúde que seja fundamentada na integralidade do cuidado obstétrico e neonatal. (BRASIL, 2011).

A prática da assistência ao recém-nascido pré-termo vem passando por transformações ao longo dos tempos e, devido a estas transformações, apresenta melhora significativa com o desenvolvimento de tecnologias para este fim.

O Método Mãe-Canguru foi implementado inicialmente em 1978, em Bogotá, na Colômbia por Edgar Rey Sanabria, sendo desenvolvido a partir de 1979 pelos pediatras colombianos Héctor Martínez Gómez e Luis Navarrete Pérez, do Instituto Materno-Infantil de Bogotá. Na época, o objetivo da implantação deste método era acabar com a prática de colocar dois ou três bebês numa mesma incubadora, além de reduzir o tempo de separação entre a mãe e a criança, motivo este de abandono desses recém-nascidos. Esta técnica conduziu de forma gradativa à definição do Programa Mãe-Canguru (CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1996).

De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2011) a iniciativa colombiana tinha como proposta melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo naquele país e promover, através do contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o seu bebê, maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento, tendo em vista as condições de saúde desfavoráveis daquele país, com pouca disponibilidade de

equipamentos necessários à assistência aos recém-nascidos pré-termos.

Além disso, o acompanhamento ambulatorial se tornava um dos pilares fundamentais no seguimento dessas crianças, que, no domicílio, deveriam continuar sendo mantidas em contato pele-a-pele com a mãe na “posição canguru” (BRASIL, 2011). A partir de então, o ato de carregar o recém-nascido pré-termo contra o tórax materno ganhou o mundo, recebendo adeptos e opositores, como é natural em todo o processo de aplicação de novas tecnologias.

No Brasil, a introdução do MC foi teve uma proposta um pouco diferenciada da colombiana. Aqui, o método tem um caráter humanizador, o qual prevê uma assistência pautada no cuidado humanizado e o envolvimento dos pais e mães, incluindo, necessariamente, desde os requisitos da atenção biológica e dos cuidados técnicos especializados, até os aspectos da atenção psicoafetiva, com igual ênfase. A visão brasileira sobre o Método Canguru é, na realidade, uma mudança do paradigma da atenção perinatal, em que as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos clássicos (BRASIL, 2011).

O MC é dividido em três etapas. A primeira etapa tem seu início ainda no período pré-natal da gestação de alto risco, no qual, a gestante e seu companheiro visitam a Unidade Neonatal com a finalidade de conhecer a mesma, assim como também podem visualizar bebês que nasceram com peso aproximado do estimado para o seu bebê. Esta etapa estende-se à internação do recém-nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade neonatal, na qual após o nascimento os pais e mães participam da internação do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) e/ou cuidados intermediários, o que é de extrema importância para que elaborem os seus conflitos a cerca do nascimento do bebê e comecem a interagir com o mesmo, podendo reconhecê-lo como seu. Ao acompanhar a internação do seu bebê na UTI Neonatal, participando ativamente, a mãe e o pai preparam-se, gradativamente, para a segunda etapa do MC.

A segunda etapa acontece em um local específico, que é o Alojamento Canguru. Nesta etapa, as mães e pais são incentivados a realizar a posição canguru pelo maior tempo possível respeitando as diferenças individuais. É valorizada a competência materna para os cuidados com o filho e, com suporte da equipe, a mãe vai assumindo, cada vez mais, atividades ligadas à higiene e à nutrição do bebê. O pai, sempre que possível, é estimulado e inserido nos cuidados e na realização da posição canguru. O aleitamento materno é incentivado, passando por todas as etapas até a livre demanda. Os bebês com dificuldade de sucção recebem especial atenção do fonoaudiólogo.

A terceira etapa do MC é desenvolvida na própria Unidade Neonatal. A terceira etapa do Método Canguru dá continuidade à assistência ao recém-nascido de baixo peso após a alta hospitalar, a nível ambulatorial. Nesse período o bebê estará em cuidados domiciliares. (BRASIL, 2011).

Para os pais, muitas vezes, o fato de ter um bebê que não se aproxima das características idealizadas, além das dúvidas acerca de sua sobrevivência é, também, associado a sentimentos de incapacidade, culpa e medo, o que poderá interferir no relacionamento com o filho recém-nascido, mesmo que tal processo não seja plenamente consciente para os pais, afetando diretamente a relação entre eles (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

Segundo Arruda e Marcon (2007) os pais de prematuros são considerados um grupo de risco, pois já ficam debilitados com o sofrimento advindo das complicações da gravidez. Desta maneira, encontram-se prejudicados na autoconfiança e, conseqüentemente, na capacidade de criar esse filho.

Além de estarem fragilizados pela situação que estão vivenciando, as mães e pais entram em contato com um universo até então desconhecido para eles, que é a Unidade Neonatal. Nesta unidade o recém-nascido pré-termo e de baixo peso permanece cercado de muitos aparatos tecnológicos, recebendo cuidados de saúde que acontecem de forma normatizada por uma série de rotinas.

Assim, a escolha para o desenvolvimento deste estudo se deu a partir da prática profissional. Durante a realização de cuidados ao recém-nascido e sua família internados na UTI Neonatal tivemos a oportunidade de observar, cuidar, interagir, tocar, sentir, perceber e refletir, e a partir desta experiência buscamos compor uma nova forma de cuidar e interagir com o recém-nascido pré-termo e de baixo peso e com seus pais e mães.

Conhecer como mães e pais lançam seus olhares para o contexto de vida com o nascimento prematuro de seu bebê e o desenvolvimento de suas competências para o cuidado, é importante para a enfermeira possa promover o bem estar e o estar melhor destes pais e mães, através do cuidado humanístico a estes pais.

Atualmente se reconhece a importância vital de uma relação estável e permanente durante os primeiros anos de vida, mesmo quando o bebê é pré-termo. “As relações iniciais entre o bebê e seus pais são consideradas o protótipo de todas as relações sociais futuras” (BRASIL, 2011, p.39).

Consideramos o MC como uma estratégia que favorece esta aproximação, pois já na

primeira etapa os pais e mães começam a compreender seus filhos e continuam a fortalecer os vínculos iniciados na vida intra-uterina.

Concordo com Guimarães (2006), que comenta que a enfermeira, agindo em cooperação com os demais profissionais da equipe neonatal, tem fundamental importância nesse processo, pois está presente e atuante no cuidado ao recém-nascido e no atendimento das necessidades dos pais e mães, em período integral, ou seja, nas 24 horas do dia. Sua participação em grupos de discussão e na aplicabilidade global do Método vem sendo cada vez mais prestigiada e importante, fornecendo contribuições para o sucesso do MC.

A enfermeira, por permanecer em período integral junto ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso e aos seus pais e mães, tem papel de destaque no que se refere ao cuidado, pois é ela quem encoraja os pais e mães a manterem contato e cuidados com seus bebês, favorecendo a aproximação e fortalecendo o vínculo entre pai, mãe e bebê.

De acordo com Wernet e Ângelo (2007) as interações entre enfermeiros e famílias têm influência na forma de como as famílias e recém mães manejam esta fase do ciclo vital.

Em face desta realidade, e procurando compreender melhor os fenômenos que envolvem este grupo específico, buscamos respostas para a seguinte questão de pesquisa: De que modo a enfermeira pode contribuir para promover o cuidado humanístico as mães e pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e a segunda etapa do Método Canguru? Desta maneira, esta pesquisa teve por objetivo identificar de que modo a enfermeira pode contribuir para promover o cuidado humanístico às mães e pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e a segunda etapa do Método Canguru.

CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo Convergente-Assistencial (PCA), que utilizou o referencial teórico de Paterson e Zderad (1979). A PCA é um gênero de pesquisa que foi proposto e delineado pelas enfermeiras brasileiras Mercedes Trentini e Lygia Paim, que tem por características manter todas as fases do processo investigativo mantendo uma estreita relação com a prática assistencial, ou seja, é um método de pesquisa orientado para a resolução ou minimização de problemas da prática que a enfermeira enfrenta, bem como nas possibilidades de mudança e de introdução de inovações nas práticas de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

Este estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da maternidade do

Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU/UFSC, que é uma instituição de referência nacional para o MC. Os sujeitos significativos do estudo foram seis mães e pais com seus bebês recém-nascidos pré-termo e de baixo peso internados na unidade e que vivenciaram a primeira e segunda etapa do MC. Todos os participantes foram informados do conteúdo e objetivos da pesquisa, e a participação na pesquisa se deu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi utilizada como estratégia de coleta de dados o “diálogo vivido”, no qual a enfermeira/pesquisadora e as mães e pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso mantiveram uma relação, através do encontro, diálogo e da presença, sendo que a meta principal é zelar pelo bem-estar e pelo estar melhor de ambos. A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2011. Foram utilizadas gravações como instrumentos de registro e transcrição das fitas autorizadas pelos participantes.

O processo de cuidar das mães e pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso foi baseado nas três primeiras fases da Enfermagem Fenomenológica, para levantar os dados necessários para responder à pergunta da investigação, sempre guiados pelo “diálogo vivido”. Em resumo, na primeira fase, denominada “Preparando-se para conhecer mãe e pai”, a pesquisadora preparava sua mente para o encontro com cada um desses sujeitos, abrindo-se à experiência de encontrar o “outro” como um ser único e indivisível; na segunda, denominada “Conhecendo intuitivamente as mães e pais: a relação EU-TU”, era necessário “entrar” no outro, no ritmo da experiência dos pais, o que resultava num conhecimento especial do outro. Requereu autenticidade da pesquisadora, de forma a estar aberta ao sentido da experiência para o outro; e, finalmente, na terceira fase, “Conhecendo cientificamente o outro: a relação EU-ISSO”, a pesquisadora encarava os fenômenos, já reconhecidos intuitivamente, e meditava sobre eles, a fim de analisá-los, compará-los, interpretá-los, dar um nome a eles e categorizá-los. Durante todo o tempo da assistência as mães e pais, colocamos os conhecimentos técnicos e científicos em enfermagem neonatal à disposição das mães e pais, utilizando uma linguagem simples e de fácil compreensão.

Dessa forma, a PCA permitiu aliar o cuidado ao percurso investigativo, respondendo às inquietações que demandavam deste mesmo processo de cuidar. Os dados foram analisados de acordo com os passos propostos pela PCA: apreensão, síntese, transferência ou recontextualização. A partir da transcrição dos dados, procedeu-se à leitura do material, a fim de organizar as informações. Posteriormente, reagrupou-se os temas encontrados, a fim de

construir as estruturas de relevância da PCA para a análise final, de onde emergiram as categorias.

Atendendo aos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo sido aprovado sob o parecer de número 1.934/11. Na apresentação dos resultados e discussão, os sujeitos do estudo foram identificados com sentimentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As seis mães e pais que vivenciaram a primeira e segunda etapa do MC caracterizaram-se por terem uma faixa etária entre 20 e 29 anos. Todos os casais mantinham uma relação estável. Quanto ao grau de instrução uma das mães possuía terceiro grau completo, os outros pais/mães cursaram ensino médio e ensino fundamental. Quanto ao tipo de emprego, dois desenvolviam sua atividade profissional como autônomos, um como agricultor, uma pedagoga, um frentista e uma trabalhava em plantação de fumo. Para todas as mães e pais esta foi a primeira experiência de maternidade e paternidade.

Com a intenção de que fosse estabelecido um *encontro* e uma relação que visasse não apenas o objetivo do estudo, mas que também contemplasse outras dimensões buscamos a interação com as mães e pais dos recém-nascidos pré-terms e de baixo peso já na primeira etapa do MC. Da mesma maneira, continuamos os acompanhando durante o período em que internados e vivenciando a segunda etapa do MC até o momento da sua alta hospitalar. Da análise estrutural dos dados obtidos, emergiram cinco categorias principais: Categoria 1: O encontro da Enfermeira com as mães e pais dos recém-nascidos pré-terms e de baixo peso: formando vínculos, categoria 2: O saber compartilhado da Enfermeira transmite segurança e dá suporte às mães e pais de recém-nascidos pré-terms e de baixo peso, categoria 3: A presença que proporciona segurança e bem estar para mães e pais, favorecendo a permanência na segunda etapa do MC, categoria 4: O cuidado que proporciona bem-estar físico e emocional para os pais e mães e para o bebê e categoria 5: O cuidado mecanizado como barreira para o *ser mais* e o *estar melhor* das mães e pais na vivência do MC.

Categoria 1 – O encontro da Enfermeira com as mães e pais dos recém-nascidos pré-terms e de baixo peso: formando vínculos

Logo que demos início à pesquisa, procuramos interagir com as mães e pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso para que fosse estabelecido com eles um encontro genuíno, que não buscasse apenas responder ao objetivo e questões da pesquisa, mas que também possibilitasse a formação de vínculos, laços de carinho e segurança, para que as mães e pais pudessem estabelecer com a enfermeira uma relação de confiança, e através dela terem as possibilidades para vir a ser mais e estar melhor.

Segundo Gaíva e Scochi (2004), a finalidade última do trabalho nas UTI's Neonatais, apesar de continuar sendo a cura, não está voltada apenas ao cuidado ao corpo anátomo-fisiológico do recém-nascido. Essa finalidade está ampliada na medida em que a assistência é estendida à família do bebê e busca-se, além de salvar a vida da criança, garantir-lhe qualidade de vida no futuro.

O encontro com as mães, pais e bebês ocorreu primeira etapa do MC. Com alguns aconteceu na UTI Neonatal e com outros já na sala de Cuidados Intermediários. O primeiro momento do encontro foi destinado a apresentação pessoal da enfermeira e dos pais e mães, através do diálogo, com o objetivo de nos conhecermos. Logo as mães e os pais começaram a sentir-se a vontade, e assim, passaram a contar sobre sua trajetória desde a gestação até o parto, e também utilizaram o momento para expor seus anseios, dúvidas e questionamentos.

A importância deste encontro e presença são ressaltados por Freitas *et al.* (2006) pois nos primeiros dias de internação na Unidade Neonatal, que constitui a primeira etapa do MC, os prematuros são submetidos a muitos estressores ambientais e assistenciais, valendo ressaltar ainda que, o contato com os pais e mães se limita ao simples toque, o que torna este estímulo materno e paterno prejudicados.

De acordo com Rolim e Cardoso (2006), através da acolhida carinhosa, a enfermagem se mostra como um diálogo vivo, percebendo no olhar uma palavra contida pela angústia do desconhecido. Assim, os pais ficarão mais próximos, tocando e cuidando do seu bebê até o momento em que o possam acolher de forma mais íntima.

Neste contexto a enfermeira atua no sentido de minimizar os anseios, assim como responde aos questionamentos e dúvidas, promovendo a aproximação dos pais e mães com seus bebês, além de coletar dados e subsídios para planejar o cuidado específico para cada trinômio, conforme suas demandas.

Este modo de agir e de cuidar da Enfermeira é corroborado com Martins, Martins e Vaz (2007), pois segundo a autora o cuidado no MC ultrapassa a visão medicalizada da assistência, com enfoque para a humanização e socialização, essenciais no contexto do

sistema familiar.

Categoria 2 - O saber compartilhado da Enfermeira transmite segurança e dá suporte as mães e pais de recém-nascidos pré-temos e de baixo peso

No diálogo vivido, a relação acontece quando se dá respostas a alguém que precisa de ajuda, ou seja, faz um chamado. Sendo assim, a enfermeira é vista como um ser que pode oferecer ajuda, trazendo alento, amparo e dignidade. A presença do profissional, aliada a disponibilidade de seu saber, fortalece a capacidade dos pais e mães de recém-nascidos pré-temos e de baixo peso estabelecerem o vínculo com seus filhos transmitindo-lhe tranquilidade e segurança. A Enfermeira da Unidade Neonatal surge neste contexto como uma referência para que os pais e mães possam exercer seu papel, realizando suas funções com segurança, já que tem a presença da enfermeira. Podemos contatar este fato a partir da fala da Mãe Ternura *“Estou bem segura agora, no início eu tava bem assim com medo, sabe? Agora não”*.

O trabalho da Enfermeira é indispensável, pois ela une o conhecimento científico à realidade e à prática da UTI Neonatal. Com efeito, pode reconhecer as necessidades do bebê e planejar sua assistência. A enfermagem é uma profissão humanística, que se completa no trabalho multiprofissional. A realidade traz preocupações, pois o corpo da enfermagem é consciente do compromisso com o ser humano global, dotado de sensibilidade, necessitando de carinho, atenção e amor.

A importância deste papel da Enfermeira, como sujeito que oferece segurança e suporte para suas demandas em relação aos que se refere ao bebê pode ser evidenciado na fala do pai Afeto, *“que nem nós falamos, pelo cuidado do bebê e pelo trabalho que vocês estão fazendo com os outros bebês, então a gente se conforma nisso sabe? Então é nisso que a gente se agarra”*.

Através desta fala percebemos o quanto é importante nossa maneira de agir no que se refere ao cuidado, pois a partir de nossa postura de cuidar os pais e mães, absorvem o conhecimento nos observando, convivendo e muitas vezes através do nosso modo de olhar, e assim desenvolvem suas potencialidades para realizarem o cuidado aos seus bebês, com a possibilidade de *vim a ser mais*.

Outra fala que evidencia o saber que a enfermeira compartilha pode como na fala da mãe Afeto *“É que aqui nós estamos aprendendo”*.

Os profissionais de enfermagem, aqui especificamente abordando a figura da enfermeira, segundo Freitas *et al.* (2006), tem a grande responsabilidade de ensinar os pais a cuidarem do seu filho preparando-os para a futura alta para casa.

Categoria 3 - A presença que proporciona segurança e bem estar para mães e pais, favorecendo a permanência na segunda etapa do MC

Segundo Martins, Martins e Vaz (2007), a enfermeira atua intensamente no MC, e será um instrumento de orientações dos procedimentos e capacitação da mãe, resultando na maior produção do leite materno, equilíbrio emocional, confiança, e controle nas reações do recém-nascido, remoção do medo e da insegurança na habilidade de cuidar de seu filho, por esses motivos, a presença da enfermeira se consubstancia em um elemento importante para as mães e pais.

Para a presença ser genuína, a enfermeira necessita estar aberta, receptiva, pronta e disponível para a outra pessoa, de modo recíproco.

Para Wernet e Ângelo (2007), a presença disponibilizada pelo enfermeiro é o aspecto que fundamenta todo o contexto interacional.

É necessário procurar reduzir o máximo possível a ansiedade dos pais e mães na segunda etapa do MC, para que a tensão e a ansiedade possam ser aliviadas, pois estes elementos que interferem negativamente para estes pais e mães durante o processo de internação. Dessa forma, a presença da enfermeira trouxe conforto para os pais e mães que temiam em ter dificuldades em cuidar de seu bebê, promovendo segurança e apoio a eles, como observamos na fala da mãe Ternura ao ser questionada sobre como ela e o esposo tinham se sentindo durante a internação na unidade “*É, ele adorou aqui. Eu também adorei, são bem atenciosas as enfermeiras*”.

A adoção da teoria humanística de Paterson e Zderad e o uso de seus elementos na prática diária foi uma experiência muito gratificante e com aspectos positivos, pois através desta teoria foi realizado o cuidado humanizado às famílias, e sendo assim, acreditamos que contemplamos de forma efetiva os elementos utilizados, como o diálogo vivido, o encontro, a presença genuína, com vistas ao bem estar e estar melhor dos pais e mães. Com a presença genuína podemos perceber que as mães e pais têm na pesquisadora como uma referência, como nos diálogos que apresentamos a seguir: “*Mãe Afeto: E quando tem alguma dúvida daqui de dentro é a enfermeira que está aqui que a gente pergunta e daí ela que esclarece.*”

Pesquisadora: E quem ajuda com a posição, a colocar na posição? Mãe Afeto: A Cláudia [risos]” diálogo entre a pesquisadora e a mãe Afeto.

“Só agradecer, agradecer pela amizade que nós fizemos, que tu ajudou também nas horas mais difíceis tu deu apoio pra nós, agradecer que se não tivesse tipo um amigo aqui dentro a gente não sabia o que ia fazer, porque a gente é igual cego no escuro. Então é assim, quando a gente precisou de vocês [...]” fala do pai Carinho.

“Tanto tem gente como não tem ninguém, tanto tem em volta, como não tem ninguém. E contigo foi diferente, foi diferente pra nós. Não vai chorar né? [Risos]. Foi diferente, foi bem diferente” fala da mãe Carinho.

A sensibilidade e disponibilidade do enfermeiro para estar com os pais e familiares, segundo Wernet e Ângelo (2007), são percebidas por meio de ações do enfermeiro que reflitam o reconhecimento dos pais e familiares como pessoas importantes e como sujeitos de atos relevantes.

As falas que foram apresentadas são muito marcantes e gratificantes para a experiência enquanto enfermeira, pois vem ao encontro de tudo que acreditamos e de tudo que procuramos praticar no dia a dia, que é o cuidado humanizado, com qualidade, capacitando as pessoas para sua autonomia, e que realmente possam *ser mais* em suas vidas e a vivam na plenitude de seu *bem estar*.

De acordo com Oliveira e Goulart (2010), a integração entre enfermeiras e pais pode minimizar a ausência de uma pessoa de referência para o casal e criar laços de confiança para a cooperação mútua entre as partes e por ocasião da alta hospitalar, prevenir danos à saúde do bebê e possibilitar acompanhamento de seu desenvolvimento.

Categoria 4 - O cuidado que proporciona bem-estar físico e emocional para os pais e mães e para o bebê

Na relação empática, o profissional tem a percepção das necessidades da dos pais e mães, muitas vezes, é subjetiva; é pelo olhar, pela pele, pelo não dito, pelo silêncio, pelo gesto. É nessa atitude/cuidado que a enfermeira responde ao chamado dos pais e mães, esclarecendo suas dúvidas, reanimando sua energia, renovando sua confiança para seguir adiante.

No estudo de Wernet e Ângelo (2007), a conversa informal, o prostrar, foi reconhecido como importante momento para a partilha de informações entre mães e enfermeiros por

oferecer uma igualdade de responsabilidade. O seu uso promove cuidados mais autênticos e individualizados, selando fortes laços interacionais.

Ao realizarmos o cuidado ao bebê, junto com seus pais e mães, estamos proporcionando um momento de aprendizado e troca de experiências, permitindo que os pais e mães se envolvam no cuidado e tenham possibilidades de se expressarem, oportunizando um espaço para retirarem suas dúvidas, e desta maneira os capacitando para que eles mesmos efetivem os cuidados e atendam as demandas de seus bebês de forma segura e independente.

De acordo com Wigert *et al.* (2006), um sentimento de inclusão ou participação é identificado quando as mães tem uma comunicação aberta e diálogo com a equipe da UTI Neonatal, foram tratados como pessoas únicas com necessidades específicas, expressaram sentimentos maternos positivos.

Na hora que você vê os cuidados, as enfermeiras ali tomando conta deles, você vê que, sei lá... É o que digamos, dá mais segurança da gente ver ele ali do que em casa. Vendo que cada um sabe o que faz, vendo cada coisinha, tipo, no horário certinho.

Todo o cuidar, segundo Silva, Silva e Christoffel (2009), envolve valores e compromissos com a pessoa e com a vida humana e está relacionado com respostas humanas intersubjetivas relativas às condições de saúde e doença e com as interações ambiente-pessoa.

O momento da alta é temido pelos pais, mesmo que tenham tido a oportunidade de cuidar do filho, existe receio de que algo aconteça no lar (GAIVA, 2004). Tendo como premissa este medo e insegurança, é que a enfermeira deve articular suas ações para que estes sentimentos sejam minimizados, procurando, segunda Silva, Silva e Christoffel (2009) valorizar de forma ímpar o enfrentamento de cada ser humano, e assim atendo as demandas de cada um.

Categoria 5 – O cuidado mecanizado como barreira para o *ser mais* e o *estar melhor* das mães e pais na vivência do MC

De acordo com Rolim e Cardoso (2006), o cuidado em uma UTI Neonatal é, muitas vezes, realizado de maneira generalista, tecnicista, tornando-se exaustivo e estressante, podendo desumanizar as relações e resultar nas condições de sobrevivência de pessoas que atentam contra a dignidade humana. O cuidado obsessivo tira a espontaneidade das pessoas, tolhe a sua energia de experienciar o cuidado que evidencie uma preocupação com o biopsicoemocional do bebê e sua família.

Aliados a estes fatos, podemos também citar, como fatores que interferem na qualidade da assistência, a grande demanda de atividades, com a internação de muitos bebês, bem como outras funções que necessitam ser realizadas, como acompanhamento de novos funcionários, e a exigência da realização de atividades burocráticas, podem por vezes desviar o foco de atenção do enfermeiro.

Estes fatos puderam ser percebidos neste estudo, através de alguns relatos e falas dos pais. Foi evidenciado através de um diálogo com família Ternura que a posição canguru não foi realizada por eles, como podemos observar. *“Pesquisadora: Então a única coisa que tu não conseguiste foi colocar o bebê na posição Canguru? Mãe Ternura: É. Não é que eu não consegui, eu até conseguia, mas é que eu não tenho como amarrar a faixa sozinha. Pesquisadora: Não sabias como fazer [...] Mãe Ternura: É, e eu não sabia se tinha faixa [...]. Pesquisadora: E para quem estava aqui no momento, o funcionário, tu chegaste a perguntar sobre a faixa, se tinha, como usar? Mãe Ternura: É, ela explicou pouco. Eu não sei, eu não conheço [...]. Pai Ternura: É, ela só veio e falou. Mãe Ternura: Ela explicou, explicou. Só que eu achei que nem podia. Podia ter chego e convidado: “Vamos colocar ela no Canguru? Vamos que eu te ajudo.” Eu botava [...] Pesquisadora: Então ninguém chegou diretamente pra ti, para te fazer esse convite? Mãe Ternura: Não. Ela ficou bastante nessa posição aqui, mas de roupinha. Pesquisadora: Sempre com a roupinha? Não direto pele a pele? Mãe Ternura: Não, o pele a pele não”.*

O olhar da enfermeira deve estar voltado para outras dimensões, conforme Rolim e Cardoso (2006) que dizem que não se pode direcionar os conhecimentos somente ao funcionamento dos equipamentos, pois, o conhecimento mais amplo do pequeno ser a quem se devota assistência é primordial, e aqui estendo essa necessidade de ampliar o conhecimento também sobre as mães e pais. Esse pensamento deve ser constante e buscar a sua execução faz a equipe cuidadora mostrar o seu empenho na prática do cuidado humanizado.

De acordo com Maia *et al.* (2011), a posição canguru é uma estratégia fácil e de baixo custo e pode ser recomendado como método não farmacológico podendo ser uma medida de escolha no manejo da dor de recém-nascidos pré-termo e de baixo peso, além de promover a aproximação entre mãe e filho, aumentando sua confiança no cuidado, beneficiando o crescimento e desenvolvimento do bebê e favorecendo a amamentação.

Tendo em vista as vantagens mencionadas que a posição canguru oferece, este tipo de limitação faz com que o bebê, assim como seus pais, perca uma oportunidade ímpar no contexto que estão vivenciando.

Conforme Simsen e Crossetti (2004), além da competência técnico-científica, os cuidadores em UTI Neonatal atuam num ambiente em que a gestão do cuidado envolve todos os profissionais da equipe de saúde. Cabe ao enfermeiro o papel fundamental na coordenação do processo de cuidar. Para tanto, deve ter competência ética, estética e conhecimento científico, para reconhecer as necessidades individuais e planejar como administrar o cuidado em enfermagem de maneira eficaz.

Promover assistência na UTI Neonatal de acordo com Rolim e Cardoso (2006) exige da enfermeira conhecimento e responsabilidade, estando o cuidado permeado de tecnologia e bebês graves. Além da competência, são exigidos da enfermeira integração de informações, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades. Por ser o enfermeiro o profissional que tem a responsabilidade pela equipe de enfermagem, cabe a ele a organização do processo de trabalho e a gestão desta equipe.

Quando as informações são desencontradas, ou quando a equipe não utiliza os mesmos critérios para informar os pais sobre determinado assunto, percebemos que ocorrem dúvidas e inseguranças em relação ao cuidado, como contatamos nas falas da família Carinho. Pai Carinho: *Eu só acho assim, tem enfermeiras que passam [...]. Acho que não necessitaria fazer isso. Tem enfermeira que posso dizer, tem enfermeira que passa e te bota lá embaixo: “Quem é a mãe?” Que vai sair só com dois quilos e duzentos, que não sei o que, não sei o que. Daí passa outra enfermeira: “Não, não, te acalma. Um quilo e novecentos sai. É só pegar e mamar.” E nós aqui. A pessoa já está [...] Sabe que a pessoa já está com a consciência longe, já está ruim, daí essa aí faz isso, passa pro paciente. Fica ruim, fica mais pra baixo. Mãe Carinho: É porque teve, teve quem falou que não saía com dois quilos, saía com um quilo e novecentos, saía com um quilo novecentos e pouquinho, saía só quando mamasse, e isso aí, sei lá, vai deixando a cabeça da gente doida né? Mas deu tudo certo. Incomodei tanto que estou indo embora [Risos].*

Percebemos nas falas que a questão do peso para a alta hospitalar é de grande relevância para as mães e pais, pois na visão deles, este é considerado o critério mais importante para sua saída do hospital.

De acordo com Silva. Silva e Christoffel (2009), a equipe de enfermagem ocupa uma posição especial, pois mantém uma relação mais direta e contínua com o bebê e seus pais em todas as etapas do MC, realizando cuidados voltados para o conforto e para maior aproximação entre eles. O enfermeiro é um importante agente na promoção e concretização das estratégias de humanização, junto aos demais membros da equipe multiprofissional,

dentre as quais podemos destacar: o acolhimento dos pais e família extensiva do bebê na Unidade Neonatal; a comunicação e expressão das vivências através dos grupos de apoio e a participação dos pais nos cuidados do bebê, tais como a troca de fraldas.

Corroboramos com Reichert, Lins e Collet (2007), pois assim como os autores, percebemos que o relacionamento entre o profissional de enfermagem e a família deve ser um encontro de subjetividades do qual emergem novas compreensões e interpretações, contribuindo para o sucesso do tratamento e a superação da crise ocorrida durante a hospitalização do RN.

Com vistas a procurar desenvolver um cuidado humanístico as mães e pais de recém-nascidos pré-termos e de baixo peso, enfatizamos o uso dos elementos da enfermagem humanística. Concordamos com Rolim e Cardoso (2006), que dizem que o diálogo, entretanto, o verdadeiro encontro, é possível de ser estabelecido, deve ser incentivado, quando então se estabelecerá este relacionamento que não nasce só pelos sentimentos que as pessoas têm umas pelas outras, mas também pelo envolvimento em uma relação viva e mútua com um centro vivo e por estarem unidos em comunhão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Orientadas pela Pesquisa Convergente-Assistencial, retomamos o objetivo do presente estudo, no qual buscamos identificar de que maneira a enfermeira pode contribuir para promover o cuidado humanístico às mães e pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e a segunda etapa do Método Canguru, à luz da Teoria Humanística de Paterson e Zderad.

Nesta perspectiva, este estudo buscou encontrar subsídios para melhorar o cuidado e atenção prestados as mães e pais, e o primeiro passo para alcançar este objetivo pode ser evidenciado na categoria 1, que trouxe o encontro da Enfermeira com as mães e pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso: formando vínculos, como temática principal. A categoria 2, procurou mostrar que o saber compartilhado da Enfermeira transmite segurança e dá suporte às mães e pais de recém-nascidos pré-termos e de baixo peso, ressaltando a importância deste papel da Enfermeira, como sujeito que oferece segurança e suporte para as mães e pais e suas demandas em relação aos que se refere ao bebê. A presença que proporciona segurança e bem estar para mães e pais, favorecendo a permanência na segunda etapa do MC, foi a temática da categoria 3, que reforçou que a integração entre enfermeiras e pais pode minimizar a ausência de uma pessoa de referência para o casal e criar laços de

confiança para a cooperação mútua entre as partes.

Ao realizarmos o cuidado ao bebê, junto com seus pais e mães, estamos proporcionando um momento de aprendizado e troca de experiências, permitindo que os pais e mães se envolvam no cuidado e tenham possibilidades de se expressarem, oportunizando um espaço para retirarem suas dúvidas, e desta maneira os capacitando para que eles mesmos efetivem os cuidados e atendam as demandas de seus bebês de forma segura e independente, esta constatação foi evidenciada na categoria 4, na qual o cuidado proporciona bem-estar físico e emocional para os pais e mães e para o bebê. A categoria 5, que fala sobre o cuidado mecanizado como barreira para o ser mais e o estar melhor das mães e pais na vivência do MC, nos traz reflexões para que se possa evoluir e melhorar a prática profissional.

Quanto às contribuições da enfermeira para promover o cuidado humanístico as mães e pais de recém-nascidos pré-termos e de baixo peso, percebe-se que a utilização da teoria humanística de Paterson e Zderad mostrou-se como um modelo que permite à enfermeira olhar para os pais e mães com os olhos do coração, com sensibilidade, colocando-se em seu lugar e entendendo-a em seu existir-no-mundo. Não existe uma receita a seguir, mas é preciso disposição para o diálogo vivido, que ocorre a partir do encontro verdadeiro, onde se estabelece a relação empática, através da presença genuína, percebe-se o chamado, e proporciona-se a resposta que leva ao bem-estar e ao estar melhor dos pais e mães. Esse modelo se aplica também nas relações interpessoais da equipe de saúde, e a nossa disposição é a de alcançá-las, pois essa experiência nos tornou enfermeiras diferentes. Sugerimos também que os estudos desta temática sejam continuados.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto ao bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 4, jan./mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 196**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru** (manual do curso). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CHARPAK, N.; CALUME, Z.F.; HAMEL, A. **O método mãe-canguru**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1996.

FREITAS, J.O.; CAMARGO, C.L. Discutindo o cuidado ao recém-nascido e sua família no método mãe-canguru. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 16, n. 2, ago. 2006. Disponível em:

http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2012.

GAIVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, jun. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300004>. Acesso em: 30 jan. 2011.

GRIBOSKI, R.A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.1, p. 107-14, jan./mar. 2006.

GUIMARÃES, G. P. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso no método mãe-canguru**: uma contribuição da enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

GUIMARÃES, G.P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 626-635, out./dez. 2007.

MAIA, F.A.; AZEVEDO, V.M.G.O.; GONTIJO, F.O. Os efeitos da posição canguru em resposta aos procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão da literatura. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 370-373, 2011.

MARTINS, A.C.; MARTINS, M.F.L.; VAZ, M.J.R. Percepção de enfermeiras sobre o método mãe-canguru. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 16, p. 109-112, 2007.

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

PATERSON, J.G.; ZDERAD, L.T. **Enfermería humanística**. México: Limusa, 1979.

REICHERT, A.P.S.; LINS, R.N.P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Rev. Elet. Enf.**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 200-213, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>. Acesso em: 01 fev. 2012.

ROLIM, K.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n.1, p.85-92, jan./fev. 2006.

ROLIM, K.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiração orotraqueal e coleta de sangue. **Rev. esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, dez. 2006.

SILVA, L.J.; SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M.M. Tecnologia e humanização na unidade de terapia intensiva neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.43, n. 3, p. 684-649, 2009.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

WIGERT, H. *et al.* Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. **Scand J Caring Sci.**, v. 20, n. 1, p. 35-41, mar. 2006.

WERNET, M.; ÂNGELO, M. A enfermagem diante das mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-235, abr./jun. 2007.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Motivada por inquietações advindas da minha prática profissional na área do cuidado aos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso, procurei, através deste estudo, aproximar-me da compreensão do significado da experiência vivida pelas mães e pais na primeira e segunda etapa do MC, bem como busquei saberes que pudessem subsidiar e contemplar de que forma a Enfermeira pode contribuir para a realização do cuidado humanístico a estas mães e pais. Para alcançar os objetivos propostos, busquei iluminação teórica na fenomenologia, mais especificamente na teoria humanística de Paterson e Zderad.

Para que pudesse unir o cuidar e o pesquisar fui orientada na investigação pela Pesquisa Convergente-Assistencial, de natureza qualitativa.

Por meio da Enfermagem Fenomenológica, pude colocar em prática o diálogo vivido com cada mãe e pai, na primeira e na segunda etapa do MC. Para isto, foi necessário que vivenciasse plenamente cada fase assistencial, a fim de alcançar as respostas às questões pertinentes da pesquisa. Foi necessário que eu me preparasse intuitivamente para encontrar com cada uma dessas mães, pais e bebês, respeitando-as como unidades ímpares, singulares, possuidoras de uma história de vida específica e dotados de sentimentos e emoções. Desta maneira, procurei estar presente, aberta e disponível para cada sujeito, com o intuito de focalizar o momento existencial que expressavam frente a essa nova vivência, e procurando auxiliá-las a encontrarem significados na experiência vivida.

A PCA, aliada à Enfermagem Fenomenológica, foi uma decisão importante para meu percurso teórico-metodológico, pois possibilitou reavaliar meus pensamentos e recriar ações, tanto para a prática, quanto para a pesquisa, culminando na aproximação existencial com cada mãe e pais e seus recém-nascidos, durante as vivências destes no MC.

Através desta abordagem, foi possível conhecer intuitivamente e cientificamente cada mãe, pai e bebê, adquirindo uma nova postura pessoal e profissional, aprofundando a compreensão sobre a experiência das mães e pais que necessitam de apoio e atenção frente a nova e inusitada situação que estão vivenciando, que é o nascimento prematuro de seu filho e as implicações que este fato tem para suas vidas.

O estar com estas mães e pais durante todo processo de cuidar e pesquisar oportunizou novos ensejos de *vir a ser*, tanto para os sujeitos, quanto para mim, como enfermeira.

Pode-se perceber por meio deste estudo que a experiência vivida pelas mães e pais na primeira e na segunda etapa do MC envolve uma ambiguidade de sentimentos que vai

evoluindo, a partir do diálogo vivido oportunizado pela enfermeira. Inicialmente, as mães e pais se deparam com a nova realidade, a internação na Unidade Neonatal, com momentos de muito medo, confusão e preocupação. Em seguida são inseridos em um contexto até então totalmente desconhecido, com o passar do tempo, e com as possibilidades oferecidas pela enfermeira, as mães e pais passam a sentirem-se mais inseridos no contexto do cuidado e do ambiente neonatal. Sendo assim, as mães e pais vão superando suas limitações e desenvolvendo cada vez mais seus potenciais para *vir a ser* junto com o recém-nascido e a equipe. Constata-se então, que é através do verdadeiro partilhar, que as mães e pais tem condições de romper suas barreiras limitantes e desenvolver estratégias para *vir a ser* mais.

A enfermeira auxilia as mães e pais a *ser mais* e a *estar melhor* durante todo o processo, desenvolvendo o diálogo vivido como uma poderosa ferramenta que a habilita a perceber os sujeitos por inteiro, a mostrar-se disponível e interessada nos movimentos de chamar/responder, a aprender a singularizar cuidados, bem como a envolver as mães e pais nos cuidados. Conclui-se que tanto as mães e os pais, quanto a enfermeira saem fortalecidos do processo, fazendo com que a experiência de ambos seja potencializada em busca do *estar melhor*.

Os resultados do estudo, apresentados na forma de artigos, buscaram responder aos objetivos da pesquisa. Ao responder o primeiro objetivo da pesquisa, ou seja, compreender o significado da experiência vivida pelas mães e pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e segunda etapa do Método Canguru, obtivemos duas categorias principais, com suas respectivas subcategorias. Categoria central 1: Os pais frente a uma realidade inusitada: o nascimento prematuro do filho, e a categoria central 2: O Método Canguru com as possibilidades de *vir a ser mais* e *estar melhor*. Estes resultados revelaram a experiência das mães e pais como positiva, apesar da dualidade de sentimentos experienciados. A segurança para a alta hospitalar, também foi um elemento contemplado, pois as mães e pais após vivenciarem a primeira e a segunda etapa do MC, demonstraram mais habilidades para cuidar de seus bebês no lar.

Para que pudéssemos identificar de que modo a enfermeira pode contribuir para promover o cuidado humanístico as mães e pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e a segunda etapa do Método Canguru, segundo objetivo deste estudo, apresentamos os resultados no artigo 3, sob as categorias: categoria 1: O encontro da Enfermeira com as mães e pais dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso: formando vínculos, categoria 2: O saber compartilhado da Enfermeira transmite segurança e dá suporte às mães e pais de recém-

nascidos pré-temos e de baixo peso, categoria 3: A presença que proporciona segurança e bem estar para mães e pais, favorecendo a permanência na segunda etapa do MC, categoria 4: O cuidado que proporciona bem-estar físico e emocional para os pais e mães e para o bebê, categoria 5: o cuidado mecanizado como barreira para o ser mais e o estar melhor das mães e pais na vivência do MC.

Percebe-se que a utilização da teoria humanística de Paterson e Zderad mostrou-se como um modelo que permite à enfermeira olhar para os pais e mães com os olhos do coração, com sensibilidade, colocando-se em seu lugar e entendendo-a em seu existir-no-mundo. Não existe uma receita a seguir, mas é preciso disposição para o diálogo vivido, que ocorre a partir do encontro verdadeiro, onde se estabelece a relação empática, através da presença genuína, percebe-se o chamado, e proporciona-se a resposta que leva ao bem-estar e ao estar melhor das mães e pais.

Os achados desta pesquisa se mostram relevantes, pois podem ser determinantes para o aprimoramento das práticas assistenciais, relacionadas ao cuidado das mães, dos pais e seus bebês internados no ambiente neonatal, visando às especificidades desta clientela.

Do ponto de vista do ensino em enfermagem neonatal, este estudo colabora para facilitar a compreensão de alunos e educadores com relação ao período de internação de mães, pai e bebê, fazendo com que percebam o ambiente neonatal e a prática do MC como uma rede que une aspectos positivos e complicadores, e que acompanha o universo vivenciado.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ARRUDA, D.C.; MARCON, S.S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto ao bebê prematuro com muito baixo peso, **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 4, jan./mar. 2007.

BORCK, M. **Terceira etapa do método mãe-canguru**: convergência de práticas investigativas e de cuidado no processo de adaptação de famílias com recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 196**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma de orientação para implantação do projeto canguru**. L. Pub. N. 693 de 5 jul. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual técnico**. 2. ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 427/GM/MS, de 22 de março de 2005**. Institui, a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 22/03/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 27/06/2011.

CAFÉ, L.; BRÄSCHER, M. Organização da informação e bibliometria. **R. Eletr. Ci. Inf.**, Florianópolis, n. esp., 1º sem. 2008.

CAMPOS, A.C.S.; CARDOSO, M.; LEITÃO, V.L.M. Aplicação da teoria de Paterson e Zderad com mães de recém-nascidos sob fototerapia. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 435-443, jul./set. 2004.

CARDOSO, M.V.L.L. **O cuidado humanístico de enfermagem à mãe da criança com risco para alterações visuais do neonato ao todler**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

CATTANEO, A.; DAVANZO, F. Recomendações para a implementação do cuidado mãe-canguru para bebês de baixo peso ao nascer. **Acta Pediatr**. São Paulo, v. 87, p. 440-445, 1998.

CHAGAS, D.O. *et al.* Comparação da adesão materna às orientações do método Mãe Canguru no pré e pós-alta do Hospital Sofia Feldman. **Rev Med Minas Gerais**, Minas Gerais, n. 21(1), p. 5-8, 2011.

CHARPAK, N.; CALUME, Z.F.; HAMEL, A. **O método mãe-canguru** – pais e familiares de bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Chile: McGraw Hill, 1999.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **Mestrados/Doutorados Reconhecidos**. Brasília: DF, 2010. Disponível em: <http://capes.gov.br>. Acesso em: 28 dez. 2018.

COSTA, R. **Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade neonatal**: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ERDMANN, A.L.; FERNANDES, J.D. Publicações científicas qualificadas na enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 499-501, ago. 2009.

ERDMANN, A.L. Education of specialists, masters, and doctorates in nursing: progress and prospects. **Acta Paul Enferm**, v. 22 (Especial-Nefrologia), p. 551-553, 2009.

FENILLI, R.M.; SANTOS, O.M.B. Analisando a teoria humanística de Paterson e Zderad para vislumbrar a enfermagem como diálogo vivo. **Rev. Nurs**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 30-34, ago. 2001.

FERRARI, AT. **Metodologia da pesquisa científica**. São Paulo (SP): Mcgraw-Hill, 1992.

FREITAS, J.O.; CAMARGO, C.L. Discutindo o cuidado ao recém-nascido e sua família no método mãe-canguru. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 16, n. 2, ago. 2006. Disponível em:

http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2012.

FURLAN, C.E.F.B.; SCOCHI, C.G.S.; FURTADO, M.C.C. Percepção dos pais sobre a vivência no método-mãe- canguru. **Rev Latinoam. Enferm**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 444-52, jul./ago. 2003.

GAIVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, jun. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300004>. Acesso em: 30 jan. 2011.

GRIBOSKI, R.A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.1, p. 107-14, jan./mar. 2006.

GUEDES, V.L.S.; BORSCHIVER, S. Bibliometria: uma ferramenta estatística para a gestão da informação e do conhecimento, em sistemas de informação, de comunicação e de avaliação científica e tecnológica. In: **Proceedings CINFORM** – Encontro Nacional de Ciência da Informação, 6, Salvador, 2005. Disponível em Informação 2005, 2010. Disponível em: <http://dici.ibict.br/archive/00000508/01/VaniaLSGuedes.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2011.

GUIMARÃES, G. P. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso no método mãe-canguru**: uma contribuição da enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

GUIMARÃES, G.P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 626-635, out./dez. 2007.

HURST, N.M. *et al.* Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. **J Perinatol.** v. 17, p. 213-217, 1997.

LAMY, Z.C. *et al.* Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Set. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300022>. Acesso em 22 dez. 2018.

MAIA, F.A.; AZEVEDO, V.M.G.O.; GONTIJO, F.O. Os efeitos da posição canguru em resposta aos procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão da literatura. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 370-373, 2011.

MARTINS, A.C.; MARTINS, M.F.L.; VAZ, M.J.R. Percepção de enfermeiras sobre o método mãe-canguru. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 16, p. 109-112, 2007.

MERCÊS, C.A.M.F.; ROCHA, R.M. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 470-475, jul./set. 2006.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 239-262, jul./set. 1993.

MONTICELLI, M. **O nascimento como rito de passagem**: abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

NASCIMENTO, E.R.P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 250-257, mar./abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200015. Acesso em: 09 abr. 2011.

O'CONNOR, N. Paterson and Zderard: humanistic nursing theory. In: MCQUISTON, C.M.; WEBB, A.A. **Foundations of nursing theory**: contributions' of 12 key theorists. Thousand Oaks: Sage, 1995.

OGUISSO, T.; TSUNECHIRO, M. A. História da Pós-Graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. spe, Dec. 2005.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000500005>. Acesso em 22 dez. 2018.

OLIVEIRA, N.F.S.; COSTA, S.F.G.; NÓBREGA, M.M.L. Diálogo vivido entre enfermeira e mães de crianças com câncer. **Rev. Elet. Enf.**, Goiânia, v. 08, n. 01, p. 99-107, 2006.

OLIVEIRA, M. E. de et al. **Cuidado humanizado**: possibilidades e desafios para a prática da enfermagem. 1 ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. 213 p.

OLIVEIRA, M.E. Mais uma nota para a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, M.E.; ZAMPIERI, M.F.M.; BRÜGGEMANN, O.M. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p. 121-125.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **8 objetivos do milênio**. 2000. Disponível em: <http://www.objetivosdomilenio.org.br/>. Acesso em: 03 jan. 2012.

PAULA, C.C. *et al.* O cuidado como encontro vivido e dialogado na teoria de enfermagem humanística de Paterson e Zderad. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 425-431, out./dez. 2004.

PATERSON, J.G.; ZDERAD, L.T. **Enfermería humanística**. México: Limusa, 1979.

PATERSON, J.G.; ZDERAD, L.T. **Humanistic nursing**. 2. ed. New York: National League for Nursing, 1988.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.B.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRAEGER, G.S.; PATERSON, J.G.; ZDERAD, L.T. In: PRAEGER S.G.; HOGARTH, C.R.; GEORGE, J.B. (org). **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, Capítulo 17, p. 241-251.

PRAEGER, G.S. PATERSON, J.G.; ZDERAD, L.T. In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (PEN/UFSC). **História do Programa**. Florianópolis 2011. Disponível em: <http://www.pen.ufsc.br/conteudo.php?&sys=bd&id=3>. Acesso 28 dez. 2019.

REICHERT, A.P.S.; LINS, R.N.P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Rev. Elet. Enf.**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 200-213, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>. Acesso em: 01 fev. 2012.

REY, E.; MARTÍNEZ, H. **Manejo racional del niño prematuro**. Bogotá (Colômbia): Universidad Nacional. Curso de Medicina Fetal, 1983.

ROLIM, K.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiração orotraqueal e coleta de sangue. **Rev. esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, dez. 2006.

ROLIM, K.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n.1, p.85-92, jan./fev. 2006.

ROVARIS, M.J.P.H. **Recém-nascido submetido ao Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP): a experiência das famílias e as contribuições da enfermeira**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SCHAURICH, D. *et al.* Utilização da teoria humanística de Paterson e Zderad como possibilidade de prática em enfermagem pediátrica. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 9, n. 2, p. 265-270, ago. 2005.

SILVA, L.J.; SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M.M. Tecnologia e humanização na unidade de terapia intensiva neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.43, n. 3, p. 684-649, 2009.

SOARES, M.C.; SANTANA, M.G.; SIQUEIRA, H.C.H. O cuidado de enfermagem no cotidiano das enfermeiras (os) autônomas (os) à luz de alguns conceitos da Teoria Humanística de Paterson e Zderad. **Texto Contexto Enferm**, v. 9, n. 2, p. 106-117, mai./ago. 2000.

TOMA, T.S. Método mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares o sucesso do programa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19 (Supl. 2), p. S233-S242, 2003.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRONCHIN, D.M.R.; TSUNECHIRO, M.A. A experiência de tornarem-se pais de prematuros um enfoque etnográfico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 49-54, jan./fev. 2005.

VENANCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método mãe canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2004, v. 80, n. 5 (Supl.), p. S173-S180, 2004.

XAVIER, C.C. **O método cuidado mãe canguru**. Belo Horizonte: Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG, 2004. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/edump/ped/canguru.htm>. Acesso em: 01 fev. 2012.

WIGERT, H. *et al.* Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. **Scand J Caring Sci.**, v. 20, n. 1, p. 35-41, mar. 2006.

WERNET, M.; ÂNGELO, M. A enfermagem diante das mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-235, abr./jun. 2007.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
Tel. (48) 3721.9480 - 37219399 Fax (48) 37219787
E-mail: nfr@nfr.ufsc.br
Homepage: www.nfr.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ RG _____
residente na rua _____,

abaixo assinado(a), fui informado(a) que está sendo realizada uma pesquisa cujos objetivos são compreender o significado da experiência vivida pelos pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e segunda etapa do Método Canguru e identificar de que modo a enfermeira pode contribuir para promover o cuidado humanístico aos pais de recém-nascidos que vivenciam a primeira e segunda etapa do método canguru. Esse estudo pretende colaborar na compreensão da vivência nesta etapa do Método Canguru na visão dos pais/mãe dos recém-nascidos.

Fui esclarecido (a) de que não estarei correndo nenhum risco decorrente de estar participando da pesquisa, assim como não estarei sujeito a nenhum prejuízo a minha pessoa ou para o meu filho recém-nascido.

Fui esclarecido (a) de que serei entrevistado (a), sendo que a entrevista poderá ser gravada e posteriormente transcrita. Foi-me assegurado que meu nome será mantido em sigilo durante toda a pesquisa e que após o término, os dados coletados serão utilizados apenas para fins desta pesquisa e acadêmicos.

Fui informado (a) de que minha participação na pesquisa é voluntária, poderei me negar a responder qualquer pergunta que não deseje e que tenho direito a desistir de participar desta pesquisa em qualquer momento. Caso desista de participar, não serei prejudicado (a) quanto à minha presença no hospital, como acompanhante ou visitante, e também não haverá prejuízo no cuidado a meu filho, o qual estou acompanhando.

A pesquisa fará parte da Dissertação de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina intitulada “Experiência vivida pelos pais de recém-nascidos na primeira e segunda etapa do Método Canguru” será realizada pela mestrandia Cláudia Koch Geremias (pesquisadora principal) e orientada pela Profa. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos (pesquisadora responsável).

Após todos os esclarecimentos necessários, se for de minha vontade, participarei da pesquisa, e assinarei este documento, em duas vias, sendo que uma delas fica em meu poder, e a outra via permanece com as pesquisadoras.

Para qualquer esclarecimento, poderei procurar a Enfermeira Cláudia Koch Geremias (pesquisadora principal) no Serviço de Neonatologia do Hospital Universitário, no período das 7:00 às 13:00 horas ou através pelos telefones (48) 8426-6699 e (48) 3721-8032 ou pelo email claudinha.geremias@gmail.com, ou a Profª. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos no Departamento de Enfermagem da UFSC, no período de 8:30 às 18:00 horas ou pelos telefones: (048) 9969-0135 e 3721-9480.

Florianópolis, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do Pai

Assinatura da Mãe

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B – Roteiro guia para o diálogo vivido

EU-TU, EU-ISSO, EU-NÓS, “*estar com*” e “*fazer com*”, visando o *bem-estar* e o *estar melhor*.

- **Na sala de cuidados intermediários – na primeira etapa do MC e preparando-os para serem transferidos para a segunda etapa no Alojamento Canguru**

Data:

Local:

Horário:

1. Questionamentos Importantes:

Me apresentar, pedir para que os pais se apresentem, que digam seus nomes, o que fazem. De onde vêm? É longe? Moram com quem? Como chegaram até aqui? Têm outros filhos? Com quem deixaram as outras crianças? Trabalham fora? Como se sustentam? O que você está sentindo? Como foi o nascimento desse bebê? O que sentiram quando souberam que o bebê iria nascer antes do tempo? Quando o bebê nasceu logo foi separado dos pais? Como se sentiram em relação a isso? Quando ouviram falar sobre o Método Canguru? Como se sentiram quando foram convidados a aplicar o Método? Quando, por quem e como foram informados sobre a passagem para a segunda etapa do MC? Vocês têm alguma dúvida sobre a segunda etapa do MC? Consideram estar preparados para vivenciar a segunda etapa do MC? Já conhecem a área da unidade destinada para o alojamento canguru?

2. Linguagem verbal utilizada pelos pais

2.1. Quem fala?

() Mãe

() Pai

2.2. De que maneira eles falam?

2.3. Limitam-se a responder aos questionamentos ou procuram estabelecer um diálogo?

3. Linguagem não-verbal utilizada pelos pais

3.1. Expressões (facial e corporal) dos pais

- Sorri ()
- Movimenta o corpo ()
- Balança o corpo constantemente ()
- Esfrega as mãos ()
- Franze a testa ()
- Rói unhas ()
- Chora ()
- Manuseia objetos ()
- Fecha os olhos ()
- O rosto mostra-se crispado ()
- Passa a mão nos cabelos constantemente ()
- Estabelece muitos momentos de silêncio ()
- Apresenta linguagem gestual exacerbada ()
- Outros ()

- **No Alojamento Canguru (Segunda etapa do MC)**

Nova realidade

1. Questionamentos importantes

Quanto tempo o bebê permaneceu na UTI? Como foi ter seu filho internado na UTI? Quanto tempo o bebê permaneceu na sala de cuidados intermediários? Como foi ficar lá? Gostaram da mudança para o alojamento canguru? Como se sentem no alojamento canguru? E em relação ao bebê? Quais atividades desenvolvem na segunda etapa do MC? Realizam cuidados com seu bebê? Quais são estes cuidados? Como se sente ao realizar estes cuidados? Como é realizar a posição canguru? Como se sentem ao realizar a posição com seu bebê? Como você consegue se organizar para ficar 24hs na unidade? Existe alguma rede de apoio para te dar suporte? Você sente-se segura/seguro para realizar os cuidados com seu bebê? Você tem dúvidas frequentes? Em caso de dúvidas quem as esclarece na segunda etapa? Quem lhe ajuda/estimula a realizar a posição canguru na segunda etapa?

2. Linguagem verbal utilizada pelos pais

2.1. Quem fala?

Mãe

Pai

2.2. De que maneira eles falam?

2.3. Limitam-s a responder aos questionamentos ou procuram estabelecer um diálogo?

2.4. Demonstram ter dúvidas referentes à nova rotina de cuidados

3. Linguagem não-verbal utilizada pelos pais

3.1. Expressões (facial e corporal) dos pais

Sorri ()

Movimenta o corpo ()

Balança o corpo constantemente ()

Esfrega as mãos ()

Franze a testa ()

Rói unhas ()

Chora ()

Manuseia objetos ()

Fecha os olhos ()

O rosto mostra-se crispado ()

Passa a mão nos cabelos constantemente ()

Estabelece muitos momentos de silêncio ()

Apresenta linguagem gestual exacerbada ()

Outros ()

4. Maneiras como os pais chamam e atendem aos *chamados* do RN

olhando

sorrindo

chorando

tocando

conversando

demonstrando segurança

- tocando cuidadosamente
- demonstra apreensão
- nervosismo
- com preocupação
- solicitando um profissional
- outra. Qual?

- **Preparação para a alta hospitalar**

- 1. Questionamentos importantes:**

Como se sentem em relação a alta? Consideram-se preparados para a alta hospitalar? Estão felizes com esta nova etapa? Tem alguma dúvida sobre como realizar o Método no domicílio? Sabem a quem recorrer em caso tenham dúvidas? Consideram que a vivência da segunda etapa do MC proporcionou preparo e segurança para a alta? Gostariam de relatar algo?

- 2. Linguagem verbal utilizada pelos pais**

- 2.1. Quem fala?**

- Mãe
- Pai

- 2.2. De que maneira eles falam?**

- 2.3. Limitam-se a responder aos questionamentos ou procuram estabelecer um diálogo?**

- 2.4. Demonstram ter dúvidas referentes à nova rotina de cuidados**

- 3. Linguagem não-verbal utilizada pelos pais**

- 3.1. Expressões (facial e corporal) dos pais**

- Sorri
- Movimenta o corpo
- Balança o corpo constantemente
- Esfrega as mãos
- Franze a testa

Rói unhas ()

Chora ()

Manuseia objetos ()

Fecha os olhos ()

O rosto mostra-se crispado ()

Passa a mão nos cabelos constantemente ()

Estabelece muitos momentos de silêncio ()

Apresenta linguagem gestual exacerbada ()

Outros ()

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria da Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina

Certificado

<https://sistema.cep.ufsc.br/certificado/certificado...>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 1934

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o pedido ao Regulamento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com as resoluções estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 1934 FR: 418481

TÍTULO: EXPERIENCIA VIVIDA PELOS PAIS DE RECIEM-NASCIDOS NA SEGUNDA ETAPA DO METODO CANGURU.

AUTOR: Evangelina Kozias Atherino dos Santos, Cláudia Koch Góremeis

FLORIANÓPOLIS, 25 de Abril de 2011

Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Pereira de Souza

ANEXO B – Guia de Orientações para a Família Canguru

Família Canguru

Guia de Orientações



As
Aventuras
de um
Bebê
Prematuro: **EU!**



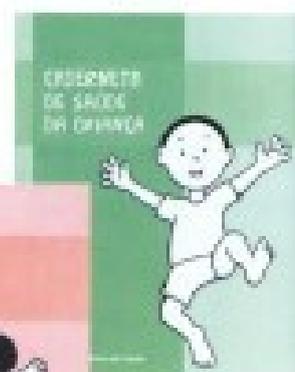
Ministério do
Desenvolvimento, Indústria
e Comércio Exterior





Mamãe, Papai e toda Minha Família!

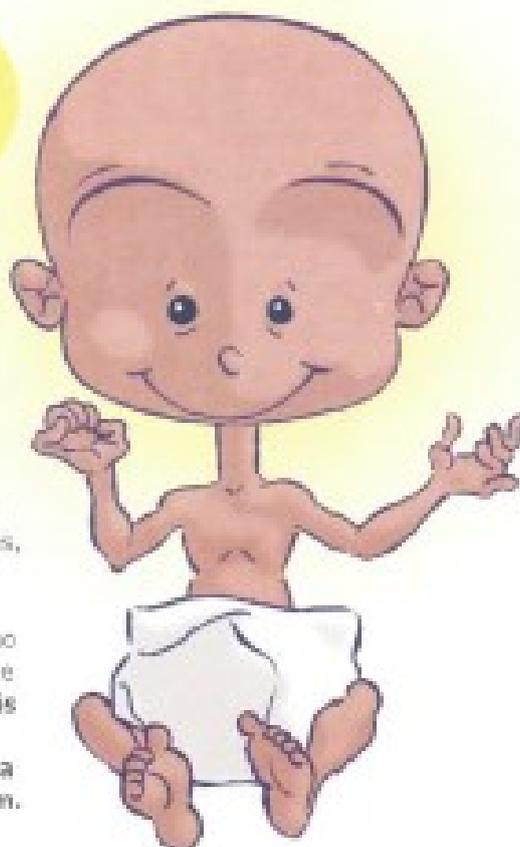
Eu quero dizer que amo
muito vocês e que preciso
de muito amor e atenção.
Eu estou muito feliz por
fazer parte desta família.
Nós sabemos que é
preciso grande esforço
neste momento.
Mas nós vamos conseguir!
Muitos beijos e abraços!



Ah! Lembre de me levar,
**na primeira semana de
vida com a caderneta
de saúde da criança**, a
unidade de saúde para
fazer o teste do pezinho
e ser avaliado por um
profissional de saúde

Beijinhos,
Eu

Oi Família!
Cheguei !!!



-Eu sei que vocês estavam me esperando com 9 meses, mas cheguei antes!!! Agora nós precisamos nos conhecer, porque, como nasci prematuro, preciso de alguns **cuidados especiais** e posso ser um pouco diferente do que a forma como vocês imaginaram.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Lei Nº 8.069 de 13/07/1990:

"Art. 12. OS ESTABELECIMENTOS DE ATENDIMENTO À SAÚDE DEVERÃO PROPORCIONAR CONDIÇÕES PARA A PERMANÊNCIA EM TEMPO INTEGRAL DE UM DOS PAIS OU RESPONSÁVEL, NOS CASOS DE INTERNAÇÃO DE CRIANÇA OU ADOLESCENTE."

Site do Método Mãe Canguru: www.metodomaecanguru.org.br

Guia de Orientação para a FAMÍLIA CANGURU

Criação e Produção: Dóris Elias / Cigarro eirela.com.br
Foi feita com base no conteúdo do
"Manual Técnico de Atenção Humanizada ao Recém Nascido
de Baixo Peso - Método Mãe Canguru"
publicado pelo Ministério da Saúde, BADES e Fundação Orla

ISBN 95-334-0489-1



Rede de Apoio, queremos agradecer à Fundação Orla pelo apoio para desenvolver este projeto. Disponível também às famílias que adotarem este livro, sendo, gratuito de muitos outros...

A bebê ou o bebê nasceu prematuro e/ou baixo peso.

O que é isso?

Olhem para mim:

•Sou pequeno.



•Meu pulmão ainda não está fortalecido.



•Não consigo manter meu corpo aquecido.



•Às vezes posso esquecer de respirar. Fico pálido e até meio roxo.



•Muitas vezes regurgito. Quer dizer, o leite volta do estômago para a boca.



...z z z z z z z z z z ...

«Durmo muito...



«Às vezes não sei sugar o peito...
Mas vou aprender!»



«Tenho possibilidade de ficar doente com mais facilidade e ter infecções.»



«Tenho possibilidade de ter anemia.»



«Não gosto de ficar sozinho.»

A enfermeira, o médico,
o psicólogo, o assistente social,
o fonoaudiólogo, estão
à sua disposição para ajudar,
apoiar e esclarecer suas
dúvidas.
Não tenha vergonha!
Pergunte quantas vezes
forem necessárias até ter
certeza que entendeu tudo.



Ainda não posso ficar no quarto com a Mamãe...
Mas gosto muito, muito, muito, quando a Mamãe e o Papai
vêm me visitar. Me tocam... falem comigo... Ah, como é bom!
É eu ainda nem consigo dizer isso para vocês...
Peça para um funcionário levar vocês até a UTI neonatal o
mais cedo possível!

Para eu conseguir vencer esse momento da minha vida, preciso muito de vocês.
Só vocês podem me ajudar com o **Método Mãe Canguru (MMC)**.
Este método tem mostrado resultados positivos na recuperação da saúde de bebês prematuros e/ou baixo peso no mundo todo.

O que é a posição canguru?

-Fico em contato pele a pele com o peito da Mamãe ou do Papai, amarrado com uma faixa, em posição vertical. Como se estivesse em pé.



-Quando eu estiver em posição canguru, devo estar vestido somente com fralda, touca e meias.

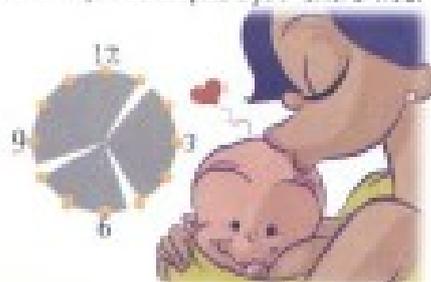


Quais são as vantagens do método?



-Aumenta o amor entre eu e vocês.
E entre vocês e eu!!

-Diminui o tempo de separação entre nós.



-Posso ficar menos tempo internado.



-Vocês perdem o medo
de cuidarem de mim.
Ficam mais confiantes
e seguros.



• Amamentação mais e durante um tempo mais longo.



• Ganho peso mais rápido.



• Eu recebo calor, ficando sempre aquecido e mais calma na posição canguru.

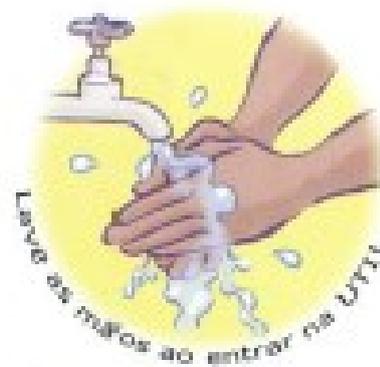
- Tenho menor chance de pegar infecção hospitalar.
- Tenho menor risco de ter problemas após a alta.



Etapa 1:

- Começando o MMC!

- Vocês podem começar indo à UTI com frequência.
- À presença de vocês me sinto FELIZ e eu me recupero mais rápido.



- Me dêem um nome!
Conversarem comigo.

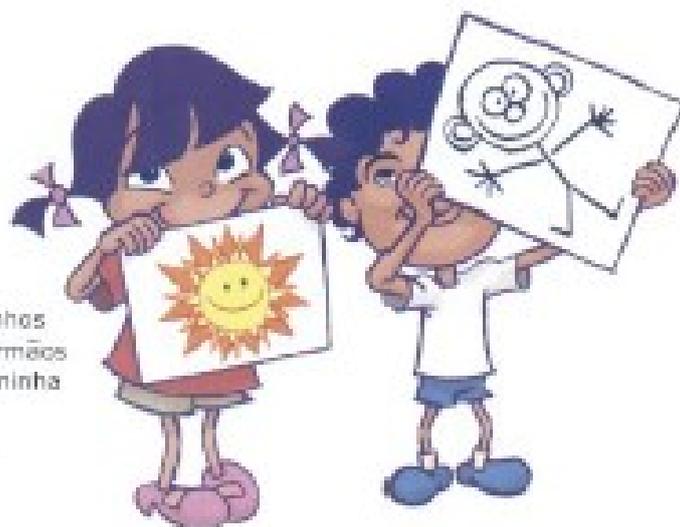
- Me toquem ainda dentro da incubadora. Coloque a mão inteira, firme e acolhedora.



NOME: _____



• Com orientação adequada, a Mamãe e o Papai começam a fazer o MMC comigo aqui na UTE.



• Que tal trazer desenhos seus ou dos meus irmãos e colocar perto de minha incubadora?
Eu sinto o carinho!

Etapa 2:
-Estamos
treinando
para irmos
para casa.

Legal! Já posso
ficar na Unidade
Canguru
com a Mamãe!



45°



45°

Esta é a posição correta para eu ficar com a Mamãe, quando ele deixar comigo: em contato com seu corpo, ela fica quase sentada, mais ou menos a 45°.



Nunca devo ser colocado na posição horizontal, pois posso engasgar ou me sufocar com o leite que volta.



Nunca devo dormir ao seu lado na cama.



E nem solto sobre vocês.



Mamãe pode trocar a minha fralda e me dar banho.

Enrolado em uma fralda ou toalha, me coloque na banheira lentamente, de modo que fique submerso até o pescoço.



Meu banho:



Aos poucos vá descobrindo meu corpo. Inicie o banho pelo rosto, sem sabão. Continue o banho de forma tranquila, lavando meu pescoço, meus braços.....conversando comigo.



Enrole-me em uma toalha macia, secando a pele com movimentos suaves e compressivos, sem friccioná-la.



Sem demora me coloque em contato pele a pele, em posição canguru.

Como trocar a minha fralda?



-Ohh, fiz cocô!



-Tãh, fiz xixi!!

Devo ficar com a cabeça mais elevada que o corpo.



Devo ser rolado lateralmente, de um lado para outro, com delicadeza. Retire a fralda e faça a higiene.



Nunca eleve as minhas pernas, pois posso regurgitar e aspirar leite para o pulmão.

Sinais de que não estou bem!!

Observe estes sinais e peça auxílio:



•Se estou roxo ou com os lábios rosos.



•Se estou pálido.



•Se tenho dificuldade para respirar.



•Se não quero mamar.



•Se fico muito tempo parado, quieto e apático.



•Se estou frio.

•Outros sinais que lhe chamem atenção.

•Mamãe, fique alerta! Mas mantenha sua calma.





Mamãe, participe de meus cuidados. É muito importante para nós dois!

Se você ficar com as costas doloridas, cansada, com saudades de casa, lembre-se que praticar o canguru me ajuda a recuperar mais rápido e ir para casa mais cedo. Depois de algum tempo eu vou crescer e não vou precisar mais praticar o canguru.

Papai, Vovó e toda Nossa Família!



Vocês não precisam ter medo de cuidar de mim. Sou frágil, mas não sou de vidro!!!
Eu e a Mamãe precisamos muito de vocês: Nos ajudem a praticar a posição canguru! O Papai pode fazer o canguru comigo a noite, fim de semana e sempre que quiser!
O apoio e ajuda de vocês vai evitar que a Mamãe fique cansada. Vocês são importantes e podem aprender aqui no hospital como me colocar na posição canguru.

Aleitamento materno:



Você sabia ?

Que o seu leite é o melhor e mais forte alimento que existe.
Que ele me protege de muitas doenças e me faz crescer forte e saudável.

Que me ajudará a vencer meus problemas de saúde.

Que o leite da mãe de prematuro é o mais indicado para bebê prematuro.

Quanto mais eu mamar ou você retirar leite do peito, mais leite será produzido.

Peça ajuda à enfermagem ou ao Banco de Leite Humano.

Etapa 3:
- Canguru em casa.



Agora eu estou pronto para entrar na 3ª etapa do canguru.

E minha Mamãe também!

Você já conversou sobre quem da nossa família vai nos ajudar em casa?
É bom que isso já esteja resolvido antes de sairmos do hospital.



Em casa eu preciso ficar na posição canguru durante **o maior tempo possível!** Do contrário, corro o risco sério de ter problemas respiratórios, não manter a tem peratura do corpo, aspirar leite, perder peso. E outros perigos... Quando você ficar cansada, me deixe fazer canguru em outro colinho!



Eu recebi alta, mas devemos ir para as consultas médicas idealmente:

Na 1ª semana, 3 vezes (de 2 em 2 dias)

Na 2ª semana, 2 vezes (de 3 em 3 dias)

A partir da 3ª semana, voltaremos pelos menos 1 vez por semana, até eu completar 2500 g.

Se necessário voltaremos mais vezes!

	D	S	T	Q	Q	S	S
1ª semana							
2ª semana							
3ª semana							

Viu? Nós vamos ter que voltar diversas vezes ao hospital. Precisamos de ajuda para o transporte?

Sim? Então converse francamente com a equipe do hospital.

Abra seu coração. Procure a assistente social, a secretária de saúde, a prefeitura.

Eles precisam saber como são necessários e importantes estes retornos e nos ajudar.



Nunca poderemos faltar nas consultas, mesmo que eu esteja bem de saúde.

E não poderemos abandonar o ambulatório até que o médico me dê alta definitiva.