

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

GISELE PERIN GUIMARÃES

**A FORMAÇÃO DO APEGO PAIS/RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO
E/OU DE BAIXO PESO NO MÉTODO MÃE-CANGURU: UMA
CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM**

**FLORIANÓPOLIS-SC
DEZEMBRO 2006**

GISELE PERIN GUIMARÃES

**A FORMAÇÃO DO APEGO PAIS/RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO
E/OU DE BAIXO PESO NO MÉTODO MÃE-CANGURU: UMA
CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM**

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.

ORIENTADORA: Dra. Marisa Monticelli

Florianópolis - SC
Dezembro 2006

GISELE PERIN GUIMARÃES

A FORMAÇÃO DO APEGO PAIS/RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E/OU
DE BAIXO PESO NO MÉTODO MÃE-CANGURU: UMA
CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 04 de dezembro de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
- Coordenadora do Programa -

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Marisa Monticelli
- Presidente -

Dra. Ilca Luci Keller Alonso
- Membro -

Dra. Telma Elisa Carraro
- Membro -

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, **Edithe**, por ter reservado todo seu sofrimento até meu ingresso no Mestrado; pela força, otimismo e amor à vida que certamente me impulsionou a concretizar este estudo. Obrigada por me mostrar que nenhum problema é maior do que a gente, e que Deus, independente da situação, está segurando nossas mãos e nos guiando. Te amo e sempre vou me lembrar de suas sábias palavras.

AGRADECIMENTOS

No decorrer desses dois anos de dedicação exclusiva ao mestrado, muitas pessoas estiveram presentes, incentivando, apoiando e compartilhando saberes. Assim, gostaria de deixar registrado meu reconhecimento e agradecimento a todos.

Agradeço à força divina, por ter me amparado em todos os momentos de felicidade e principalmente, os de angústia. Sei que em muitos momentos havia somente duas pegadas na areia, pois certamente estava sendo carregada em seus braços.

Meu agradecimento, à minha orientadora, Dra. Marisa Monticelli, por toda sabedoria compartilhada, pelas dicas, e pelo seu grande olhar científico, que me fez crescer tanto pessoalmente quanto profissionalmente, mostrando o verdadeiro rigor da ciência e da essência da vida.

Ao meu esposo Sílvio, por ter me incentivado desde quando apenas idealizava o mestrado em minha vida, até o último minuto desta etapa, agüentando todos os desabafos. Te amo e te admiro.

Ao meu pequeno Lucas, que soube continuar me amando incondicionalmente, apesar dos momentos em que não pude estar junto de você para brincarmos, irmos ao parque, às festinhas, e pelas vezes que a mamãe estava meio intolerante. Sem dúvida você é a razão da minha existência.

Aos meus pais, Aldo e Edithe, aos meus irmãos Jeferson e Jackson, que independente de qualquer coisa, até mesmo da distância, sempre estavam compartilhando constantemente este caminhar, mesmo quando a dor e o sofrimento entraram em nossas vidas sem esperar.

Às amigas e colegas que fazem parte do meu dia-a-dia, em especial à Daniela, pelos momentos de descontração e pelas palavras de incentivo que me motivaram neste caminhar.

Às novas “famílias prematuras”: Rosa, Cravo e Amor-perfeito; Nuvem, Céu, Estrela e Lua; Coala, Leão e Gatinha, meu eterno agradecimento. Sem a participação de vocês não teria conseguido atingir todas as minhas metas. Todos, sem dúvida, me fizeram ter um novo olhar frente à hospitalização na unidade neonatal, e principalmente por me mostrarem que apesar de todas as dificuldades que acompanham a prematuridade, o amor materno e paterno para com o filho, prevalece.

À toda equipe de saúde neonatal do HU/UFSC, por permitirem que adentrasse neste ambiente, sem subestimarem a importância do desenvolvimento desta pesquisa. Agradeço em especial às enfermeiras Roberta, Melissa, Janaína, Márcia Borck, Márcia Jordão e Iracema, pelos muitos momentos em que pudemos compartilhar idéias, e por manterem minha ligação com os pais e bebês, mesmo quando ausente.

Às Dras. Ilca Luci Keller Alonso, Telma Elisa Carraro, Astrid Eggert Boehs, Coleta Rinaldi Althoff e a doutoranda Maria Emília de Oliveira, componentes da banca examinadora, por terem aceitado avaliar este estudo e por terem contribuído com valiosas sugestões, possibilitando a concretização desta pesquisa.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por terem acreditado na relevância do tema para o universo neonatal; pela presteza com que sempre fui recebida e guiada nos momentos de dúvidas.

À Dra. Maria Aparecida Crepaldi, por ter iluminado inicialmente meu caminho na psicologia do desenvolvimento.

À Dra. Kenya Schmidt Reibnitz, pelo acolhimento e pelas palavras de conforto.

À toda turma do Mestrado 2005, pelas boas risadas, pela troca de experiência e incentivo mútuo nesta jornada. Valeu a pena! Sucesso à todas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pelo apoio financeiro.

Às amigas e colegas da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras – ABENFO, em especial à Mila, por compreenderem minhas ausências e terem incentivado todo o caminhar.

Aos integrantes do Núcleo de Estudos em Educação Popular e Saúde – NEPEPS, por terem aberto o caminho em busca deste sonho.

Enfim, à tudo e à todos que estiveram ao meu lado nestes anos de dedicação à ciência, meu muitíssimo OBRIGADA! Afinal,

*“Há duas formas para viver sua vida.
Uma é acreditar que não existe milagre.
A outra é acreditar que todas as coisas são um milagre”*
(Albert Einstein)

RESUMO

GUIMARÃES, Gisele Perin. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 309f.

Trata-se de Pesquisa Convergente-Assistencial com os objetivos de compreender as percepções dos pais a respeito da aproximação precoce com o filho nascido pré-termo e/ou com baixo peso durante a prática do Método Mãe-Canguru e identificar e analisar quais os aspectos promotores e complicadores do processo de formação do apego entre os pais e os recém-nascidos durante esta prática. A Teoria do Apego e a Teoria da Adaptação subsidiaram toda a trajetória da pesquisa, que foi desenvolvida na unidade neonatal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Os sujeitos foram três casais e seus filhos nascidos pré-termo e/ou de baixo peso que estavam aptos a praticarem o Método no momento da coleta de dados. A coleta de dados foi realizada através do processo cuidativo em enfermagem, utilizando-se técnicas de observação participante (técnica principal) e entrevista focalizada (técnica complementar). A análise foi realizada seguindo-se quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Desta análise emergiram cinco categorias relacionadas aos aspectos promotores da formação do apego: 1) Preliminares da formação do apego: o percurso vivenciado antes de chegar à unidade neonatal, 2) Atenção e acolhimento da equipe neonatal, 3) Participar ativamente do cotidiano da unidade, 4) Trocar experiências com outros pais que vivenciam situações similares, e 5) Ter a oportunidade de (re) conhecer-se no papel de mãe, de pai e de filho; e seis categorias relacionadas aos aspectos complicadores da formação do apego: 1) Dificuldade inicial para ultrapassar o desafio de serem pais prematuros, 2) Equipamentos e ações da equipe neonatal frustrando a aproximação pai-mãe-filho, 3) Desconhecimento e inabilidade dos pais com relação à imaturidade do RN para iniciar e manter o processo de amamentação, 4) Entre a vontade de permanecer na instituição e a saudade de casa: conflitos permanentes e persistentes durante o processo de hospitalização, 5) Múltiplas, intensas e complexas demandas para cuidar do bebê ou o cansaço materno/paterno e as especificidades do cuidado ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, e 6) Insegurança dos pais ao levar o recém-nascido para casa. Os resultados apontam as principais facilidades e dificuldades que a mulher e o homem apresentam ao terem que enfrentar o nascimento prematuro do filho e a necessidade de permanecerem por período prolongado no ambiente neonatal, enfatizando a situação conflituosa e ambígua vivenciada pelos mesmos, diante do nascimento precoce. Destaca também a necessidade de que a equipe neonatal favoreça o desempenho precoce da maternagem e da paternagem. Este estudo evidencia ainda o papel que os profissionais, em especial os de enfermagem têm, de promoverem a inserção dos pais em todo o contexto que envolve a prematuridade, bem como no cuidado direto ao recém-nascido, favorecendo o apego seguro e, particularmente, destaca o papel da enfermeira como sendo a articuladora e tutora do processo de cuidar da aproximação pais-filhos durante a vigência do Método Mãe-Canguru, bem como, as relevâncias para o ensino e para a pesquisa na área neonatal.

Palavras-chave: Método Mãe Canguru; Enfermagem neonatal; Apego; Prematuro; Terapia intensiva neonatal.

ABSTRACT

GUIMARÃES, Gisele Perin. **Attachment formation between parents/ just-born pre-term and/or underweight child, using the kangaroo method. A contribution to the nursing.** 2006. Dissertacion (Master in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis.309f.

It regards to a Convergent-supportive research where the objective was to understand the parents' perception about the approximation to the premature and/or underweight child during the practice of the Kangaroo method, and to analyze and identify the promoting and complicating factors related to creating the bond between parents and just-born during this practice. The references to the Approach Theory and the Adaptation Theory subsidized the entire research trajectory, which was developed in the Neonatal Unity at the Universidade Federal de Santa Catarina University Hospital. The participants were three couples with their premature and/ or underweight children. All were considered apt to participate in the practice of the studied method at the time of data collection. Data collection was performed through the caring process in nursing, basically, applying participating observation techniques (main technique) and focused interviews (complementary technique). The analysis of information collected during the development of the caring process was based on four generic processes: collection, summarization, theorization and transferring. From this analysis, five categories related to the promoting aspects of the attachment, emerged: 1) Preliminaries on the attachment formation: the journey experienced before arriving at the neonatal unity, 2) Attention and caring of the neonatal staff, 3) Actively participation in the neonatal daily routine; 4) Experiences exchange with other parents in the same situation, and 5) Opportunity to identify itself in the mother, father and child rolls; Six categories were found in the complicating factors in the attachment formation: 1) Difficulty overcoming the fact of being the parents of an premature child, 2) Equipments and actions taken by the neonatal staff frustrating the approximation father-mother-child, 3) Parents' lack of knowledge and inability in regards to the premature incapacity to initialize and maintain the feeding process, 4) Desire to stay at the Institution and, at the same time, the wish to go home: permanent and persisting conflicts during the hospitalization process, 5) Multiple, intense and complex demands with the baby's caring process or maternal/paternal exhaustion and the details in the caring of a premature and or low weight just-born baby, and 6) Parental insecurities when taking the just-born baby home. The results pointed out the main facilities and difficulties experienced by the woman and the man when facing the birth of a premature child and the need to stay for long periods of time at the neonatal environment, which emphasizes the conflicting and ambiguous situation being experienced by the parents of a premature baby. It is emphasized the need for the neonatal team to promote the early development of parenthood. The study also evidenced the importance of the professionals' roll, in particular the nurse, with the parents' insertion to the entire context involving the premature, as well as, in the direct caring of a just-born baby which favors a secure attachment. Particularly, emphasizing the nurse's roll as the articulator and tutor of the caring process of approaching parents-child during the practice of the Kangaroo method, as well as, the relevances for the teaching and researching in the neonatal field.

Keywords: Kangaroo Method; Neonatal nursing; Attachment; Premature; Neonatal intensive care.

RESUMEN

GUIMARÃES, Gisele Perin. **La formación del apego padres/recién nacido pretérmino y/o de bajo peso en el método Madre-Canguro: una contribución de la enfermería.** 2006. Disertación (Master en Enfermería) – Programa de Post-Graduación de Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 309f.

Se trata de una Investigación Convergente-Assitencial, con el objetivo de comprender las percepciones de los padres con respecto a la aproximación precóz con el hijo nacido en pretérmino y/o con bajo peso durante la práctica del Método Madre-Canguro; e identificar y analizar cuales son los aspectos promotores y complicadores del proceso de formación del apego entre los padres y los recién nacidos durante esta práctica. La Teoría del Apego y la Teoría de la Adaptación subsidiaron toda la trayectoria de la investigación que fue desarrollada en la unidad neonatal del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina. Los sujetos fueron tres parejas y sus hijos nacidos en pretérmino y/o de bajo peso, que estaban aptos para practicar el método en el momento de la recolección de los datos. La recolección de los datos fue realizada a través del proceso cuidativo en enfermería, utilizando las correspondientes técnicas de observación participante (técnica principal) y entrevista focalizada (técnica complementaria). El análisis fue realizado siguiendo cuatro procesos genéricos: aprensión, síntesis, teorización y transferencia. De este análisis surgieron cinco categorías relacionadas a los aspectos promotores de la formación del apego: 1) Preliminares de la formación del apego: el transcurso vivenciado antes de llegar a la unidad neonatal, 2) Atención y acogimiento del equipo neonatal, 3) Participar activamente de lo cotidiano de la unidad, 4) Intercambiar experiencias con otros padres que vivencian situaciones similares, y 5) Tener la oportunidad de (re) conocerse en el papel de madre, de padre, de hijo; y seis categorías relacionadas a los aspectos complicadores de la formación del apego: 1) Dificultad inicial para ultrapasar el desafío de ser padres prematuros, 2) Equipos y acciones del grupo neonatal frustrando la aproximación padre-madre-hijo, 3) Desconocimiento e inhabilidad de los padres en relación a la inmadurez del RN para iniciar y mantener el proceso de amamentación, 4) Entre el deseo de permanecer en la institución y el echar de menos de casa: conflictos permanentes y persistentes durante el proceso de hospitalización, 5) Múltiplas, intensas y complejas demandas para cuidar del bebé, o el cansancio materno/paterno y las especificidades del cuidado recién nacido pretérmino y/o de bajo peso, y 6) Inseguridad de los padres al llegar al recién nacido para casa. Los resultados apuntan las principales facilidades y dificultades que la mujer y el hombre presentan al tener que enfrentar el nacimiento prematuro del hijo y la necesidad de permanecer por un período prolongado en la unidad neonatal, enfatizando la situación conflictuosa y ambigua vivenciada por los mismos, ante el nacimiento precóz. Destaca también la necesidad de que el equipo neonatal favorezca el desempeño precóz del maternaje y del paternaje. Este estudio evidencia todavía el papel que los profesionales, y en especial los de enfermería tienen; de promover la inserción de los padres en todo el contexto que envuelve la prematuridad, así como en el cuidado directo del recién nacido, favoreciendo el apego seguro y particularmente, destaca el papel de la enfermera como la articuladora y tutora del proceso de cuidar de la aproximación padres- hijos durante la vigencia del Método Madre- Canguro, así como, las relevancias para el ensino y para la investigación en el área neonatal.

Palabras-claves: Método Madre-Canguro, Enfermería neonatal, Apego, Prematuro, Terapia intensiva neonatal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	29
2.1 O recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso: aspectos maturacionais que podem interferir na aproximação pais-bebês.....	29
2.2 O ambiente neonatal no processo de aproximação pais-bebê.....	43
2.3 Significados e sentimentos expressos pelos pais de recém-nascidos pré-termo e /ou de baixo peso.....	51
2.4 estratégias apontadas pela literatura para a promoção da aproximação da tríade mãe-pai-recém-nascido pré-termo e/ ou de baixo peso.....	57
2.5 O método mãe-canguru no favorecimento do apego.....	62
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	72
3.1 Abordagem teórica sobre a formação do apego.....	73
3.2 Abordagem teórica sobre a adaptação.....	78
3.3 Marco conceitual.....	85
3.3.1 Pressupostos da teoria da adaptação e do apego.....	86
3.3.2 Pressupostos pessoais.....	86
3.3.3 Conceitos inter-relacionados.....	87
4 METODOLOGIA.....	92
4.1 O local e o contexto do estudo.....	92
4.2 Os sujeitos participantes.....	97
4.3 Operacionalização do estudo.....	103
4.3.1 A trajetória da pesquisa convergente-assistencial.....	103
4.3.2 Procedimentos adotados para a organização e análise dos dados da pesquisa.....	108
4.3.2.1 Processo de apreensão.....	109
4.3.2.2 Processo de síntese.....	109
4.3.2.3 Processo de teorização	110
4.3.2.4 Processo de transferência.....	111
4.4 Aspectos éticos envolvidos no estudo.....	112
5 A FORMAÇÃO DO APEGO EM MOVIMENTO.....	114
5.1 Apresentando o processo cuidativo com os pais e seus recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso.....	114
5.1.1 Cuidando de Rosa, Cravo e Amor-perfeito.....	114
5.2.2 Cuidando de Nuvem, Céu, Estrela (gemelar I) e Lua (gemelar II).....	148
5.2 Refletindo sobre a atuação da enfermeira no processo cuidativo com os pais e seus recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso.....	173
5.3 Refletindo sobre as percepções dos pais a respeito da aproximação precoce com o filho pré-termo e/ou de baixo peso.....	176
6 ASPECTOS PROMOTORES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO APEGO DURANTE A PRÁTICA DO MMC.....	179
6.1 Preliminares da formação do apego: o percurso vivenciado antes de chegar à unidade neonatal	180
6.1.1 Preparo do casal para enfrentar as mudanças de rumo na gravidez.....	181

6.1.2	Presença do acompanhante no centro obstétrico.....	183
6.1.3	Olhar, tocar, sentir o bebê no momento do nascimento: do filho idealizado ao filho real.....	186
6.2	Atenção e acolhimento da equipe neonatal.....	188
6.2.1	O cuidado “cuidadoso” da equipe gerando segurança para os pais.....	189
6.2.2	Intercâmbio de informações entre a equipe e os pais acerca das condições clínicas do recém-nascido.....	191
6.2.3	“Sempre tem um que dá mais atenção”: referência profissional durante a hospitalização.....	195
6.3	Participar ativamente do cotidiano da unidade.....	198
6.3.1	Ter liberdade para ir e vir no ambiente neonatal.....	198
6.3.2	Ter a possibilidade de ficar junto da criança em tempo integral ajuda a entender suas necessidades e seus progressos.....	200
6.4	Trocar experiências com outros pais que vivenciam situações similares.....	203
6.5	Ter a oportunidade de (re)conhecer-se no papel de mãe, de pai e de filho.....	205
6.5.1	Responsabilizar-se pelo cuidado direto à criança.....	207
6.5.2	“Colar-se” ao filho: o contato corporal ajudando a superar a sensação de que a criança é “quase nada”.....	210
6.5.3	Ser chamado pelos membros da equipe de “mãe” e de “pai”.....	211
6.5.4	O aleitamento materno como elo de aproximação mãe-pai-filho.....	214
7	ASPECTOS COMPLICADORES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO APEGO DURANTE A PRÁTICA DO MMC.....	216
7.1	Dificuldade inicial para ultrapassar o desafio de serem pais prematuros.....	217
7.1.1	Sentimentos de culpa, medo e insegurança dos pais com relação ao parto e nascimento prematuros.....	218
7.1.2	Desapontamento dos pais frente à impossibilidade de acolherem o filho ao nascer.....	220
7.2	Equipamentos e ações da equipe neonatal frustrando a aproximação pai-mãe-filho.....	222
7.2.1	A incubadora vista como barreira.....	223
7.2.2	Atitudes da equipe de saúde, durante a realização de procedimentos dolorosos no recém-nascido, gerando ansiedade e “dor” também nos pais.....	226
7.2.3	Profissionais deixando de oportunizar o exercício da maternagem e paternagem.....	227
7.3	Desconhecimento e inabilidade dos pais com relação à imaturidade do RN para iniciar e manter o processo de amamentação.....	229
7.4	Entre a vontade de permanecer na instituição e a saudade de casa: conflitos permanentes e persistentes durante o processo de hospitalização.....	231
7.5	Múltiplas, intensas e complexas demandas para cuidar do bebê ou o cansaço materno/paterno e as especificidades do cuidado ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso.....	233
7.6	Insegurança dos pais ao levar o recém-nascido para casa.....	236
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	239
	Referências.....	250
	Apêndices.....	270

1 INTRODUÇÃO

“Diante de uma criança sinto-me cheio de ternura pelo que ela é, e de respeito pelo que pode vir a ser”.
(Autor desconhecido)

Sabe-se que em todo o mundo nascem anualmente cerca de 20 milhões de crianças pré-termo e/ou de baixo peso¹. Destas, um terço morre antes de completar um ano de vida. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a), as primeiras causas de mortalidade infantil relacionam-se com as afecções perinatais, dentre elas os problemas respiratórios e os metabólicos, como dificuldades para regular a temperatura corporal. Além da prematuridade e do baixo peso estarem diretamente ligados ao risco de morbimortalidade perinatal, outro agravante é que grande parte das famílias dessas crianças são compostas por mulheres sem cônjuge, com o papel de “arrimo” de família e com problemas sociais associados. Assim, considera-se que essas crianças estão em situação dupla de risco; risco social e biológico, ou seja, há relações entre a vulnerabilidade a danos, riscos de adoecer e suas condições de vida (SCOCHI et al., 1999).

Dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2001) apontam uma prevalência de 7% de bebês nascidos com baixo peso em países industrializados e 17% nos países em desenvolvimento. Já a média mundial em 2002, estava em torno de 10%, sendo que os mesmos valores eram atribuídos ao Brasil neste mesmo período. Porém, apesar do Brasil atingir a meta da Cúpula Mundial em favor da Infância, de taxas menores de 10% dos nascidos vivos, essas ainda são insatisfatórias, principalmente se levarmos em consideração os índices apresentados pelos países de primeiro mundo (CARVALHO, 2001). Em nosso estado (SC), no ano de 2002, dos 89.080 nascidos vivos, 7,9% apresentavam baixo peso e 6,1% eram pré-termo (SANTA CATARINA, 2005).

¹ A Organização Mundial da Saúde (1996) define **recém-nascido pré-termo** toda criança nascida viva antes de completar a 37ª semana de gestação (ou seja, imaturo) e **recém-nascido de baixo peso** toda e qualquer criança com menos de 2.500g, independente de sua maturidade. Por outro lado o Método Mãe-Canguru acolhe ambos os recém-nascidos, tanto os pré-termo, quanto os de baixo peso. Entretanto, como nem sempre o bebê de baixo peso é pré-termo, optei por utilizar a expressão “**pré-termo e/ou de baixo peso**” durante o decorrer deste estudo.

A sobrevivência destes bebês com idade gestacional e peso ao nascer cada vez menores, tem se tornado viável, considerando-se as estatísticas perinatais brasileiras. Entretanto, segundo relatos do Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), o nascimento precoce ainda é responsável por mais de 50% da morbimortalidade entre recém-nascidos sem anomalias fetais. Gómez et al. (1990) adicionam que o fato desses bebês apresentarem tempo de internação prolongado, também gera uma ausência total de apego entre o recém-nascido e seus pais, além da facilidade de contágio com doenças infecto-contagiosas que conduzem à septicemia e à morte.

Duarte e Sena (2001) consideram que as possibilidades de sobrevivência destes recém-nascidos vêm aumentando, associadas a um conjunto de procedimentos cada vez mais especializados, tanto na forma da prestação da assistência a estes recém-nascidos como no uso de novas tecnologias para este fim.

Com o intuito de modificar estes índices, atualmente vem-se trabalhando todas as perspectivas que envolvem a criança, os pais e a família em uma nova visão, que é denominada, inclusive pelas instituições e políticas públicas, como “atenção humanizada”. O principal objetivo desta nova visão é o respeito das necessidades, características e individualidades, além da promoção das mudanças que possam ter impacto significativo nas estatísticas mundiais referentes às questões de saúde e sociedade. Estas perspectivas de mudanças na humanização do atendimento buscam valorizar e preconizar a relação dos pais com seus filhos e vice-versa, de modo precoce, mesmo no período que antecede o nascimento.

Entretanto, apesar desta prática contemporânea, durante muitos anos, a idéia e a prática de separar pais e filhos eram e ainda são muito comuns em diversas instituições hospitalares. Os bebês a termo² permaneciam nas unidades de neonatologia, conhecidas como “berçários”, enquanto as mães permaneciam em unidades destinadas para as mulheres que acabaram de parir. O homem (pai) e os demais membros da família não estavam inseridos neste contexto, pois era mínima a preocupação em mantê-los por perto.

² Considera-se recém-nascido a termo aqueles nascidos entre 37 e 42 semanas de gestação (OMS, 1996).

No que se refere aos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso a história também mostra que houve muitas modificações na assistência a esta população, particularmente com a inserção das tecnologias de ponta para o cuidado aos bebês nessas condições e isso veio a afetar, de um modo ou de outro, o processo relacional entre os pais e os filhos nascidos prematuramente. O obstetra francês Pierre Budin, no século XIX, por exemplo, utilizou incubadoras de paredes de vidro, de forma pioneira no mundo. Estas, sendo transparentes, facilitavam aos pais a visualização da criança. Com isto, ficou favorecido não só a interação e comunicação dos pais com o filho, mas também, de acordo com Kennel e Klaus (1992), a promoção da amamentação. Entretanto, com o decorrer do tempo, em 1923, nos Estados Unidos, quando surgiu o primeiro hospital para atendimento especializado aos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo-peso, os pais foram praticamente impedidos de se aproximarem da criança, uma vez que o hospital tinha como filosofia o manuseio mínimo e o isolamento estrito. Esta política vigorou por quase cinquenta anos, principalmente na área hospitalar, acompanhando o movimento de medicalização do processo do nascimento (MONTICELLI, 2003).

Por outro lado, ainda que os valores institucionais e a percepção da atenção à saúde, no decorrer do processo do nascimento, tenham mantido condutas de separação entre os recém-nascidos e suas famílias, as estatísticas e a produção teórica a respeito da saúde neonatal durante todo o decorrer do século XX demonstraram que a alta tecnologia hospitalar trouxe um grande avanço na sobrevivência neonatal. Portanto, o que quero argumentar não é que a tecnologia de ponta não seja importante, mas sim que a qualidade afetiva deve andar junto com o avanço tecnológico, para que os bebês não apenas sobrevivam, mas tenham qualidade de vida.

Vale ressaltar que a inclusão dos pais nas unidades neonatais, em alguns locais, volta a ser uma realidade, porém, ainda existem problemas relacionados ao favorecimento do contato precoce entre os pais e seus recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso. É importante reconhecer que, quando, por alguma razão, ocorre um trabalho de parto prematuro e o bebê tão esperado nasce antes do tempo, a prática da atenção humanizada se torna tão ou mais importante do que para aqueles pais que conseguiram findar o processo de gestação no período determinado como adequado;

isto porque estes pais que tiveram seus bebês precocemente estarão passando por uma fase de luto, devido ao processo de enfrentamento da perda do bebê ideal, associada à necessidade de terem que aceitar o bebê real que aos seus olhos é pouco sedutor. 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, 2002a, p.35).

O caminho para o sucesso dos laços afetivos entre os genitores e a criança inicia-se durante o período da gravidez, mas, é somente após ao nascimento que começa a interação recíproca propriamente dita. De acordo com Klaus, Kennell e Klaus (2000) este período crítico é chamado de “período materno sensitivo”, onde se inicia o processo de afeiçoamento. Quando ocorre a separação da tríade mãe-pai-filho neste período, segundo os autores, poderão surgir interferências no processo de formação do apego.

O fato de ter um bebê pré-termo e/ou baixo peso, longe das características tão idealizadas pelos pais, como um bebê gordinho, saudável e esperto, além das dúvidas acerca de sua sobrevivência é, muitas vezes, associado a sentimentos de incapacidade, culpa e medo, o que poderá levar a um distanciamento entre a tríade, mesmo que tal processo não seja plenamente consciente para os pais. Assim, com o intuito de promover esta interação e estreitar as relações de afeto o mais precoce possível, as premissas do processo da humanização do nascimento têm enfatizado que deva haver condutas profissionais desde o pré-natal.

No âmbito hospitalar, tais condutas compreendem, por exemplo, a inserção do companheiro/esposo ou de um acompanhante com a gestante durante todo o processo de internação, trazendo mais segurança e conforto para a mulher. Este incentivo no acompanhamento à mulher de maneira integral no pré-parto, parto e pós-parto viabiliza a aproximação mais rápida e eficaz entre os membros da família, favorecendo a formação do apego. Tais estratégias, dentre outras, são recomendadas e utilizadas com a intenção de colocar em prática uma assistência mais respeitosa, direcionada e exclusiva para cada mulher e sua família.

Esta visão de atendimento, com o passar do tempo, ultrapassou a sala de parto e estendeu-se também à unidade neonatal, onde muitas das puérperas encontram-se com seus filhos internados. Para melhor definir, apoiar e padronizar ações similares nas unidades neonatais, o Ministério da Saúde brasileiro lançou, em 05/07/2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Projeto Mãe-Canguru (BRASIL, 2000b; JOAQUIM, 2003). Esta norma consiste em introduzir algumas ações nas unidades médico-assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de melhorar a eficiência e a eficácia da atenção aos recém-nascidos, visto que este tipo de atenção melhora visivelmente as chances de vida dos bebês pré-termo e/ou de baixo peso; determinando um equilíbrio de suporte às necessidades biológicas, ambientais e familiares, implicando em mudanças favorecedoras de um atendimento mais humanizado (BRASIL, 2000).

Considerando que, na busca de atenção à saúde, a adoção dessa norma pode ser essencial na promoção de uma mudança institucional centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família, foi publicada a Portaria nº 693 GM/MS, incluindo este programa na tabela do SUS (BRASIL, 2002b). A implantação do então programa que foi difundido como sendo o Método Mãe-Canguru (MMC) é hoje uma Política Nacional de Saúde.

O Ministério da Saúde define o Método Mãe-Canguru como sendo

um tipo de assistência neonatal que implica contato pele-a-pele precoce entre mãe e recém-nascido, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma participação dos pais no cuidado ao recém-nascido (BRASIL, 2002a, p.18).

Lamy (2003) complementa dizendo que o MMC refere-se a uma modalidade de cuidado e atenção com contato pele-a-pele entre os pais e seu recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, devendo ser iniciado nas primeiras semanas de vida. A preocupação que se deve ter com o recém-nascido é de que ele mantenha-se aquecido e estável do ponto de vista do padrão respiratório, favorecendo o aleitamento materno exclusivo e o estabelecimento das interações entre pais e bebê.

Com a intenção de buscar uma forma mais segura de atendimento a esta clientela e de proporcionar assistência mais global, principalmente para a mãe e o

bebê, o MMC foi desenvolvido em 1979 pelos neonatologistas Héctor Martínez e Edgar Rey Sanabria, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, na Colômbia, onde como em outros países em desenvolvimento há, na assistência ao pré-termo e/ou de baixo peso, um elevado risco de morte. A mortalidade infantil, na época, era extremamente alta e o desmame precoce e abandono maternos, freqüentes. Essas condições dramáticas fizeram com que os neonatologistas criassem o Método, com a finalidade de revolucionar todas as formas de assistência até então realizadas por aquele Instituto e por todos os outros serviços que seguiam os mesmos moldes de atendimento a estes recém-nascidos e sua família. Originalmente, o programa era denominado de “Manejo Racional ao Prematuro e sua Mãe” (REY; MARTINEZ,1983), porém, devido à semelhança entre a forma como a fêmea canguru e outros marsupiais carregam seus filhotes e as mães na prática deste método acomodam e cuidam de seus filhos, ficou conhecido como “Mãe-Canguru”.

Carvalho (2001) ressalta ainda que os neonatologistas Martínez e Sanabria iniciaram uma grande transformação na concepção e na forma de lidar com o bebê pré-termo e/ou de baixo peso, quando criaram o MMC, um trabalho pragmático que veio revolucionar a forma de tratar os recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso oferecendo a oportunidade de se desenvolverem mais saudáveis e com melhor qualidade de vida.

A trajetória do MMC, no Brasil, descrita pelo mesmo autor, foi permeada, primeiramente, por interesse das equipes de saúde que viram no Método uma forma de promover o contato precoce entre pais e filho, uma alternativa para a otimização de leitões neonatais, e ainda, a possibilidade de alta hospitalar precoce, minimizando os custos financeiros das instituições. O reconhecimento oficial ocorreu durante a I Conferência Nacional Método Mãe-Canguru de Assistência ao Pré-termo e/ou de Baixo Peso, em março de 1999, no Rio de Janeiro-Brasil, organizada pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Este evento contou com a participação do criador desta forma de atenção Dr. Hector Martínez, e por outros profissionais da saúde de todo o país, inclusive contou com representante do ministério da saúde brasileiro.

No Brasil, o MMC foi oficialmente implantado em dezembro de 1999, pelo então Ministro da Saúde, José Serra, com apoio do BNDES e a ação executiva da Fundação ORSA. Sob a perspectiva de minimizar os efeitos negativos da internação neonatal e seus pais, o Ministério da Saúde adotou o MMC como uma Política Nacional de Saúde. O Ministro regulamentou este programa, como já citado, por meio da Portaria nº 693 de 5 de julho de 2000 (LAMY et al., 2005).

Por ser um método simples e aliado a baixo custo, outros países como: EUA, México, Honduras, Costa Rica, Venezuela, Chile, Argentina, Bolívia, Peru, República Dominicana, Indonésia, Vietnã, Filipinas, Moçambique, Senegal, Nigéria, Togo, África do Sul, Suíça, França, Espanha, Itália, Alemanha, Inglaterra, Suécia, Canadá, Etiópia, Guatemala e Uruguai adotaram o MMC (CLÍNICA INTERDISCIPLINAR DE APOIO À AMAMENTAÇÃO, 2003).

A aplicação do MMC varia de acordo com o país, sendo que alguns o adotam somente em substituição às incubadoras, enquanto outros, como em nosso país, utilizam sob uma perspectiva mais ampla e, particularmente, com o objetivo de incentivar a formação do vínculo e do apego entre pais e bebês pré-termo e/ou de baixo peso. “O Método é internacionalmente conhecido como Kangaroo Mother Care (KMC). No Brasil adotamos a terminologia Método Canguru, considerando que é uma experiência na qual o pai tem participação ativa e fundamental” (LAMY et al., 2005, p. 662).

Segundo Lamy et al. (2005), no Brasil, a primeira instituição hospitalar a adotar o MMC foi o hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo, em 1992. No ano seguinte o Método foi adotado pelo Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), que entre os anos de 1994 até 2000, já atendeu cerca de 2.400 bebês, sendo que, atualmente, assiste a 16 bebês-canguru simultaneamente (CARVALHO, 2001).

Até o presente momento, no Brasil, existem sete Centros de Referência, divididos regionalmente, sendo estes: no Norte, em São Luis (Maranhão), o Hospital Universitário; no Nordeste, em Fortaleza (CE), tem-se o Hospital Geral César Calls e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand, localizada em Recife (PE) – Instituto Materno Infantil (IMIP); no Centro-Oeste, no Distrito Federal o hospital de referência é o Regional de Taguatinga; o Sudeste está representado pela Secretaria Municipal de

Saúde do Rio de Janeiro e na Grande São Paulo pelo Hospital de Itaipicirica da Serra; e no Sul, localizado na cidade de Florianópolis (SC) a instituição de referência é o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de Santiago/UFSC.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) estabelece em minúcias que o Método Assistencial Mãe-Canguru inicia formalmente após o nascimento e a partir daí passa a ser aplicado de forma estruturada e organizada, estabelecendo-se três etapas para seu funcionamento.

1ª ETAPA: ocorre no período logo após o nascimento do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso que, impossibilitado de ir para o alojamento conjunto, necessita de internação na unidade neonatal. Neste momento, sempre que possível, o bebê é colocado em contato pele-a-pele com seus pais, ressaltando a importância da atuação dos mesmos na recuperação do recém-nascido.

Nesta etapa, os profissionais deverão ter os seguintes cuidados especiais: orientar os pais sobre as condições de saúde de seu filho ressaltando as vantagens do Método; estimular o livre e precoce acesso dos pais à unidade neonatal e sempre que possível favorecer o toque. As visitas dos pais devem sempre ser acompanhadas pela equipe de saúde neonatal, para que as orientações e as medidas de controle de infecção (lavagem das mãos), as informações sobre os procedimentos e as particularidades do ambiente possam ser melhores compreendidas pelos pais.

Assim que possível, ainda nesta etapa, deve-se iniciar as medidas de incentivo à amamentação, orientando os cuidados com as mamas, a ordenha manual e o armazenamento do leite. Deve-se estimular a participação dos pais na estimulação da sucção não nutritiva e na administração do leite ordenhado, bem como nos cuidados de higiene e conforto. Assim que a estabilidade clínica do recém-nascido estiver mantida, deverá ser iniciado o contato pele-a-pele com a mãe ou com o pai.

Outro fator importante é que muitas vezes durante esta 1ª etapa haverá a necessidade de retorno dos pais para o domicílio por um período determinado, devendo nesses casos serem asseguradas aos pais as seguintes condições: vindas diárias à unidade hospitalar onde manterão contato com seu bebê, receberão orientação e manterão a ordenha do leite; auxílio transporte para vinda diária à unidade neonatal; refeições durante a permanência diurna na unidade; espaço adequado para a

permanência que permita descanso e possa ser utilizado para palestras e trocas de experiências entre pais que experienciam a mesma situação; livre acesso do pai à unidade e estímulo à sua participação nas reuniões com a equipe de saúde neonatal.

2ª ETAPA: o recém-nascido encontra-se estabilizado e poderá ficar com acompanhamento contínuo de seus pais. Nessa etapa, os pais e a criança estarão aptos a permanecerem em enfermaria conjunta, realizando a posição canguru pelo maior tempo possível, pois se entende que assim as relações afetivas e de apego irão se tornar mais sólidas.

Para o ingresso nesta etapa são necessários alguns critérios de elegibilidade referentes aos pais e ao bebê. Com relação aos pais deve-se certificar-se de que os mesmos queiram participar e tenham disponibilidade de tempo e que haja uma rede social de apoio; assegurar que a decisão seja tomada através de consenso entre pais e profissionais; que tenham a capacidade de reconhecer as situações de risco do bebê (mudança de coloração da pele, pausas respiratórias, regurgitações e diminuição da movimentação); conhecimento e habilidade para a colocação da criança em “posição canguru”. Com relação ao bebê deve-se atentar para a estabilidade clínica; nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo/seringa); ter peso mínimo de 1.250g e ganho de peso diário maior que 15g.

3ª ETAPA: acompanhamento da criança em nível ambulatorial. A tríade recebe alta ainda em posição canguru, devendo os pais estarem seguros, conscientes, bem orientados e motivados psicologicamente para dar continuidade ao trabalho iniciado na unidade neonatal em seu ambiente domiciliar. Havendo qualquer necessidade, os pais são orientados a recorrer à unidade neonatal.

Para que se tenha sucesso na implantação do MMC nas Instituições, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) recomenda ainda que sejam seguidas algumas normas, dentre elas: a) a adoção do MMC visa à mudança de atitude no manuseio do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso com necessidade de internação em unidade de neonatologia e da atitude dos pais; b) o Método não é substituto das unidades de neonatologia nem da utilização das incubadoras, devido às necessidades e indicações bem estabelecidas; c) o Método não tem como objetivo apenas economizar recursos humanos, materiais e técnicos, mas aprimorar a atenção perinatal; d) o início

da atenção humanizada ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso antecede o nascimento, devendo durante o pré-natal identificar as mulheres de maiores riscos e oferecer informações sobre os cuidados médicos específicos, bem como de toda equipe de saúde envolvida com esta clientela; e) ao identificar o risco de nascimento de bebês pré-termo e/ou de baixo peso, deve-se encaminhar a gestante para cuidados de referência, por ser a maneira mais segura; f) na segunda etapa não se estipula a obrigatoriedade de tempo em posição canguru. Essa situação deve ser entendida como um fato que ocorre com base na segurança do manuseio do bebê, no prazer e na satisfação do recém-nascido e dos pais; g) na terceira etapa, para maior segurança, recomenda-se a posição canguru em tempo integral, visto que os pais já superaram as inseguranças no manuseio e estabeleceram o apego com seu filho; h) o pai deve sempre ser estimulado a colocar o bebê em posição canguru; i) a presença de um berço no alojamento conjunto de pais e filho, com possibilidade de elevação da cabeceira, permitindo que a criança permaneça em alguns momentos necessários, como a avaliação clínica e nos momentos em que os pais e a equipe de saúde acharem oportuno; j) algumas atribuições da equipe de saúde são recomendadas, dentre elas: orientar os pais quanto as etapas do Método; oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos; encorajar o aleitamento materno; desenvolver ações educativas que direcione os pais a prestarem cuidados com seu filho; desenvolver atividades recreativas com os pais durante sua permanência no ambiente hospitalar; participar de treinamentos em serviço em busca da qualidade da atenção e orientar os pais na hora da alta hospitalar.

O MMC utiliza ainda estratégias mobilizadoras e organizadoras seguindo 10 passos para o alcance de seus objetivos, sendo eles: 1) política escrita; 2) pessoal capacitado; 3) gestantes informadas; 4) iniciar o mais cedo possível; 5) demonstrar apoio; 6) contato pele-a-pele; 7) leito conjunto (mãe-bebê); 8) aleitamento materno acompanhado; 9) sem bicos e mamadeiras; 10) grupos de apoio (CARVALHO, 2001).

O Método possui características próprias, práticas, com baixo custo tanto de implementação quanto de manutenção, que têm sido apontadas com grande ênfase na literatura brasileira e estrangeira. Assim, Carvalho (2001), Charpak, Calume e Hamel (1999) e o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) descrevem de forma concisa

as vantagens proporcionadas pelo Método, contemplando a não exigência de grandes investimentos, já que se trata, basicamente, de capacitação dos profissionais; a perspectiva de que o Método libera incubadoras para outros recém-nascidos; o fato da estadia no hospital ser menor, diminuindo assim o custo total do cuidado prestado ao recém-nascido; além de promover o aleitamento materno. Ademais, enquanto as mulheres permanecem na maternidade, são ajudadas e instruídas sobre como cuidar de seu filho pré-termo e/ou de baixo peso, da alimentação, dos cuidados de higiene e conforto, dentre outros, diminuindo a incidência de mortalidade por essa causa.

Dentre outras vantagens, os estudos que vêm sendo realizados sobre essa temática, tomando como exemplo os de Andrade e Guedes (2005), Furlan, Scochi e Furtado (2003) e Moreira, Braga e Morsch (2003) têm revelado que a experiência vivenciada pelos pais, diante das ações propostas pelo MMC, serve de crescimento e amadurecimento, configurando a busca e o encontro de novos recursos e novas estratégias adaptativas em face de uma situação nova ou inusitada. Deste modo, o MMC é utilizado não só como ferramenta para a estabilização destes bebês, representando um método viável, aceitável e econômico, como também, nas instituições onde os recursos são limitados, tornando-se uma alternativa apropriada se comparada ao método convencional (LIMA; QUINTERO-ROMERO; CATTANEO, 2000). Além disso, tem o propósito de contribuir de modo decisivo na aproximação entre recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso e sua família. Neste sentido ainda, Guimarães e Schneider (2003) destacam que quanto ao equilíbrio psicoafetivo do bebê e sua família, o Método favorece a relação entre mãe e filho, ajudando a aliviar o sentimento de culpa das mães que não puderam levar suas gravidezes até o final e lhes permitindo recuperar a autoconfiança e a auto-estima. Associado a isso, o Método retarda o tempo prolongado de separação entre mãe e filho, evitando assim longos períodos sem estimulação sensorial e aumentando o vínculo não apenas dos pais, mas também da família com a equipe de saúde. Quanto aos aspectos sociais, as autoras destacam que o MMC contribui para a redução do número de abandonos devido ao aumento do contato entre a tríade. Enquanto permanecem na maternidade as mães e os pais desses bebês também têm a oportunidade de receberem orientações quanto aos cuidados gerais com seus filhos recém-nascidos (GUIMARÃES; SCHNEIDER, 2003).

Em nível internacional a literatura atual já vem revelando mudanças estatísticas e epidemiológicas bastante promissoras no que diz respeito a algumas repercussões gerais da implantação do Método em vários países. Resultados divulgados por Charpak, Calume e Hamel (1999), de estudos realizados no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, no período de 1979 à 1986, mostram que foram realizados 1.654 atendimentos a bebês com peso inferior a 2.000g, dentro do MMC. Desse total, 65 bebês receberam alta hospitalar dentro dos primeiros três dias de vida e 87% (1.440 bebês), durante os primeiros 14 dias de vida. O aumento de peso no primeiro ano de vida desses recém-nascidos chegou a ser 4,5 vezes maior do que o peso de nascimento. A mortalidade global das 1.654 crianças atendidas pelo MMC foi de 6%, sendo que dos 40 bebês com peso inferior a 1.000g, morreram 09 (22,5% dos nascimentos); dos 413 com peso entre 1.001g a 1.500g, morreram 52 (12,6%) e dos 1.201 com peso entre 1.501g e 2.000g, morreram 44 (3,6%).

Em estudos aleatórios e controlados realizados por Charpak et al. (1997) e por Törnhaage et al. (1999), os resultados mostraram que não existe risco de morbimortalidade no MMC em relação aos cuidados tradicionais de atendimento ao bebê de baixo peso, pois a colonização do bebê com a flora dos pais diminui o risco para infecção, acelera o crescimento, melhora a termorregulação e o padrão respiratório, incrementa o desenvolvimento neuropsicomotor e ativa a afetividade entre a tríade.

Seguir todas as orientações e normas oficiais propostas pelo MMC é sem dúvida um grande estímulo para os pais que ingressam no mesmo, porém, a ligação afetiva entre os pais e um novo bebê não acontece como num passo de mágica, ou seja, do dia para a noite; ela deve ser vista como um processo contínuo e em construção. Isso não quer dizer que os pais que apresentam dificuldades em uma fase inicial com o bebê, não irão conseguir estabelecer laços afetivos posteriores, mas podem aflorar sentimentos de culpa, medos, sentirem-se deprimidos ou ressentidos quando perceberem críticas por parte da equipe de saúde, prejudicando a formação do apego entre a tríade (WINNICOTT, 2001). Esta preocupação é central para o estudo que pretendo desenvolver.

Na minha prática assistencial observo que o fato destas crianças permanecerem em incubadoras por serem pré-termo e/ou de baixo peso, traz certa angústia para seus

pais, bem como, a percepção de distância e frieza que as incubadoras transmitem, o que muitas vezes leva a frustrações, adiando assim, cada vez mais, o contato entre pais e filhos. É importante considerar que os recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso permanecem, na sua maioria, com internações prolongadas. Assim, acredito que o MMC veio para modificar e aperfeiçoar as políticas assistenciais anteriormente existentes, buscando deste modo a promoção mais sistemática da formação do apego entre a tríade.

O MMC proporciona desde o primeiro momento o contato entre os pais e seu recém-nascido, seja através de olhares, fala ou toque e mais profundamente ainda, quando este bebê é colocado em contato pele-a-pele com um dos participantes desta prática. O tempo para este tipo de contato entre eles dependerá do processo de superação destes pais com relação às perdas, medos e culpas. Assim, o início e a concretude da formação do apego poderá variar, tendo como fatores intervenientes, os aspectos psicológicos, a relação familiar, a rede de apoio (equipe interdisciplinar), o ambiente hospitalar, dentre outros.

Para favorecer a formação do apego, os profissionais precisam propiciar o contato pele-a-pele entre pais-filho o mais precoce possível. Quando o recém-nascido está em contato pele-a-pele com sua mãe ou pai, ele aproxima-se de uma realidade anteriormente experienciada que é o ventre materno. Os batimentos cardíacos dos pais, os movimentos respiratórios, o toque seguro e a voz suave propiciam o fortalecimento do contato corporal e a sensação de estar próximo a alguém que já conhece.

O favorecimento do contato pele-a-pele, proporcionado pelo MMC, estimula o início ou a continuação do processo de formação do apego de forma mais próxima, duradoura e sentimental, além de propiciar este conhecimento do “fazer sentido um para o outro”. O fato dos pais poderem dar carinho, tocar e ficar próximos ao filho são ações que fortalecem o relacionamento de afeto, transmitem segurança, estimulam a sensibilidade. Este contato inicial de forma harmoniosa, coerente e efetiva, irá refletir no desenvolvimento psicossocial desta criança no futuro. Acredito que os laços afetivos pré-estabelecidos correspondem a uma parte significativa das atitudes e comportamentos sociais por toda vida.

Apesar desta prática já ser uma realidade em muitos hospitais do nosso país, ainda evidencia-se que o Método está restrito a algumas necessidades, tais como a de diminuir o tempo de internação, reduzir os gastos hospitalares, manter estabilidade clínica do recém-nascido, sendo que pouco está sendo feito para tornar mais precoce e valorizada a aproximação entre os pais e seus filhos pré-termos e/ou de baixo peso. A co-participação dos profissionais atuantes nesta prática é de extrema importância para o sucesso e o alcance dos principais objetivos propostos pelo Método.

Na nossa realidade, o MMC vem sendo desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), sendo este, Centro de Referência da Região Sul do Brasil, desde o ano de 2000. A Maternidade do HU/UFSC se embasa em uma filosofia com premissas de humanização e interdisciplinaridade que se expressa na prática por meio de condutas e atividades relacionadas com o processo de gestar e parir, bem como na prestação de assistência integral às gestantes de alto risco. Foi nesta instituição, mais precisamente na unidade neonatal, que permaneci como enfermeira assistencial durante dois anos, entre 2001 e 2003, e pude compartilhar da prática do MMC, sentindo e vendo a importância das ligações afetivas entre a mãe, o pai e o filho. Entendo dentro desta percepção que o MMC é, nos dias de hoje, a forma mais adequada e completa de se promover a formação do apego.

Nesta minha vivência percebia que, quando os pais ingressavam no MMC, a relação com seu filho se mostrava de formas variadas; uns sentiam aquele momento como sendo de total liberdade para realizarem os cuidados e se aproximarem da criança, enquanto outros, de maneira diversa, ao se defrontarem com a dura realidade, esquivavam-se. Isto me fazia pensar sobre quais seriam os motivos dessas atitudes tão díspares, principalmente se os recém-nascidos possuíam as mesmas características, vale dizer, eram todos pré-termo e/ou de baixo peso.

A inquietude por esta problemática ficou reforçada também, a partir de um estudo previamente realizado ao final do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (GUIMARÃES; SCHNEIDER, 2003). Neste trabalho de conclusão, realizamos uma revisão de literatura, que teve seu foco nas prováveis causas e motivos

pelos quais algumas puérperas não se mostravam motivadas a “canguruzar”³ seus recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso. A revisão de literatura realizada mostrou de que modo esta mulher se sentia após ter passado pela experiência de um parto prematuro e suas conseqüências, além de revelar como os profissionais da equipe neonatal poderiam avaliar os sentimentos e percepções das mulheres-mães, sem atribuir os valores profissionais ao evento e às expectativas das mulheres.

Percebia em todo o contexto que muitas vezes nós, profissionais, idealizamos um perfil de comportamento que esperamos ser comuns a todos os pais. Mas serão esses os comportamentos que os pais querem adotar? Estamos seguros de suas compreensões sobre a experiência que vivenciam? Será que os mesmos desejam agir junto ao filho, da mesma maneira que os profissionais querem que eles ajam? A equipe de enfermagem possui uma importância ímpar em perceber certas atitudes dos pais durante a prática do Método e às vezes desvaloriza a vulnerabilidade emocional dos mesmos, exigindo deles atitudes de afeto, amor, cuidado, sem levar em conta o que eles sentem, pensam e vivem junto ao seu recém-nascido. Janicas e Praça (2002) e Carvalho (2001) são autoras que ajudam a discutir este pensamento, dizendo que quando os pais não correspondem ao que a equipe preconiza como uma boa relação com seu filho e com ela mesma, esta pode manter relacionamentos bruscos, frios, impessoais, com distanciamentos emocionais, que podem favorecer a não presença dos pais na unidade neonatal e, inclusive, desvirtuando alguns dos objetivos do Método Mãe-Canguru, e desconstruindo o processo de formação do apego entre estes.

A enfermeira, agindo em cooperação com os demais profissionais da equipe neonatal, tem fundamental importância nesse processo, uma vez que está presente e atuante no cuidado ao recém-nascido e no atendimento das necessidades dos pais, 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, fornecendo contribuições para o sucesso da implementação do MMC. No entanto, há ainda uma lacuna no que diz respeito à sistematização da assistência de enfermagem durante a promoção e a prática do Método, uma vez que o Método em si não

³ Expressão criada pelas autoras, cujo significado está relacionado com a postura corporal de manter o recém-nascido em posição canguru, ou seja, em contato pele-a-pele com os pais, pelo maior tempo possível.

contempla o processo de cuidar dentro da prática de enfermagem. A enfermeira, dentro deste contexto, é a profissional que coleta dados, diagnostica, planeja as intervenções e implementa ações dentro do Método, focalizando o apego entre estes bebês e os pais, mas carece de fundamentação teórica e metodológica que organize, direcione e fundamente o cuidado de enfermagem.

Ademais, percebo que em pesquisas e eventos direcionados para o atendimento do recém-nascido e seus pais em unidades neonatais, muito se têm discutido sobre a humanização da assistência ao bebê pré-termo e/ou de baixo peso no sentido dos benefícios que esse tipo de atenção traz à sua saúde; porém, a incorporação dos pais nos cuidados e o incentivo para o estabelecimento do processo do apego entre ambos, através do MMC, ainda são raros e fonte de discussões em alguns locais.

Deste modo, a intenção com este estudo é a de aliar o planejamento, aplicação e análise da sistematização do cuidado de enfermagem com um percurso investigativo que possibilite o surgimento de algumas respostas às inquietações demandadas deste mesmo processo de cuidar. Acredito que, em razão disto, a enfermeira deva estar revestida de uma conexão de papéis que possa permitir-lhe pesquisar enquanto cuida. Entendo que esta conexão pode ser proporcionada pela Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), proposta por Trentini e Paim (2004), auxiliando a enfermeira a encontrar formas de apoiar os pais nas adaptações inerentes ao nascimento prematuro e às demandas afetivas a ele relacionadas, “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). Portanto, este estudo é consubstanciado numa pesquisa que utiliza a prática assistencial da enfermeira para coletar os dados relacionados com suas inquietações investigativas.

As inquietações investigativas são as seguintes: 1) Quais os aspectos que influenciam (facilidades e dificuldades) na formação do apego entre os pais e o filho recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso durante a prática do Método Mãe-Canguru? 2) Qual a percepção dos pais de recém-nascidos pré-termo e/ou baixo peso sobre a formação do apego com seu filho, durante a permanência no Método Mãe-Canguru?

Frente a estas questões, o presente estudo tem como objetivos: 1) Identificar e analisar quais são os aspectos promotores e complicadores do processo de formação do apego entre pais e recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso durante a prática do Método Mãe-Canguru; e 2) Compreender as percepções dos pais a respeito da aproximação precoce com o filho nascido pré-termo e/ou com baixo peso durante a prática do Método Mãe-Canguru.

2 REVISÃO DE LITERATURA

“A primeira forma que a mãe tem de embalar um filho é sonhar com ele na gravidez, a segunda é sonhar por ele quando lhe canta e o embala e, finalmente, é deixá-lo tornar-se um personagem real do seu sonho [...]”.
(Eduardo Sá)

Neste capítulo realizo uma incursão bibliográfica sobre os principais fenômenos envolvidos na formação do apego, incluindo os aspectos maturacionais que influenciam na aproximação da tríade mãe-pai-recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, os aspectos ambientais hospitalares que colaboram para dificultar ou incentivar o apego, a produção teórica existente sobre os significados e sentimentos expressos pelos pais que vivenciam a chegada de um bebê pré-termo e/ou de baixo peso, as estratégias apontadas pela literatura para superar esses sentimentos e promover maior intimidade entre pais e bebês, assim como os principais aspectos abordados pela literatura no que diz respeito à relação do Método Mãe-Canguru com o favorecimento do apego entre a tríade.

2.1 O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO: ASPECTOS MATURACIONAIS QUE PODEM INTERFERIR NA APROXIMAÇÃO PAIS-BEBÊS

De acordo com Tamez e Silva (2002) os nascimentos de bebês pré-termo e/ou de baixo peso continuam sendo responsáveis por 75 a 80% da morbimortalidade fetal, sendo que bebês nascidos antes de 32 semanas de gestação apresentam maiores riscos. Na maioria das vezes, quando o bebê nasce prematuramente, não finalizando o seu desenvolvimento intra-uterino, ele se torna vulnerável, necessitando de internação em uma unidade neonatal e, freqüentemente, por longos períodos (KAMADA; ROCHA; BARBEIRA, 2003).

Para que este atendimento seja específico e para que sejam feitos os encaminhamentos iniciais indispensáveis à sua sobrevivência, torna-se importante

classificar o grau de prematuridade existente, avaliando antecipadamente os problemas relacionados à sua idade gestacional.

Para Moraes e Reichenheim (2000), é imprescindível que o recém-nascido pré-termo também seja classificado quanto ao grau de imaturidade. Conforme estiver inserido nesta classificação, algumas características físicas e comportamentais do bebê serão mais chocantes e menos atrativas aos olhos dos pais, fazendo com que o processo de aproximação ocorra de forma mais lenta e muitas vezes conflituosa.

Prematuro limítrofe (37 a 38 semanas): geralmente apresenta peso normal, porém, é considerado prematuro devido à icterícia excessiva e a vagarosidade para se alimentar. Eventualmente manifesta a síndrome da dificuldade respiratória, com risco de perder a vida.

Moderadamente prematuro (31 a 36 semanas): as insuficiências fisiológicas deste recém-nascido podem ser controladas e tratadas com eficiência. As mortes ocorridas nesse período são em decorrência das dificuldades respiratórias e das infecções severas.

Extremamente prematuro (24 a 30 semanas): este tipo de bebê desenvolve problemas múltiplos e interligados com infecções, síndrome do desconforto respiratório e apnéia. O maior desafio no que se refere à assistência neonatal é o de controle das alterações fisiopatológicas devido à imaturidade.

Deste modo, segundo Moreira e Rodrigues (2003), os bebês podem necessitar de internação em uma unidade neonatal por diferentes causas, podendo ser mais ou menos graves, gerando períodos de internações diferenciados. Durante o período em que estão hospitalizados estes bebês continuam seus desenvolvimentos extra-uterinos, maturando todos os sistemas necessários para sua estabilidade clínica. A permanência no ambiente neonatal não é apenas porque precisa de cuidados com seu físico frágil, mas também porque necessita de cuidados especiais com seu sistema neurológico e sensorial, além da necessidade de manter-se “ligado” afetivamente aos pais.

As capacidades sensoriais desses bebês, relacionadas à audição, à visão, ao tato, ao paladar e ao olfato encontram-se bastante envolvidas no processo do apego, principalmente no sentido de se compreender seus comportamentos frente a alguns estímulos. Quando os pais compreendem o processo de maturação neurológica do

recém-nascido e seus reflexos, torna-se facilitado o entendimento com relação ao caminho a ser percorrido rumo às trocas afetivas.

Os autores Moreira e Rodrigues (2003), Tamez e Silva (2002), Edwards (2002), Moraes e Reichenheim (2000), que têm abordado as capacidades sensoriais dos recém-nascidos pré-termos e/ou de baixo peso – e que têm relação direta como influenciadores no modo como os pais aproximam-se do bebê –, destacam o processo fisiológico de amadurecimento desses sistemas, ressaltando que o primeiro sistema a se desenvolver no feto é o tátil, principalmente na região próxima à boca e somente a partir da 20^a semana de formação intra-uterina que o feto apresenta sensibilidade tátil em toda extensão corporal, explorando ativamente a face, o tronco e os pés. Por ser o sentido que é maturado de forma mais precoce, é através dele que o RN busca reagir e se comunicar diante das diferentes formas de toque. No ambiente neonatal, o meio em que o RN estará em contato é muito diferente daquele experienciado na vida intra-uterina. “É submetido ao toque intrusivo, ao toque interacional dos pais e, eventualmente, da equipe, podendo reagir negativamente por meio das respostas comportamentais e fisiológicas” (BRASIL, 2002a, p. 120).

O toque é uma estratégia que os pais utilizam para aproximarem-se do seu recém-nascido. A literatura tem sido reiterativa em revelar que o desejo dos pais é o de pegarem o filho nos braços e acariciá-lo, mas devido às circunstâncias da prematuridade, nem sempre é possível de imediato esta ação. Porém, à medida que os pais ficam sensíveis e conseguem discernir os movimentos corporais de satisfação ou insatisfação expressos pelo bebê, eles ficam ainda mais próximos um do outro (EDWARDS, 2002).

Franceschi Júnior, Neves e Caetano (2004) esclarecem que um ponto importante a ser considerado a respeito da percepção tátil é o contato físico entre pais e filhos de baixo peso, através do toque suave na face e contido sobre o tronco e nas extremidades. Tais estímulos resultam no relaxamento, no equilíbrio, cessando o choro e reforçando a aproximação com os pais.

Quando o RN não está em contato direto com os pais e se encontra dentro da incubadora, ele busca sempre um limite, tentando aproximar-se de uma extremidade fixa que lhe dê segurança. Isto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a,

p.120), “implica em gasto de energia, pois o pré-termo só vai parar de se mover quando encontrar um limite”. Portanto, a movimentação e o toque estimulam sensorialmente o bebê de baixo peso, produzindo respostas de atenção e orientação. Este contato favorece a interação do recém-nascido com seus pais (KENNER, 2001).

A interação pode também ocorrer através da audição, pois é sabido que o RN já demonstra respostas auditivas na presença de sons de alta intensidade a partir da 24^a semana de gestação, porém a literatura aborda que com 35 semanas demonstra ter interesse por músicas escutadas durante o período de gravidez e pela voz de seus pais (BRASIL, 2002). O ambiente acústico, mesmo ainda intra-uterino, produzido por sons externos e internos, tais como a respiração, os batimentos cardíacos, os movimentos musculares e intestinais maternos já são familiares aos bebês, facilitando então, quando nascem, a aproximação direta com seus pais (ZAEYEN, 2003; EDWARDS, 2002). Tamez e Silva (2002) aprofundam essa discussão referindo que os níveis de ruídos elevados não só causam lesão auditiva, como também interferem no sono e repouso, levando à fadiga, irritabilidade e agitação, gerando instabilidade fisiológica, fenômeno que remete à angústia dos pais, refletindo nas trocas afetivas. Assim,

o neonato responde de maneira variada a diferentes tons de vozes. A maioria das mulheres tem voz de maior frequência do que os homens e instintivamente elas elevam a frequência quando falam com o bebê. Uma voz de alta frequência atrai a atenção do recém-nascido, que se vira em direção ao som com maior agilidade. Em contraste, a voz masculina de baixa frequência parece ter um efeito mais calmante. As mães comumente usam este efeito falando em tom mais grave, na tentativa de acalmar ou consolar o neonato (KENNER, 2001, p. 24).

A função auditiva é considerada por Lichtig et al. (2001) como sendo um componente de fundamental importância no processo de comunicação entre os seres humanos. Em estudos realizados por estes autores, os resultados apontaram que, nos lactentes de 0 a 4 meses, as respostas reflexas predominam frente a outros tipos de respostas, dentre elas, os movimentos corporais, a expressão facial e a mudança de estado comportamental.

Estudo realizado por Nogueira (1999) com cinco recém-nascidos pré-termo e de baixo peso, em observação às respostas fisiológicas e comportamentais, mostrou que a enfermagem poderia empregar ações para evitar e minimizar o estresse dos bebês,

empregando estimulação física e auditiva em baixa intensidade, facilitando a organização postural e motora, proporcionando conforto e bem-estar.

Garcia, Isaac e Oliveira (2002) apontam que a audição é um dos sentidos que revela as mais diferentes e variáveis informações, contribuindo especialmente nos aspectos lingüísticos e psicossociais do ser humano. Revelam em seus estudos que o baixo peso constitui um fator de risco para a presença de alterações auditivas, sendo perceptível nos grupos de recém-nascidos classificados pelo peso ao nascimento e idade gestacional.

Se a relação de aproximação envolve os principais sentidos do bebê, os pais devem ficar alerta para a possibilidade de alguma alteração que possa estar dificultando o contato entre a tríade. Muitas vezes o bebê não é responsivo ao estímulo verbal de seus pais, não porque não queira interagir, mas sim, devido a uma deficiência auditiva que comumente assola os recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo-peso. Por esta razão, segundo Gherpelli (2003, p. 30), os pais devem sempre “incluir todas as formas de comunicação audível e visível, seja uma expressão facial, gesto, alteração postural [...]”.

Com relação ao paladar do bebê, está confirmado que geralmente se efetiva com 30 semanas, porém com 12 semanas já apresenta estímulo de deglutição. O sabor do líquido amniótico é semelhante ao do leite materno, propiciando identificação deste quando em contato com sua mãe (BRASIL, 2002a). Os recém-nascidos a termo, até o seu segundo dia de vida, conseguem distinguir os sabores, sendo que, ao provar substâncias adocicadas, produzem uma sucção favorável e ao terem contato com substâncias azedas, apresentam rejeição (KENNER, 2001). Porém, os bebês pré-termo e de baixo peso, em razão da própria imaturidade cerebral, apresentam dificuldade para deglutir os líquidos e manter um ritmo de sucção (ANDRADE; GUEDES, 2005). Isso muitas vezes gera nos pais e particularmente na mãe, sentimentos de fracasso e incertezas, ao cumprir seu papel materno de amamentação.

A literatura que aborda a questão da alimentação do bebê que acaba de nascer tem repetido, ao longo dos anos, que o leite materno é a fonte de alimentação mais adequada, sendo natural e segura, proporcionando vantagens nutricionais, imunológicas, psicológicas e econômicas reconhecidas e inquestionáveis. Este

argumento também é aplicado para a maioria dos bebês que nascem de modo prematuro e/ou que possuam baixo peso (NASCIMENTO, ISSLER, 2003; BUENO et al., 2002; FERREIRA, 2003; SERRA, SCOCHI, 2004; BARROS et al., 2002).

Entretanto, apesar de ser altamente difundido e desejável por boa parte das mães, observa-se, de modo geral, que existe baixa incidência de êxito na amamentação do pré-termo e/ou do baixo peso, especialmente em UTIs neonatais. Nascimento e Issler (2003), por exemplo, discutem que amamentar estes bebês ainda é um desafio, mas que é possível, desde que haja apoio e suporte por parte de toda equipe profissional atuante em unidades neonatais.

Vale ressaltar que em estudo realizado por Welter (1999), os bebês pré-termo e/ou de baixo peso, na maioria das vezes, apresentavam-se neurologicamente desorganizados e com poucos sinais de fome. Além deste achado, o autor esclarece que esses bebês são neurologicamente imaturos, tendo sucção curta, muitas vezes fraca e precedida ou seguida de deglutição, o que demonstra não terem um ritmo de sucção efetiva, necessitando muitas vezes de acompanhamento, estímulo e paciência da mãe durante este processo.

Devido à sucção débil, é freqüente no ambiente hospitalar, que os bebês que possuem estas características recebam sua nutrição por outras formas, sendo as mais comuns: a gavagem simples, que consiste em receber o leite materno por meio de uma seringa adaptada a uma sonda naso ou orogástrica, tendo a descida do leite favorecida pela gravidade; e a gavagem contínua, que consiste em receber a dieta do mesmo modo da anterior, porém é infundida com o auxílio de uma bomba de infusão, com tempo controlado (BRASIL, 2002a).

O leite materno não está apenas ligado ao paladar do recém-nascido, mas é um grande atrativo para o seu olfato que já é sensibilizado durante a gestação e a partir de 29 semanas pode existir um sinal de despertar, mediante a presença de odores agradáveis e respostas de aversão para odores desagradáveis. Desejando-se que o RN tenha uma resposta positiva a qualquer estímulo, pode-lhe ser oferecido o leite materno, devido ao seu odor atraente (BRASIL, 2002a). A resposta apresentada pelo bebê de forma positiva frente ao estímulo vai favorecer que as relações e trocas afetivas entre mãe e filho sejam desencadeadas. A manifestação do recém-nascido

como resposta positiva ou negativa aos estímulos será através dos movimentos corporais (KENNER, 2001). Importante enfatizar que “os bebês aprendem rapidamente a reconhecer o odor do leite da mãe” (EDWARDS, 2002, p. 464).

Resultados apresentados por Ferreira (2003, p. 35) confirmam que “o leite materno é ideal para os bebês pré-termo e/ou de baixo peso, pois adapta-se às necessidades desse bebê, mudando a concentração de seus nutrientes durante cada mamada, diariamente e com a idade da criança”.

Tanto o paladar quanto o olfato, assim como as modalidades sensoriais, propiciam um contato mais intenso com o ambiente, proporcionando uma reação emocional a seu respeito. Os movimentos faciais e corporais são fortes indicadores de estados internos de prazer e desprazer (BERGAMASCO, 1997).

A visão do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, outro órgão dos sentidos primordial para a aproximação pais-bebê, assim como os citados anteriormente, é bastante destacada por diversos autores, principalmente no que diz respeito ao ângulo de visão mais favorável para o contato com o meio externo. Dentre os vários autores, Graziano e Leone (2005), por exemplo, orientam que esses bebês têm a visão limitada a uma distância de cerca de 23 a 30,5 cm, sendo este o último sentido a se desenvolver. O RN consegue discernir melhor as imagens apresentadas em preto e branco, pois são nestas figuras que conseguem fixar o olhar por mais tempo (KENNER, 2001; BRASIL, 2002a). Outra preferência do pré-termo e/ou do bebê de baixo peso é por figuras geométricas. Alguns aspectos são comprovadamente nocivos à visão do bebê, dentre elas, a luminosidade, que além de causar lesão na retina, também interfere no desenvolvimento do ritmo do padrão dia e noite, tão importante no desenvolvimento futuro da criança (KENNER, MACLAREN, 1993; TAMEZ, SILVA, 2002). Franceschi Júnior, Neves e Caetano (2004) complementam, dizendo que o bebê parece achar a rosto do ser humano atraente e normalmente fixa o olhar no que estiver mais próximo, reforçando as ligações afetivas.

Portanto, a visão é um dos mais importantes sentidos no desenvolvimento físico e cognitivo do bebê, que proporciona sua interação com o meio em que está. Uma vez que o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso tem as funções visuais, motoras e cognitivas pouco desenvolvidas, devido à imaturidade do sistema nervoso central, há a

necessidade de serem estimulados visualmente de maneira precoce, principalmente pelos pais, possibilitando trocas afetivas entre eles (GRAZIANO; LEONE, 2005).

Na rotina da internação neonatal o pré-termo e/ou de baixo peso percebe as diferenças de luminosidade e interage com seus pais e com os profissionais que prestam algum tipo de cuidado. Entretanto, está restrito a um berço aquecido ou em uma incubadora com paredes de acrílico, transparente e sem nenhum atrativo visual (LÚCIO; CARDOSO, 2003).

Em estudos realizados por Rugolo (2005), o autor mostrou que é relativamente comum (cerca de 6 a 20% dos bebês de extremo baixo peso) a presença de seqüelas como surdez, cegueira e paralisia cerebral, sendo inversamente proporcional à idade gestacional. Assim, em bebês com 23 a 25 semanas de idade gestacional, a incidência de prejuízos à saúde atinge 30% ou mais, e metade destes recém-nascidos apresentam alterações sensoriais, podendo estar associada ou não ao comprometimento neurodesenvolvimental.

Como resultado de uma outra pesquisa realizada com 114 bebês imaturos e com baixo peso, Lúcio (2004) aponta que, além da prematuridade, outros fatores externos como a oxigenoterapia e a fototerapia são causadores de lesões na visão do bebê. Ressalta, desta forma, que a enfermagem tem papel primordial nos cuidados destes bebês, visando minimizar os agravos à saúde ocular da criança.

Considerando uma amostra constituída por 45 díades de mães-bebê, no Ambulatório de Seguimento Neonatal do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brunstein (2001) demonstrou que os grupos de díades mães-recém-nascidos a termo e os grupos de mães-recém-nascidos pré-termo (grupos controle) mostraram diferenças significativas e tendências de interação com a mãe, sendo manifestados por comportamentos maternos. As mães de recém-nascidos a termo estiveram mais próximas e atentas aos seus filhos e mantiveram mais contato visual. Já, as mães do grupo controle demonstraram mais afastamento em relação aos seus bebês. Constataram-se diferenças na interação visual entre as mães e os bebês. Percebeu-se que as interações negativas das díades mãe-recém-nascidos pré-termo diziam respeito ao pouco comportamento interativo

relacionado à habilidade de atenção visual por parte dos bebês, gerando frustrações nessas mães.

Regis, Kakehashi e Pinheiro (2005, p. 41) acrescentam que o bebê precisa ser olhado e olhar, pois “o bebê que repetidas vezes não foi olhado pela mãe, vai incessantemente buscar esse olhar para ser validado em sua existência”. Para as autoras, o recém-nascido que não passa por momentos de interação com seus pais pode crescer sem saber identificar o limite entre o que é seu e o que é do outro.

Além de a literatura abordar que a maturidade sensorial é fonte de preocupação para os pais, também há estudos que focalizam as características físicas e neurológicas do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso como tendo grande impacto na interação afetiva entre pais e bebês, despertando, inclusive, diversos sentimentos. De acordo com Klaus e Kennell (1992), os pais devem se adaptar à imagem do bebê real aparentemente tão frágil, esquelético e débil. Devido ao nascimento precoce, esses bebês apresentam características peculiares, necessitando de maior dedicação e atenção da equipe interdisciplinar da unidade neonatal, durante o período de internação, até que ganhe peso, esteja mais responsivo aos estímulos e consiga produzir uma interação com o cuidador e os pais, semelhante ao que seria emitido por um bebê a termo, ou seja, o bebê “ideal”. (FRANCESCHI JÚNIOR; NEVES; CAETANO, 2004).

Devido à ausência de tecido adiposo, por exemplo, a bibliografia especializada enfatiza que o bebê pré-termo e/ou de baixo peso apresenta fácies senil, com pele enrugada, conferindo aspectos mais desestimulantes na percepção dos pais (JÁRMY-DI BELLA, 2005; FERREIRA, 2003). Além disso, os olhos tornam-se exagerados em sua face, o pescoço apresenta curta extensão, a língua é protrusa e o queixo, próximo à caixa torácica. Os pavilhões auriculares são pequenos, moles e afastados da cabeça (OLIVEIRA, MONTICELLI, 2002; SCHMITZ, 1995). Todas estas idiossincrasias, se comparadas às que apresentam os bebês a termo, levam os pais a distanciarem-se dos recém-nascidos, caso não sejam capacitados a perceberem e aceitarem tais transições.

De igual modo, esses bebês apresentam desproporção nos perímetros cefálico, torácico e abdominal, tendo crânio oval ou arredondado, fontanela bregmática aumentada, caixa torácica evidenciada pela ausência de tecido adiposo e medindo de

28,8 a 29,5 cm, com diminuição das pregas cutâneas. O abdômen, em sua maioria, encontra-se distendido pela presença de gases e devido a sua transparência, deixa visível a rede venosa superficial. Acresce-se a isso que o coto umbilical apresenta-se espesso e próximo à sínfise púbica (OLIVEIRA, MONTICELLI, 2002; SCHMITZ, 1995; FERREIRA, 2003).

A pele do recém-nascido também é referenciada como um fator contributivo para a preocupação e afastamento dos pais, já que sua aparência é frágil, (fina e frouxa), podendo facilmente sofrer lesões, por serem muitas vezes, secas e quebradiças. Por ser fina, deixa exposta a rede venosa periférica e sua fragilidade capilar é identificada pelas manchas equimóticas (TAMEZ; SILVA, 2002). Sua coloração varia de acordo com a quantidade de melanina, podendo ser pálida ou avermelhada, com presença de lanugem em suas extremidades e de edemas, o que pode provocar na família, distintas percepções, freqüentemente associadas a sentimentos de receio em tocar (OLIVEIRA, MONTICELLI, 2002; TAMEZ, SILVA, 2002; FERREIRA, 2003).

Os órgãos genitais dos recém-nascidos são aparentemente assustadores para os pais, principalmente nos do sexo feminino, tendo os grandes lábios muito afastados, com presença de edema local e os pequenos lábios quase inexistentes. Os meninos ainda apresentam os testículos na cavidade abdominal e a bolsa escrotal terminando seu desenvolvimento (OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002). Os fenômenos pubertários, como a hidrocele fisiológica e a tumefação mamária, bastante comuns em recém-nascidos a termo, não são evidenciados em ambos os sexos, nos recém-nascidos pré-termo (BRASIL, 2002b), podendo afastar os pais dos cuidados de higiene e conforto.

Os membros apresentam-se caquéticos, curtos, débeis e hipotônicos. As unhas não atingem o rebordo digital e são de extrema fragilidade, devido sua flexibilidade. As pregas plantares estão mais evidentes na região anterior da planta dos pés, tendo na parte posterior, aspecto mais liso (BRASIL, 2002b; OLIVEIRA, MONTICELLI, 2002).

Os recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso apresentam períodos de transição no que diz respeito às experiências relativas às funções cognitivas e cerebrais, agindo em forma de ação e reação de acordo com o estímulo recebido. Em

razão disto, apresentam mudanças freqüentes nos estados comportamentais, como comunicação através dos movimentos corporais, interação e suas reações frente aos estímulos durante o cuidado de enfermagem, na forma como é tocado até atingir a idade de aproximadamente 36 semanas (KENNER; MACLAREM, 1993; GHERPELLI, 2003). Muitos destes bebês não apresentam os reflexos comuns aos que nasceram a termo. O reflexo de Moro, por exemplo, está presente a partir de 24 semanas, porém incompleto, sendo que somente com 28 semanas encontra-se completo. O de sucção está presente no mesmo período, ou seja, com 24 semanas, um tanto imaturo e sem ritmo de sucção/deglutição (OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002).

Estudos realizados por Gherpelli (2003) mostraram que bebês com 28 semanas apresentam reflexos de voracidade apenas lateralizando a cabeça, a preensão palmar apresenta resposta limitada à extensão dos dedos e no reflexo de Moro a resposta observada ficou limitada apenas à abertura das mãos, enquanto nos bebês com 30 a 32 semanas estes reflexos apresentam-se significativamente mais desenvolvidos.

O reflexo associado aos pontos cardeais está presente entre 24 e 28 semanas. Neste sentido o pré-termo direciona sua cabeça em direção ao estímulo recebido, ainda de maneira débil. Com 32 semanas é que fica mais evidente a sincronia de ação/resposta, ou seja, a cabeça direciona-se diretamente e mais rapidamente para a origem do estímulo. Ainda no que se refere à presença dos reflexos arcaicos, a bibliografia refere que nos bebês com até 34 semanas, os movimentos de marcha automática ou deambulação não são percebidos, isto em decorrência da imaturidade neuromuscular. Porém, a partir de 34 semanas, este reflexo é visível e facilmente estimulado (KENNER, MACLAREM, 1993; OLIVEIRA, MONTICELLI, 2002; GHERPELLI, 2003). Com relação ainda aos reflexos primitivos, estudos realizados por Olhweiler, Silva e Rotta (2005), comprovaram que há diferenças estatisticamente significativa entre estes, sofrendo forte influência da maturação biológica e de fatores ambientais. As características físicas destes bebês, aliadas ao comportamento de aproximação com seus pais, são componentes importantes em seu desempenho global. A estabilidade emocional da família e a participação ativa dos pais podem melhorar visivelmente o desempenho da criança e propiciar-lhe boa qualidade de vida (RUGOLO, 2005).

A literatura tem ressaltado cada vez mais que o bebê pré-termo, apesar da sua natural fragilidade, busca adaptar-se ao novo ambiente e submete-se às alterações por que passa seu organismo, sendo que as mais suscetíveis e freqüentes perturbações estão ligadas aos sistemas respiratório, circulatório e termorregulador (CAMPOS; LEITÃO, 2005).

As respostas fisiológicas dos recém-nascidos estão fortemente relacionadas com a idade gestacional. Quanto menor a idade gestacional, mais imaturos são seus sistemas e com maiores dificuldades de adaptações. O sistema respiratório do pré-termo apresenta alvéolos imaturos e dificuldades de expansão pulmonar em decorrência da fragilidade dos músculos intercostais. A maturação pulmonar anatômica e funcional requer ao menos 35 semanas de gestação; portanto, no pré-termo e/ou de baixo peso, estas funções estão comprometidas, causando uma maior incidência de distúrbios respiratórios e maior preocupação dos pais quanto a viabilidade de seu filho (OLIVEIRA, MONTICELLI, 2002; TAMEZ; SILVA, 2002). As características do padrão respiratório do bebê pré-termo são rápidas e intercaladas com pausas que podem durar entre 5 a 10 segundos. É comum apresentarem apnéias, consideradas pausas respiratórias com duração superior a 20 segundos, com presença de cianose e bradicardia (BRASIL, 2002). Segundo o Ministério da Saúde brasileiro,

a história natural da apnéia em recém-nascidos prematuros mostra um decréscimo gradual desses eventos por volta do final do primeiro mês de vida. No entanto, em algumas situações pode persistir até 42 semanas de idade pós-conceptual, acontecendo como eventos isolados durante o sono ou mesmo durante a alimentação (BRASIL, 2002, p.82).

Friedrich, Corso e Jones (2005, p. 79) salientam que “a prematuridade, os eventos que a provocam e as intervenções que dela decorrem alteram de maneira permanente, em maior ou menor grau, o desenvolvimento do sistema respiratório”. Deste modo, as alterações fisiológicas provenientes do sistema cardiocirculatório destes bebês, que na sua maioria estão expostos a fatores prejudiciais a seus pulmões imaturos, podem desencadear alterações respiratórias, o que freqüentemente leva os pais a se manterem afastados do bebê, com medo de desencadear “crises” no mesmo (FRIEDRICH; CORSO; JONES, 2005).

Cunha, Mezzacappa Filho e Ribeiro (2003) reforçam que os problemas respiratórios são comuns em pré-termos e muitas vezes estão associados à morbidade e

mortalidade no período neonatal. Ter conhecimento sobre estes problemas pode contribuir para uma prevenção futura, a fim de reduzir sua incidência e suas complicações, com conseqüente decréscimo dos custos hospitalares e principalmente beneficiar a saúde do bebê,

No que se refere ao sistema circulatório, o estado transicional desses bebês também pode influenciar na formação do apego, já que ocorre uma tendência a apresentar hemorragias cutâneas e de mucosas, em decorrência da fragilidade dos vasos sanguíneos e dificuldades no fator de coagulação (OLIVEIRA; MONTICELLI, 2002; TAMEZ; SILVA, 2002).

Em estudo realizado por Franzin et al. (2001), focalizando a taxa de mortalidade envolvendo o sistema circulatório de bebês pré-termo, em um determinado hospital, constatou-se que nos bebês com peso de 500 a 749g, a taxa de mortalidade foi de 70%, entre 750 e 999g, de 35% e entre 1.000 e 1.499g, 14%. Ficou constatado também que a hipoxemia destes bebês estava associada à necessidade de vitalidade de órgãos nobres (cérebro, coração e glândulas adrenais). Em detrimento, os bebês apresentavam vasoconstricção periférica, levando-os muitas vezes a apresentarem extremidades arroxeadas, hipotônicos, com poucas respostas, dando uma má impressão aos olhos dos pais, temendo que o pior aconteça para seu filho, e conseqüentemente, afastando os pais do bebê.

Finalmente, como exemplo de imaturidades transitórias apresentadas por essa população e que podem comprometer a formação do apego e fortalecimento do vínculo, a bibliografia aponta que o sistema termorregulador está diretamente amalgamado à estabilidade clínica do recém-nascido pré-termo e /ou baixo peso e sua sobrevivência. As dificuldades em manter a temperatura estão fortemente ligadas à superfície corporal relativamente grande em comparação com seu peso, capacidade metabólica limitada para a produção de calor e isolamento térmico inadequado (TAMEZ; SILVA, 2002). Oliveira e Monticelli (2002) argumentam que pelo fato deste sistema apresentar-se imaturo, associado ao baixo metabolismo basal, a mínima atividade muscular e a quantidade reduzida de alimentos nos primeiros dias de vida também influenciam na produção insuficiente de calor.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p. 68) aponta ainda que o pré-termo “é homeotérmico imperfeito, superaquecendo-se (febre) e esfriando-se com facilidade. Sabe-se que o resfriamento de pré-termo e/ou de baixo peso se acompanha de aumento de mortalidade”. Outra particularidade do bebê pré-termo e/ou de baixo-peso é que o mesmo apresenta dificuldades em manter a temperatura nas mudanças de decúbito e até mesmo em ajustar as suas vestimentas em resposta ao estresse térmico. Portanto, estes recém-nascidos apresentam capacidade termorreguladora limitada (KENNER; MACLAREM, 1993), o que pode ser um ingrediente a mais na preocupação dos pais em não “resfriarem” o filho.

Segundo Guimarães e Schneider (2003, p.32-33)

o controle térmico ideal é aquele, onde a temperatura corpórea mantém-se estável, permitindo assim, o ganho de peso adequado. A permanência do prematuro em contato pele-e-pele com seus pais provê o calor necessário para a manutenção da temperatura corporal, bem como a redução dos índices de infecção, maior ganho de peso e prevenção da apnéia e bradicardia do neonato. A pele serve como barreira contra ações químicas, mecânicas e biológicas (bacteriológicas), além deste ser um órgão sensorial onde devido à presença de inervações em abundância presente na derme, a sensibilidade à recepção de estímulos táteis, térmicos e dolorosos.

Deste modo, é extremamente importante levar em consideração a idade gestacional do recém-nascido, para melhor compreensão do comportamento do mesmo. Poucas semanas de imaturidade geram diferenças comportamentais que interferem nas reações dos pais ao recém-nascido caso estes não compreendam os motivos pelos quais estas ocorrem (GUIMARÃES; SCHNEIDER, 2003).

O aumento da sobrevivência dos bebês pré-termo e/ou de baixo peso e cada vez mais imaturos tem sido amplamente divulgado pela literatura especializada, entretanto, Rugolo (2005) refere que não é fácil predizer o prognóstico desenvolvimental dos mesmos, pois depende de complexa interação considerando os fatores biológicos e ambientais atuantes no cérebro imaturo e vulnerável, que ainda estão em processo de amadurecimento fisiológico. Este autor considera que o *follow-up* do desenvolvimento deve ser um processo contínuo e flexível de acompanhamento da criança, devendo não só estar direcionado ao atendimento clínico, como também, pela livre expressão dos pais, valorizando suas opiniões (RUGOLO, 2005).

Silva (2002) considera que as influências sobre o desenvolvimento e o amadurecimento fisiológico do pré-termo e do bebê com baixo peso estão ligadas a fatores biomédicos, tais como: os intrínsecos biológicos que estão relacionados com o modo de reagir de cada pessoa; os gestacionais, que envolvem o crescimento intra-uterino retardado, gerando bebês pequenos para a idade gestacional; e os perinatais e neonatais, que envolvem os fatores de risco dos sistemas respiratório, circulatório e termorregulador. A autora acrescenta ainda os fatores ambientais, relacionados às condições socioeconômicas, psicoafetivas, à estrutura familiar, bem como à intervenção/estimulação precoce e reabilitação.

Pesquisas realizadas por Procianoy e Guinsburg (2005) têm mostrado que é possível cuidar simultaneamente dos problemas respiratórios, circulatórios, infecciosos, metabólicos, neurológicos e nutricionais dos recém-nascidos imaturos. Porém, a sobrevivência destes bebês impõe um grande desafio, a de devolver aos pais uma criança capaz de desenvolver de maneira plena o seu potencial afetivo, cognitivo e produtivo.

Resultados apresentados por Freitas (2001) mostram que os bebês nascidos com peso inferior a 2000g apresentam diversos fatores de risco como os citados anteriormente, e demandam, portanto, uma atenção diferenciada, necessitando de programas de ação integral à saúde da mulher e da criança, com ênfase no período neonatal e no primeiro ano de vida.

2.2 O AMBIENTE NEONATAL NO PROCESSO DE APROXIMAÇÃO PAIS-BEBÊ

A UTI neonatal é basicamente constituída por um ambiente terapêutico indicado para bebês de alto risco, com aparelhagem específica e uma equipe multidisciplinar sob liderança competente (KAMADA; ROCHA; BARBEIRA, 2003).

O primeiro centro hospitalar criado para prestar atendimento aos recém-nascidos pré-termo foi edificado em Chicago, nos Estados Unidos, no *Sarah Morris Hospital*, em 1923. Neste serviço eram seguidos os princípios de Budin, médico neonatologista que idealizou e promoveu o uso de incubadoras com paredes de vidro, que possibilitavam melhor visualização dos recém-nascidos por parte de seus pais.

Conforme citado na introdução do presente estudo, um dos preceitos que Budin acreditava e que não era adotado neste centro de atendimento era o que envolvia os pais no cuidado e na aproximação junto aos filhos internados (KLAUS; KENNEL, 1992).

Por volta dos anos 60, o bebê pré-termo e/ou de baixo peso ainda era considerado intocável e distante, sem qualquer proximidade com seus pais e familiares (KLAUS; KENNEL, 1992). Nos dias de hoje, os neonatologistas e a equipe de saúde neonatal, que se tornou multiprofissional, acreditam que, com uma meticulosa atenção ao conforto e bem-estar do recém-nascido antes, durante e após o nascimento, os bebês de risco serão capazes de sobreviverem, sobretudo incluindo os pais neste processo. Com o passar dos anos, a tecnologia disponível no ambiente neonatal tornou-se mais avançada, sofisticada, diversificada e precisa (KLAUS, KENNEL, 1992; KAMADA, ROCHA, BARBEIRA, 2003), porém, com a mesma intensidade, distanciou-se da abordagem interativa, passando a incluir os pais e os familiares, muitas vezes, na periferia assistencial.

Em sua dissertação de mestrado, Schumacher (2002) esclarece que o ambiente da UTI é caracterizado por um local onde os profissionais estão sempre em atividade, atendendo bebês instáveis, preocupados com a aparelhagem, com a tecnologia, atentos aos sinais de piora e às situações de emergência. Neste ambiente o bebê não está preparado para o ritmo urgente que lhe é imposto e considerado bem diferente da vida intra-útero. Tudo acontece muito rápido e numa seqüência de técnicas algumas invasivas e outras não, mas que exigem um constante tocar e manusear o bebê. Braga e Morsch (2003, p. 55) descrevem este momento do bebê dizendo que

em poucos minutos, é preciso examiná-lo, medi-lo, pesá-lo, instalá-lo num berço aquecido ou numa incubadora, ligá-lo aos monitores e, em casos mais graves, colocá-lo no respirador. É tudo muito estranho, muito diferente ao que o bebê está habituado. Então, ele terá de fazer um esforço enorme para adaptar-se a um ambiente essencialmente hostil, embora indispensável para sua sobrevivência.

O ambiente físico de uma UTI neonatal é, na maioria das vezes, estressante, hostil, não apenas para os recém-nascidos, mas também para seus pais (GOTARDO; SILVA, 2005). Isto pode relacionar-se ao fato de que para prestar assistência neonatal há necessidade do uso de diferentes equipamentos, que causam preocupação nos pais.

Estudos publicados têm descrito que toda esta tecnologia, apesar de imprescindível à própria sobrevivência dos bebês pré-termo e de baixo peso, muitas vezes acarretam vários problemas para os pais e demais familiares. Dentre os equipamentos que mais assustam, Moreira et al. (2003) citam o monitor cardíaco, que se conecta ao recém-nascido por meio de fios presos por adesivos que são colocados no tórax, abdome, membros superiores ou inferiores do bebê; o oxímetro de pulso, que é ligado ao bebê através de um fio, possuindo um sensor vermelho que permanece em contato com a pele do bebê, algumas vezes na palma da mão, noutras, no pé, ou ainda no punho ou no dedo; o monitor de pressão sangüínea; o sensor de temperatura, que é colocado na superfície corporal do recém-nascido e fixado com fita adesiva; a bomba de infusão intravenosa, que é utilizada para administrar líquidos diretamente na corrente sangüínea; o catéter arterial ou venoso umbilical, que consiste em um tubo fino que colocado dentro da artéria e veia umbilical do recém-nascido para infusão de líquidos, medicações e nutrientes, além de coletas de sangue para exames laboratoriais; os chamados “CPAP”, que consistem em pequenos tubos siliconados que são introduzidos nas narinas do bebê, e através destes, fornecido oxigênio sob pressão e concentração controlada. Para manter fixado este tubo é utilizada uma touca de malha na cabeça do recém-nascido e fixado com o auxílio de elásticos e presilhas; o tubo endotraqueal, que é fixado no rosto do bebê com fitas adesivas ou de tecido (algodão) e acoplado no respirador; o respirador ou o ventilador mecânico, que quando são de alta frequência produzem um barulho alto e provocam movimentos involuntários no bebê; e por último, há a incubadora e o berço de calor radiante, que também são, inicialmente, pouco compreendidos pelos pais.

Todas as aparelhagens utilizadas nas unidades neonatais têm contribuído para a diminuição da morbimortalidade em recém-nascidos e cada vez mais a sobrevivência destes bebês tem sido uma conquista (SCOCHI et al., 1999), porém toda essa tecnologia pode gerar, concomitantemente, estresse e dor para os bebês, e os pais, mais do que ninguém, sentem isso. Muitas vezes o som ambiente chega a provocar alterações fisiológicas nos recém-nascidos (MOREIRA et al., 2003).

Assim, de modo geral, comprova-se que a UTI neonatal é um ambiente bastante iluminado e com intenso nível de ruído. Em função disto, Moreira et al. (2003),

inclusive, destacam algumas ações que podem modificar ou reduzir esses estímulos como, por exemplo, diminuir o nível de ruídos e o som dos aparelhos, reduzir a luminosidade, posicionar adequadamente o recém-nascido, minimizar o estresse dos tratamentos, manipular o bebê o menor número de vezes, falar em voz baixa, ter cuidado ao manusear as portinholas da incubadora e no abrir e fechar as portas da UTI, diminuir o volume dos alarmes dos monitores, do toque dos telefones, dentre outros.

Em suma, ao ser levado para a unidade neonatal, bebês e pais irão se deparar com um ambiente extremamente diferente e as reações dos bebês frente aos diversos estímulos irão gerar um gasto de energia que, por sua vez, poderá refletir negativamente em suas funções fisiológicas, no desenvolvimento do sistema nervoso central e, inclusive, na interação afetiva com seus pais (BRASIL, 2002).

Segundo Moreno e Jorge (2005, p. 177), a hospitalização em uma unidade neonatal, não deixa de ser

uma ameaça à integridade corporal e emocional da mãe acompanhante, do bebê enfermo e de sua família. Parece causar sofrimento para todos. Para a mãe, por irromper a sustentação simbólica do bebê imaginário, fragmentar a relação mãe-filho construída ao longo da gestação, negar o exercício da maternagem [...], desviando-se de si mesma, descortinando o *pre* da *presença*, ao ser lançada repentinamente num outro mundo, em um mundo ameaçador, distante de seu cotidiano, o mundo das instituições, repleto de normas e rotinas.

Além do mais, a literatura atual referente aos fatores ambientais da internação neonatal que interferem na aproximação entre pais e bebês pré-termo e/ou de baixo peso, tem destacado que

o nascimento é a passagem entre dois universos diferentes: o interior do corpo materno e o mundo aqui fora. Esta transição brusca da vida fetal para a vida neonatal leva o bebê a uma situação de desamparo e vulnerabilidade, pela exposição a uma série de estímulos completamente novos a um ambiente totalmente diverso do anterior, quando dispunha das condições imprescindíveis para o desenvolvimento e sobrevivência (CAMPOS; LEITÃO, 2005, p.51-52).

Vale ressaltar que muitas vezes os sentimentos negativos despertados pelos pais, durante a internação no ambiente neonatal, não são apenas pelo ambiente desconhecido e pela gravidade dos casos, mas sim pelo afastamento do bebê de sua família, aparentando que seu filho pertence a uma equipe de saúde e não a eles, seus genitores (MORENO; JORGE, 2005). As autoras acrescentam que “trabalhos na neurociência têm demonstrado que a ligação afetiva forte e segura de pais com seu

bebê parece ter uma função biológica protetora sobre os efeitos adversos do estresse de uma UTI” (MORENO; JORGE, 2005, p.179).

Em estudo realizado por Tilokskulchai et al. (2002), os autores destacam que o papel da enfermeira em uma unidade neonatal consiste dentre outras ações, em auxiliar e encorajar os pais no contato direto com seu filho, através de comunicação verbal e não verbal, embora muitas vezes as mães participantes deste estudo tenham despendido pouco tempo para seus bebês. Mas além deste papel da enfermeira no processo de aproximação, toda a equipe deve ter cuidados especiais para com os bebês hospitalizados, dentre eles o de diminuir a luminosidade constante do ambiente neonatal que afeta não só a retina do bebê, como também interfere no ritmo do sono. A luz forte evita que o bebê identifique o ambiente e faça o seu reconhecimento, podendo gerar alterações endócrinas e quedas no nível de saturação, ou seja, da oxigenação circulante (BRASIL, 2002).

Moreira et al. (2003, p.35) complementam dizendo que

os níveis constantes de luz podem tornar o desenvolvimento normal do ciclo sono-vigília mais lento. Prematuros internados em UTIs que diminuem a luminosidade à noite avançam mais rapidamente seu ciclo de sono-vigília – isso significa que eles começam a gastar mais tempo durante cada período de sono no sono profundo, e menos tempo no sono leve – que os bebês que ficam sob iluminação constante.

O estresse não é só por conta do manuseio exagerado, dos sons e da luminosidade, mas também pela forma como os pais encaram a necessidade de hospitalização, pois para conseguirem adaptar-se e conviver dentro deste espaço, os pais precisam fazer um esforço muito grande, “caso contrário não conseguem suportar as cenas chocantes que presenciam” (CUNHA, 2000, p.80).

A permanência dos pais junto ao filho hospitalizado é um direito garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1991), porém, em muitos locais, os pais ainda são vistos como intrusos. Alguns profissionais se apoderam do bebê, considerando serem os únicos capazes de salvarem sua vida. No entanto, a participação dos pais no cuidado e o convívio com os profissionais de saúde denotam as características peculiares que a equipe tem de identificar, de reconhecer e de conviver com os pais nesta situação crítica e instável que o bebê está vivenciando, inserindo o casal em todo o processo de hospitalização. Além disso, Rossato-Abéde e

Angelo (2002, p.49) acreditam que “ao valorizar a presença da família durante o tratamento da criança, a enfermeira desempenha um papel singular no cuidado aos pais, em particular no contexto da UTI neonatal”.

O desenvolvimento do recém-nascido e de seus pais é o resultado da interação dinâmica entre eles e o ambiente, e cada um influencia e é influenciado pelas respostas do outro, resultando no sucesso ou no fracasso das relações (SILVA, 2002; JONES, 1982).

Segundo Klaus e Kennell (1992), há diretrizes que deveriam ser seguidas em uma UTI neonatal que facilitariam o contato entre pais e profissionais, tornariam o processo de hospitalização menos estressante e mais seguro. Dentre essas diretrizes, destacam-se: o livre acesso dos pais à unidade neonatal durante as 24 horas, mantendo-os cientes de que podem tocar seus bebês e ajudar a cuidar deles; a conscientização dos pais de que a boa higiene das mãos e o uso do avental ajudarão a prevenir infecções; a disposição de auxiliar os pais em qualquer dúvida que possuam sobre seus filhos, explicitando que não hesitem em perguntar. O diálogo é importante para entenderem a evolução clínica do seu bebê; as observações dos pais sobre seu bebê são importantes, sendo que, ao notarem alguma mudança, ou se estiverem preocupados com algo, devem ser encorajados a conversarem com os membros da equipe.

Os autores consideram muito importante o acesso a estas informações, sugerindo ainda que é um modo de dar as boas-vindas a este ambiente tão singular de uma UTI neonatal. Reforçam que estas orientações devem ser expressas no momento logo após o parto, pois “a escolha das palavras terá efeito duradouro” (KLAUS; KENNELL, 1992, p. 212). Deste modo, os pais podem acompanhar a recuperação e o desenvolvimento da criança, participando ativamente dos cuidados, proporcionando segurança e tranquilidade, pois sentem também que a equipe de saúde cuida tanto do bebê quanto deles com individualidade, carinho e respeito (COSTENARO; MARTINS, 1998).

Aos poucos a situação se impõe, e os pais, assim como os recém-nascidos, tentam se adaptar a essa realidade não desejada. Os sentimentos iniciais persistem, pois a ameaça da perda da vida do bebê ainda tem lugar, além da crença de ter “fracassado” como genitores ao colocar no mundo uma criança incapaz de sobreviver sem os cuidados oferecidos por profissionais da saúde (BRAGA; MORSCH, 2003, p.52).

No processo de hospitalização os pais de recém-nascidos internados em uma unidade neonatal têm um papel fundamental, porém muitas vezes estes supõem, equivocadamente, que este papel torna-se complementar, uma vez que consideram os profissionais de saúde como sendo atores principais neste contexto, e que somente eles é que possuem a capacidade de salvar a vida de seu filho, aparentemente tão frágil. Outra percepção dos pais é de que os aparelhos fazem toda a função, despertando neles a sensação de não serem necessários (BRAGA; MORSCH, 2003).

Klaus e Kennell (1992) ressaltam que, independente do avançar dos tempos, seja nos anos 50 ou nos dias de hoje, o comportamento apresentado pelos pais ao ingressarem em uma unidade intensiva é o mesmo. A rotina deste serviço transparece ser algo sinistro e sugerem um ar de tensão, mesmo depois de terem tido várias idas e vindas dentro da unidade.

Portanto, segundo Cunha (2000), a forma como os pais são recebidos na UTI neonatal os faz confiar ou não nos profissionais, propiciando segurança e possibilitando uma maior proximidade entre a díade mãe-pai com a equipe de saúde. A literatura recente tem, portanto, enfatizado com insistência este tema. Regis, Kakehashi e Pinheiro (2005), por exemplo, a partir da experiência teórico-prática que possuem na UTI Neonatal, argumentam que o ambiente neonatal parece “paralisar” os pais. Ainda que presentes na unidade, não conseguem se envolver com seus filhos ficando apenas na observação das pessoas que circulam pela unidade e na observação do choro e das características de outros bebês. Estas autoras alertam, inclusive, que com esta falha ambiental, os bebês podem sofrer uma ruptura no desenvolvimento emocional.

Considerando o ser humano como um ser em processo contínuo de desenvolvimento emocional e como um sujeito em inter-relação permanente com o ambiente, que sofre e exerce influências ao meio que circunda, questionamos sobre as condições necessárias para prover e manter um ambiente que favoreça o desenvolvimento emocional do bebê. [...] as mães, de um modo geral, estão preparadas ou amparadas para proteger seus bebês de agressões ambientais, tão logo possam cuidar dos mesmos (REGIS; KAKEHASHI; PINHEIRO, 2005, p. 39).

Com o objetivo de propiciar maior contato dos pais na unidade neonatal e desmistificar este ambiente, muitas instituições desenvolvem programas específicos de envolvimento dos mesmos, como por exemplo, em São Paulo, no Hospital das

Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo onde, desde 1984 existe o GRUPAR (Grupo de Pais de Prematuros de Alto Risco), que visa o atendimento destes pais sob orientação de uma equipe interdisciplinar, buscando manter os pais informados a respeito da situação clínica do bebê, sob quais intervenções seriam submetidos e procurando neste contato esclarecer todas as dúvidas levantadas pelos mesmos (GOMES et al., 1997).

Desta forma, determinados aspectos devem ser levados em consideração quando envolvem o processo de internação de um bebê de risco, e uma delas é, justamente, a relação entre a equipe neonatal que presta cuidados a este recém-nascido e seus pais. Pensando na humanização da assistência hospitalar, Scochi et al. (1999) colocam que um dos princípios básicos que devem ser seguidos é a incorporação dos pais no cuidado ao filho o mais precoce possível. Sendo que uma interação positiva entre equipe, pais e recém-nascido, demanda um comportamento afetuoso e verdadeiro entre estes sujeitos, atendendo às necessidades psico-emocionais do bebê, incluindo os pais no alvo do cuidar (GUIMARÃES, SCHNEIDER, 2003; REGI, KAKEHASHI, PINHEIRO, 2005).

Estudo realizado por Carter (2005) confirma que quando os pais participam dos cuidados e não se fazem presentes durante os procedimentos clínicos dolorosos, apresentam baixos índices de ansiedade e depressão. Para tanto, Levin (1999) colabora, apresentando alguns passos que devem ser seguidos em busca de um cuidado clínico e psicossocial mais amplo e coerente dos bebês internados em unidades neonatológicas. Tais passos, a meu ver, complementariam as diretrizes apontadas por Klaus e Kennell (1992): cada profissional da equipe neonatal deve oferecer uma atenção direcionada à tríade, com habilidades nos aspectos psicológicos; a equipe deve estimular a amamentação e ensinar as técnicas de retirada de leite das mamas; deve-se procurar minimizar o estresse psicológico dos pais durante o período de hospitalização; não se deve dar ao bebê qualquer outro alimento além do leite humano, exceto quando clinicamente indicado e específicos; evitar ao máximo a realização de testes e exames; os contatos precoces pele-a-pele e olho-no-olho entre a tríade devem ser estimulados tão logo quanto possível; deve-se reduzir o uso de equipamentos médicos no cuidado neonatal; evitar o uso de terapias agressivas e dolorosas; pais e

bebê devem ser considerados como um estreito sistema psicossomático e as visitas diárias devem ser voltadas não somente para o bebê, como também as necessidades dos pais; durante a hospitalização prolongada, deve-se propiciar a visita de outros membros da família, como dos irmãos do recém-nascido, avós e outros que considerem importante. Em suma, concordo com Costa (2005) que esses passos sugeridos servem para complementar e estabelecer uma proposta de cuidado integral e individualizado, de maneira mais humanizada para a tríade mãe/pai/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso.

Os autores que vêm se debruçando sobre o assunto têm manifestado preocupações freqüentes com a promoção orientada da aproximação pais-bebês, argumentando que essa forma de atenção exige atitudes mais abertas e flexíveis de toda equipe de saúde neonatal, pois requer contato afetoso, próximo e eficaz, promovendo interações e aproximações entre a tríade de forma mais consistente. Assim, há necessidade de aprendermos a compartilhar enquanto profissionais o cuidado aos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso com suas famílias, aceitando suas escolhas e possibilitando que se tornem sujeitos de sua própria história (GOMES; ERDMANN, 2005).

2.3 SIGNIFICADOS E SENTIMENTOS EXPRESSOS PELOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E /OU DE BAIXO PESO

Quando o casal espera um bebê, geralmente surge na família uma diversidade de sentimentos e emoções únicas (MONTEIRO; SILVA; SILVA, 2002). Burroughs (1995) acredita que a gestação, incluindo o trabalho de parto e o parto propriamente dito, talvez sejam as experiências mais emocionantes e dramáticas na vida da mulher e de seu companheiro, gerando um enorme impacto na família.

Quando a gestação é considerada de “alto risco” podendo desencadear o nascimento de um bebê pré-termo e/ou de baixo peso, sentimentos conflitantes e contraditórios podem surgir na família. Torna-se necessário, então, além de um atendimento direcionado às especificidades da gestação, um atendimento voltado às necessidades emocionais durante o pré-natal.

Knuppel e Drukker (1996) consideram ainda que, por si só, a gestação representa um grande desafio adaptativo, porém a gestação de alto risco e o parto antes do previsto aumentam os problemas sociais e psicológicos para a mulher e seu companheiro.

A gravidez, de uma forma geral, é vista pelos autores de forma positiva, principalmente pelos pais que fizeram o planejamento, porém quando ocorre um parto prematuro, esta resposta positiva pode se alterar gerando culpa e desilusão (HAGAN; EVANS; POPE, 2004). Cunha (2000) acrescenta dizendo que mediante o nascimento prematuro os pais perdem os alicerces que os sustentam, desencadeando a insegurança.

Barbosa (1999) expressa que a história pregressa de cada mulher e sua gestação fornecem aos profissionais de saúde valiosas informações sobre o grau de dificuldade que a mesma encontrará para manter o contato próximo e afetuoso com o seu bebê. Os pais que tiveram seu filho prematuramente precisam enfrentar o medo e as dúvidas quanto à sobrevivência do mesmo, além do sentimento de culpa por ter gerado a situação que agora vivenciam. Isto também é válido quando ocorre gestação múltipla, já que os pais, muitas vezes, já estão preparados para um parto antecipado, porém as dúvidas acerca da sobrevivência não diminuem, principalmente relativas ao segundo gemelar que, para Aragão (1999), tem prognóstico pior em relação ao primeiro.

Estudo realizado por Byers et al. (2003), comparando os pais que tiveram nascimento único, com os que tiveram dois ou mais filhos (gemelares), com relação ao estado de ansiedade dos pais, o apego entre a tríade e a sincronicidade entre os períodos de sono e alerta dos bebês na incubadora, revelou que os pais que tiveram um filho respondem mais positivamente e se aproximam mais facilmente. Já, os pais de gemelares apresentaram comportamento satisfatório ao ver seus filhos na incubadora, pois achavam que lá estariam protegidos, porém, não acharam significante melhora no quadro clínico da criança, ocorrendo conseqüentemente, pouca aproximação entre pais e filhos.

Em uma pesquisa realizada por Holditch, Roberts e Sandelowski (1999), os autores enfatizam que os sentimentos de culpa e dificuldade de interação entre os grupo de pais de gemelares e o outro grupo controle são próximos, levando entre uma semana a três meses pós-parto para superarem os aspectos negativos.

Desta maneira, os paradigmas culturais e familiares que ensinam como receber e cuidar de um bebê já fazem parte do psíquico dos pais, mas no que se refere ao nascimento antes do que se espera, o nível de conhecimento bem como as noções de cuidados se dissolvem, sendo marcados pelo luto do bebê imaginário e sofrendo adaptações ao bebê real (BRASIL, 2002; GONÇALVES, 2004). Neste momento de luto os pais, por sua vez, podem apresentar dificuldades em expor seus sentimentos, revelando comportamentos pouco naturais e espontâneos (GUIMARÃES; SCHNEIDER, 2003).

A compreensão sobre os sentimentos de aproximação entre a tríade apontada pelos autores Berthould (1997), Gomes (2001), Thomaz (2002) e Braga e Morsch (2003), em diferentes épocas, se completam, principalmente ao afirmarem que os primeiros contatos entre a tríade pai-mãe-bebê constituem uma experiência com muitas dificuldades e variados sentimentos, que são gradativamente superados, para então começarem a conhecer um ao outro e se estabelecer aos poucos o apego. Tais autores afirmam que o primeiro contato com a unidade neonatal traz para os pais diferentes sensações, dentre elas a perplexidade e o medo em face de uma realidade inesperada e longe daquela idealizada para a criança. Mesmo aqueles que já esperavam ter um parto prematuro, mesmo os que tiveram um contato prévio e conheceram a unidade, independente destas condições, os pais de um modo geral demonstram certo desconforto ao iniciar o contato na UTI.

Percebe-se que, inicialmente, a principal preocupação para os pais que tiveram o nascimento prematuro do filho é pela sobrevivência de seu bebê. Além desta preocupação, outro fator preponderante, segundo estudos apresentados pelo Ministério da Saúde Brasileiro e outros autores (BRASIL, 2002; CUNHA, 2000; MARTINS, 2000; SERRA, SCOCHI, 2004), é de que o nascimento antes do previsto normalmente representa um momento de crise na família, levando-a a um desequilíbrio que pode estender-se por períodos diferenciados para cada uma das famílias. Nessas situações os pais geralmente ficam temporariamente incapazes de responder adequadamente.

Stjernvist (1992) elucida que as características de fragilidade apresentadas pelo pré-termo podem provocar alterações no ritmo natural do funcionamento familiar e nas relações pessoais, podendo agravar com o período prolongado de hospitalização.

A hospitalização é considerada como sendo algo fortemente negativo, podendo despertar os sentimentos mais diversos, desde alívio em certos casos, até ameaça em outros. É comum acontecer durante o período que antecede o parto, a imagem de um nascimento perfeito, a amamentação, os cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido e aguardar por receber a alta hospitalar e seguir uma nova vida, agora com uma verdadeira e completa família. Porém, com o acontecimento inesperado do parto prematuro, estes sonhos se diluem (FRAGA; PEDRO, 2004).

Nos resultados apresentados por Lourenço (2003), a autora descreve que a ansiedade gerada pela instabilidade do recém-nascido devido à aparência de fragilidade, despertada pelas características físicas do bebê e os sentimentos de medo e insegurança acerca da responsabilidade e do cuidado materno, foram fatores decisivos no processo de vinculação entre a tríade.

Brazelton e Cramer (1992, p. 200) corroboram este pensamento quando dizem que

o nascimento de um bebê prematuro é um severo golpe à auto estima das mães, às suas capacidades de maternagem e ao seu papel feminino. É concebido como uma perda de uma parte do corpo, uma afronta à sua integridade corporal e um sinal de inferioridade interior. O nascimento prematuro reforça um sentimento de irreabilidade em relação à criança que é percebido como estranha, portanto, mais facilmente rejeitada.

Muitas vezes estes sentimentos apresentados pelos pais aparecem quando por algum motivo eles fizeram ou deixaram de fazer algo que julguem errado. Surge de uma necessidade humana de encontrar causas racionais para o nascimento de seu bebê antes do previsto (FRAGA; PEDRO, 2004). Segundo Ferraz e Chaves (1996) os sentimentos de frustração e de culpa são exacerbados ao perceberem que seu bebê é pequeno e com aparência de frágil, além de não apresentar características nem traços familiares, tornando-se aparentemente um bebê inacabado.

A culpa irá acompanhar os pais que tiveram bebês antecipadamente, independente da gravidade e dos problemas manifestados. O fato é que estes pais irão sentir-se responsáveis por uma ação ou omissão que ocasionou este prejuízo ao recém-nascido (FRAGA; PEDRO, 2004).

Brazelton (1988, p.80) acentua que

o luto depois de um nascimento prematuro é inevitável. Os pais não somente têm esta reação pela perda do bebê perfeito que esperavam, mas também

lamentam os defeitos do bebê que produziram, culpando-se a si mesmos, consciente ou inconscientemente.

Em estudo realizado por Monteiro, Silva e Silva (2002), os autores demonstraram que os sentimentos apresentados pelos pais eram os mais variados possíveis, sendo o mais freqüente, o medo, pois temiam que o pior acontecesse. Havia também a preocupação com o bem-estar do filho e a tristeza por estarem em uma situação diferente dos outros pais que tiveram seus filhos a termo e que podiam, a todo e qualquer momento, tocarem, acariciarem, cuidarem, amamentarem e tê-los em seus braços. Camargo et al. (2004) completam dizendo que o medo pode estar diretamente ligado ao ambiente desconhecido, como também, à falta de informação da real situação do seu filho, levando a pensar no pior.

Um estudo comparativo realizado por Ay (2002), com pais de bebês a termo e de baixo peso, mostrou que a ansiedade e a depressão são emoções encontradas nos dois grupos, porém mais freqüentes em pais dos bebês de baixo peso, frente ao risco que este nascimento oferece, mostrando-se estarem preocupados com os aspectos do desenvolvimento e da saúde do bebê, enquanto os pais de bebês a termo estão mais preocupados com os cuidados cotidianos.

Todos estes sentimentos, pensamentos e comportamentos se consolidam no processo de luto que é marcado pela quebra dos projetos feitos durante a gestação. O luto perinatal pode tanto romper como fortalecer os elos familiares. Para a mulher, este período pode apresentar-se mais intenso devido à passagem pelo pós-parto, quando os hormônios ainda são responsáveis por grande parte desta ambigüidade de sentimentos. Para os homens, os sentimentos de impotência, raiva, mágoa secreta, são confinados a um papel de apoio (MONTIGNY, 2005).

Quando o ser humano apresenta tais sentimentos e está próximo da morte ou outro tipo de perda, é comum a passagem por cinco estágios: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Assim, os pais lançam mãos destes mecanismos de defesa para se protegerem, até que estejam prontos para enfrentar a situação (KÜBLER-ROSS, 1998).

Após terem superado estes estágios, e já imersos neste processo interativo, os pais passam a ser os protagonistas no contato e na regulação dos sistemas de biorritmo,

e o recém-nascido não é apenas submetido às influências do ambiente, mas está ativamente participando desta construção. Porém, a passividade de um bebê pré-termo e/ou de baixo peso favorece que os pais pouco entendam sua colaboração com o processo de afetividade. Pinto (2001) reforça que o que os pais necessitam compreender é que a interação com seu bebê aparente ser assimétrica, podendo permanecer por um tempo apenas no contato não-verbal.

Para o adulto o comportamento do apego é uma forma de garantir proximidade e para o bebê é uma forma de proteção, porém, para ambos, os benefícios são tanto emocionais quanto cognitivos (WEBER, 2004). Entretanto, muitas vezes o estabelecimento do apego pode ser prejudicado pela falta de oportunidade dos pais de interagirem com o recém-nascido (SCOCHI et al., 2003). É preciso que os pais estejam aptos a prestar cuidados diários ao bebê e isto implica não apenas em estar junto “de corpo”, mas, necessariamente, precisa ser uma presença afetiva (CARVALHO, PATRÍCIO, 2000; MARTÍNEZ, 2004). Esta perspectiva é fundamental, principalmente com relação à participação paterna nos cuidados diários ao filho, já que muitas vezes é excluído, sem oportunidade de se interessar e sentir seu filho (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005).

Autores como Klaus e Kennell (1992) e Braga e Morsch (2004) argumentam que é necessário compreender que uma gama de sentimentos aflora todo este processo de aproximação, sendo que muitas vezes, durante a hospitalização, outras questões surgem como dificultadoras, o que leva a agravar os sentimentos destes pais. Muitos dos pais que tiveram seus filhos prematuramente possuem outros filhos, o que torna mais um fator de preocupação. Assim, é comum perceber que muitos pais cumprem dupla jornada de trabalho, pois além de manter a rotina do lar e do cuidado com os outros filhos, passam longos períodos no ambiente hospitalar.

Uma outra preocupação que os pais têm ao findar todo este processo e que ficou claramente evidenciada na dissertação de Balbino (2004) é relativa à alta hospitalar. Neste momento, os pais mostram-se preocupados com o risco do filho contrair infecção, com o seu crescimento e desenvolvimento, com o futuro do filho de baixo peso e a nova responsabilidade que irão assumir. Assim, apresentam sentimentos positivos e negativos como: medo, insegurança, ansiedade, alegria, incerteza e dúvida.

Tronchin (2003) complementa dizendo que além desses fatores terem aparecido também em seus estudos, outros fatores relacionados com a experiência marcante que os pais tiveram durante a internação do filho e ao sucesso desta conquista foram igualmente ressaltadas, relacionadas com a religiosidade, as qualidades da relação com os profissionais de saúde e a assistência especializada para a sobrevivência do bebê. Além disto, muitos dos pais estudados sentiram-se capazes de cuidar de seu filho em casa, embora tenham reconhecido a existência de obstáculos para desempenharem os papéis de pais e mães.

2.4 ESTRATÉGIAS APONTADAS PELA LITERATURA PARA A PROMOÇÃO DA APROXIMAÇÃO DA TRÍADE MÃE-PAI-RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E/ OU DE BAIXO PESO

O cuidado com o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso e as relações de apego entre a tríade estão amplamente interligados. Assim, manter mãe, pai e bebê próximos logo após o nascimento proporciona uma continuidade das interações que contribui para a formação do apego (CAMARGO et al., 2004; COX, BIALOSKURSKI, 2001). Klaus e Kennell (1993) acrescentam que esta aproximação facilita o início dos mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais que, possivelmente, vinculam os pais aos filhos.

Guimarães e Schneider (2003) descrevem que estudos realizados com pais que tiveram a oportunidade de desfrutar de um contato precoce com seu recém-nascido mostraram que o caminho rumo à formação do apego é mais facilitado, enquanto que para os pais que não puderam usufruir deste contato, devido a alguma intercorrência, a caminhada rumo ao apego aconteceu de forma mais lenta.

A literatura (principalmente advinda de autores enfermeiros e psicólogos) tem abordado amplamente esta questão, enfatizando que é através da aproximação entre pais e filhos que se estabelecem os laços afetivos, e para que isso ocorra, há necessidade que o trabalho de atendimento à tríade esteja direcionado para esta relação, e nos casos onde houver alguma dificuldade, deve-se buscar a escuta sensível, para ordenar simbolicamente esta relação (TIMI; BRAGA; MARIOTTO, 2004).

Muitas vezes, como mostra Morsch (2004) em sua tese, são necessárias intervenções junto aos pais desde o momento do pré-natal e em especial na vigência da hospitalização dos bebês pré-termo e /ou de baixo peso, para que possam oferecer aos filhos, melhores recursos de enfrentamento e superação dos obstáculos inerentes à situação de baixo peso/hospitalização.

Compartilhando da mesma idéia, Pedespan (2004) acrescenta, dizendo que o principal anseio dos pais está na experiência psicológica da gestação e na possibilidade de um nascimento prematuro, estando esta ligada à experiência na formação do processo de apego. O autor sugere que através das ações que antecedem o parto é que se pode fazer prevenção e restauração no pós-parto, no sentido de incrementar possibilidades de cuidado precoce para circundar as relações entre pais e filho, encorajando e evoluindo ao apego.

Este contato que antecede o nascimento, segundo Reid (2000), é uma tática aparentemente trazida a uma experiência real para a mulher, na tentativa de encorajá-la à transição da maternidade, ou seja, de mulher para mãe. Em muitos casos esta aproximação entre a tríade é facilitada pela forma como os profissionais se comportam e prestam os cuidados ao bebê (CUNHA, 2000). Simsen e Crossetti (2004) enfatizam que tanto o neonato quanto seus pais necessitam de cuidados em seu todo, de cuidado profissional expressivo, isto é, de forma humanizada.

Uma outra estratégia referida nos estudos de Rodrigues (2000) e de Oliveira (1998) é o modo dialógico como a enfermagem faz para que os pais aprendam a conhecer seu filho e passam a cuidar do corpo do bebê aparentemente frágil, proporcionando segurança e aproximação entre a tríade.

Em pesquisa realizada por Erlandsson e Fagerberg (2005) sobre o discurso de seis mães que vivenciaram todo o processo de conceberem e de cuidarem dos seus bebês pré-termos, pôde-se perceber que a afeição promovida esteve intensamente ligada ao entrosamento dos serviços da maternidade e da unidade neonatal, que facilitaram a ligação entre a tríade, reduzindo o tempo de separação entre eles.

Outro fator contributivo na interação pais/bebê é estimulá-los a estarem presentes na unidade neonatal, próximos ao filho, de modo que possam ser percebidos, ouvidos, sentidos e visualizados pelo recém-nascido. As estimulações visuais,

auditivas e motoras favorecem a interação precoce e determinam o desenvolvimento psico-neuro-motor dos chamados bebês de risco (GIRARDI, 2003). Deste modo, os pais dos recém-nascidos também necessitam receber cuidados da equipe neonatal e freqüentemente da enfermagem, facilitando a expressão dos seus sentimentos, aliviando as sensações dolorosas em relação ao bebê, buscando melhor compreender a dinâmica afetiva entre a tríade e, além disso, “respeitar as diversidades que possam surgir dos indivíduos” (FRAGA; PEDRO, 2004, p.96). Vieira (2003) refere que para aprimorar a assistência dirigida aos pais dos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso é fundamental investir em projetos integrados, abrangendo toda a equipe de saúde neonatal.

Autores como Serra e Scochi (2004), Camargo et al. (2004) e McKim (1993), recomendam que a equipe de saúde favoreça também o contato entre os pais que estão experienciando ou já experienciaram esta situação, na intenção de desfazer a imagem do bebê imaginário e apegando-se ao bebê real, fazendo-os perceber e identificar as expressões produzidas pela criança, como por exemplo, o choro. Assim, tanto a troca de experiência quanto a palavra de esperança de alguém que já vivenciou situação semelhante minimiza os sentimentos dos pais.

Portanto, o que os pais necessitam, no decorrer desta jornada, é de acolhimento para sua dor e sofrimento e serem estimulados nos papéis que vêm desempenhando junto aos bebês que, de fato, precisam de cuidados específicos e técnicos realizados por todos os profissionais que compõem a equipe neonatal, para que possam sobreviver e se fortalecerem (GOMES et al., 1997).

Estudos realizados por Eriksson e Pehrsson (2002) com 47 pais que tiveram seus filhos nascidos entre 23 e 27 semanas no Hospital Universitário de Swedish – Suécia, revelaram que os pais precisam de um suporte psico-social de forma crescente para superarem o trauma do nascimento precoce, e para que os sentimentos de culpa, medo e insegurança permaneçam por tempo decrescente. É preciso que os profissionais estejam atentos, pois a literatura que aborda o tema tem enfatizado que os principais indicadores do apego se dão através dos comportamentos de acariciar, beijar, tocar, trocar olhares, dentre outros, que são acionados tanto para manter a proximidade quanto para o afeiçoamento entre pais e filhos (ROCHA; SIMPIONATO;

MELLO, 2003). A percepção de como estão ocorrendo estas trocas muitas vezes são indicadas através de manifestações comportamentais, como: respostas motoras, expressões faciais e vocais dos pais e do bebê, eventos ambientais, incluindo o físico e o social. Nessa relação entre pais e bebê deve haver segurança, responsividade e iniciativa para que a interação se estabeleça (ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2003), pois

o recém-nascido está mais propenso a estabelecer relação de apego com a pessoa que interage com ele, do que com a pessoa que alimenta e cuida de sua higiene corporal, sem se preocupar em manter os sinais de reciprocidade na comunicação interativa (ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2003, p. 129).

Para Koroleff (2001), o apego vai se consolidando aos poucos e se retroalimentando mutuamente entre pais e filho. É o ir e vir de atitudes e ações que estabelecem as relações afetivas. Neste sentido,

a enfermagem das unidades neonatais deve facilitar as oportunidades de contato precoce entre pais e bebês prematuros, visando estabelecer o vínculo e apego, tendo em mente que esse é um processo gradual que pode levar mais tempo do que os primeiros dias ou semanas do período pós-natal (SCOCHI et al., 2003, p. 540).

O cuidado dos pais consiste em uma continuação dos elos efetivos e da vida intra-uterina, unindo o toque ou o contato. Como exemplo de cuidado, os autores Ferreira, Vargas e Rocha (1998) citam o banho do recém-nascido, onde a criança revive momentos familiares e prazerosos, visto que permaneceu no meio líquido durante algum tempo e foi aconchegado, acariciado e contido pelas paredes uterinas, tendo conhecimento de todo seu corpo e sentindo-se pertencente a alguém.

Um fator especial em todo o contato precoce entre a tríade e que pode trazer conseqüências futuras para o bebê é a falta de contato com seu pai no início da vida. Assim, inserir o pai nos cuidados do pequeno bebê é tão relevante e valioso quanto o cuidado que é esperado se ter da mãe (FERREIRA; VARGAS; ROCHA, 1998). Percebe-se que a figura do pai quase sempre é afastada desse processo ou mesmo relegada a um segundo plano. Porém, a literatura aponta que, quando o homem sente que é bem recebido, passa a sentir-se importante, a perceber-se a fonte segura para esta mãe e muitas vezes a ponte, o intermediário das notícias com os profissionais de saúde neonatal (BRAGA; MORSCH, 2004).

Outro fator relevante nesta aproximação é quando os irmãos do recém-nascido pré-termo podem visitá-lo, pois passam a entender o que acontece com seus pais, tornando-se então mais participativos, tanto nos fatos reais quanto nos imaginários, e os pais, mais seguros e confiantes para iniciarem ou continuarem o processo interativo (CUNHA, 2000; SILVA, 2002).

Schermann (2001) esclarece sobre a importância de que a equipe neonatal saiba avaliar e acompanhar a evolução dos comportamentos de aproximação entre os pais e os bebês. Esta avaliação do modo como está ocorrendo o comportamento interativo do bebê refere-se à frequência da resposta aos comportamentos de seus pais e à intensidade desta resposta, observando quais as reações quando o bebê está em contato com seus pais, frente ao contato ocular, aos movimentos corporais, ao choro, dentre outras. Muitas vezes a dificuldade de interação acontece pelo fato dos pais não perceberem os sinais emitidos por seus bebês, fazendo com que a combinação entre diretividade e pouca sensibilidade constitua-se num inibidor da atividade interativa pais-bebê (BOSA, 2001).

Moura et al. (2004) desenvolveram um estudo mostrando que a maior parte das relações entre pais e filhos inicia através do contato facial, na troca de olhares. Os pais conseguem atribuir sorrisos, acariciam seus bebês e é comum atribuírem significados aos comportamentos dos filhos. Às vezes, devido ao seu estado clínico, o bebê pouco responde a essas trocas da maneira como os pais gostariam. Para esta reciprocidade nas relações é necessário que o bebê perceba que tem alguém que está presente e que preste cuidados a ele, pois Carvalho e Patrício (2000) alertam para o fato de que não há formação do apego sem que as pessoas envolvidas se façam presentes.

Para Lacharité (2003), a sensibilidade dos pais está ligada fortemente a fatores sociais e, principalmente, nas ligações afetivas entre a tríade, e para o alcance e o estabelecimento destas ligações, autores têm descrito que a enfermagem tem papel fundamental, ao aproximar os pais no cuidado cotidiano, estabelecendo canais de comunicação e buscando parceria com estes pais que experienciam o nascimento prematuro. Portanto, “os profissionais de enfermagem têm a possibilidade de construir uma prática de saúde com relações de proximidade, de acolhimento e de interação” (MELLO et al., 2002, p. 268).

Em suma, a literatura tem abordado que a equipe de saúde neonatal tem um especial papel neste processo de interação e pode colocar em prática essas ações apoiando, compreendendo e dando oportunidade dos pais se expressarem no momento em que estiverem inseridos no contexto da unidade neonatal, podendo neutralizar, principalmente, suas frustrações, medos, culpas, ansiedades e desconfortos causados pela hospitalização repentina do filho (MORENO; JORGE, 2005).

2.5 O MÉTODO MÃE-CANGURU NO FAVORECIMENTO DO APEGO

O MMC é uma estratégia governamental de aproximação que considera que o envolvimento no cuidado ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso está não somente relacionado a um conhecimento do aparato tecnológico como, principalmente, ao saber das relações interpessoais entre a tríade. Neste contexto insere-se a importância de se perceber estas interações de maneira mais global, envolvendo o afeto entre os pais e os filhos recém-nascidos que os impulse para a formação do apego. Deste modo, segundo Duarte e Sena (2001, p.86), o MMC deve ser visto como “sendo uma forma de atenção ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso, que vem ao encontro destas perspectivas de trabalho assistencial sustentado na concepção do cuidado integral, contínuo, oportuno e de qualidade”.

Atualmente são vários os Programas de Intervenção que têm a preocupação de estimular o desenvolvimento neuropsicomotor desses recém-nascidos. Geralmente priorizam o envolvimento da equipe de saúde interdisciplinar para articular o processo de aproximação dos pais por meio dos cuidados ao bebê, do contato pele-a-pele, da amamentação, dentre outros, favorecendo o vínculo afetivo (SILVA, 2002).

Lamy et al. (2005, p.3), por exemplo, enfatizam que o MMC abrange todas estas questões como “o cuidado (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com luz, som, dor); o acolhimento à família; a promoção do vínculo mãe/bebê e do aleitamento materno; e o acompanhamento ambulatorial após a alta”. Venâncio e Almeida (2004) reforçam estes dados quando abordam em seu trabalho que medidas protetoras, como redução da luminosidade e dos ruídos, associadas ao

contato pele-a-pele e à presença direta e constante dos pais no cuidado trazem uma maior perspectiva de desenvolvimento e crescimento ao bebê.

O MMC pode ser considerado como uma trilogia que salva vidas: o CALOR, que é gerado e transmitido pelo corpo da mãe ou do pai, ao estarem em contato com o bebê, pele-a-pele; o LEITE MATERNO, que não apenas alimenta o bebê, mas que o protege contra infecções e, principalmente, o AMOR, que estimula o bebê a se desenvolver melhor. Além de estreitar o vínculo da tríade, esta relação garante ao pequeno ser humano, a força do apoio e do equilíbrio emocional que os pais podem proporcionar (CARVALHO, 2001).

Portanto, Furlan, Scochi e Furtado (2003) e Schumacher e Cianciarullo (2000) reforçam que a importância do MMC está em valer-se do calor da superfície corporal dos pais no contato pele-a-pele, do leite materno que além de alimentar, o imuniza, do amor que estimula e fortalece o bebê e da promoção do contato emocional, tátil e visual que auxilia na formação do apego.

Outro ponto importante que teve destaque em estudos realizados por Browne (2004) é que o bebê ao estar em contato pele-a-pele com seus pais reage positivamente, mantendo sua temperatura corporal estável, conseguindo realizar as trocas gasosas mais facilmente e apresentando um comportamento organizacional satisfatório, permanecendo deste modo, clinicamente e psicologicamente estável, o que também contribui para o objetivo de interação entre os pais e os recém-nascidos que estão vivenciando o Método.

Silva (2004) em seu estudo de revisão coloca que o MMC é seguro, promove a amamentação, atuando simultaneamente como intervenção psicossocial e desenvolvimental da criança. Acrescenta dizendo que o Método não está associado ao aumento de morbimortalidade neonatal e sim, que este acontece em decorrência do baixo peso.

Ao realizar uma pesquisa utilizando como metodologia pré-testes e pós-testes com um grupo controle e um outro grupo comparativo no cuidado canguru, explorando a perspectiva dos pais com o apego e suas interações, Dodd (2005) chegou a resultados positivos e estimulantes, concluindo que: o cuidado canguru é a psicologia do afeto com bebês pré-termo e/ou de baixo peso e seus pais; o apego promove

naturalmente o suporte de crescimento e desenvolvimento do bebê, sendo o ganho de peso um grande benefício; é uma fonte de segurança para os bebês e assegura um futuro afetivo próspero entre a tríade participante do cuidado canguru. Além disso, Furman e Kennell (2000) realçam que a amamentação, uma conduta intimamente esperada na vigência do Método, seja um forte estímulo para as mães se inserirem nesta prática e um excelente aliado no processo de formação do apego.

Estudo realizado por Andrade (2003) elegeu perspectivas comparativas no que diz respeito à amamentação desses bebês. A amostra foi composta por dois grupos, sendo o primeiro constituído por 16 recém-nascidos inseridos no MMC e o segundo constituído por 14 bebês submetidos a cuidados tradicionais. Os resultados mostraram que no primeiro grupo houve uma melhora significativa com relação ao estado comportamental, às evidências de estresse, à coordenação de sucção, deglutição e respiração, além de uma excelente melhora no que diz respeito ao período das pausas entre a ocorrência destas três atividades, enquanto que no segundo grupo também foi percebida uma melhora significativa frente a estes aspectos, assim como as pausas, embora isso tenha levado mais tempo para acontecer quando comparado ao grupo 1. Verificou-se que o MMC, mesmo quando se focaliza somente a amamentação, é uma ótima alternativa para o melhor desenvolvimento do bebê, contribuindo para a aproximação saudável da díade mãe-filho, favorecendo inclusive, a alta precoce. Estudo similar realizado por Guimarães (2001) também mostrou que a insegurança materna regrediu após a mãe e o filho pré-termo terem ingressado no Método. O fato de sentir-se competente para amamentar leva a mulher a sentimentos de esperança e renovação quanto ao futuro do bebê.

Um estudo de caso relatado por Swinth (2000) mostra uma mãe que já tinha quatro filhos e teve uma gestação de trigêmeos, sendo que a mesma expressava muito medo da situação e se considerava incapaz de cuidar dos novos filhos, porém, ao ingressar no MMC a mãe se sentiu mais segura e se motivou a prestar os cuidados de higiene e conforto. O estudo afirma que a prática do Método trouxe excelentes resultados de superação dos sentimentos negativos para as famílias que tiveram partos de gêmeos ou de trigêmeos, que passaram a cuidar sozinhos de seus pequenos bebês.

Janicas e Praça (2002) julgam imprescindível para a interação, o contato pele-a-pele, dizendo que, se iniciado de forma precoce, facilita o apego. Ao mesmo tempo, salientam que este comportamento depende do reconhecimento e da valorização por parte de toda a equipe neonatal para apoiarem e estimularem os pais nesta aproximação com maior segurança e credibilidade. Siqueira Neto (2003), em seu estudo, coloca também que o contato corporal do bebê e de seus pais constitui o meio primário e o torna uma excelente forma de comunicação, o que faz com que as aproximações e o apego transgridam.

Duarte (2001) refere que os profissionais do serviço neonatal que incorporam o MMC em suas ações têm verbalizado que tal atenção tem sido considerada como “uma luz” no caminho dos pais que tem seus filhos hospitalizados. A assistência direcionada à tríade e a interação entre profissionais e participantes da prática do MMC fazem com que os múltiplos sentimentos no processo de adaptação tornem o cuidado canguru efetivo e prazeroso para pais e filhos.

Os benefícios apontados no estudo realizado por Johnson (2005), têm seu enfoque no cuidado que os pais devem receber no ambiente intra-hospitalar, com grandes repercussões na alta hospitalar e nas interações no ambiente domiciliar. O apoio, as intervenções seguras e a educação nos serviços aos pais e seus filhos durante a internação, asseguram o apego entre pais e filhos e favorece a convivência em família. Entretanto, a aplicação do Método não deve ser algo rígido, e sim, deve-se estar atento para flexibilizar a permanência, principalmente na posição canguru, de modo que realmente seja uma experiência prazerosa para a família, contribuindo desta forma para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido e aprimorando as habilidades do cuidado dos pais aos seus filhos (FURLAN, 2002).

Ferreira (2002) lembra, apropriadamente, que as mulheres constroem suas funções e papéis maternos e os pais, suas funções e papéis paternos, neste espaço de relações e de contatos com a criança; em alguns momentos como expectadores e em outros como participantes diretos nos cuidados com o bebê, mas enfatizam que é a partir das trocas de experiências entre pais e equipe de saúde que o contato e as relações vão se aprimorando. Assim, a construção do papel materno e paterno é consolidada essencialmente durante o cuidado direto e concreto com o bebê, mas sem

deixar a afetividade, pois o que diferencia o cuidado dos pais dos outros cuidadores é justamente o vínculo afetivo que permeia o cuidado (MOURA; ARAÚJO, 2005).

Em pesquisa realizada por Moura e Araújo (2005) a respeito da produção de sentidos sobre a maternidade através da prática do MMC, ficou evidente a grande ansiedade por parte das mães em estarem participando desta prática, pois segundo as autoras, era

como uma oportunidade de resgatar o contato com o filho e tornar concreta a própria maternidade [...]. A internação hospitalar decorrente do nascimento prematuro, promovia uma ruptura nesse processo de impedir o contato direto entre a mãe e a criança. Participando do programa, muitas mulheres esperavam também aprender a lidar com o bebê prematuro, percebido como diferente dos demais. Para isso, buscavam apoio e orientação na equipe de saúde (MOURA; ARAÚJO, 2005, p.11).

Confirma-se deste modo que as relações de afetividade vão sendo estabelecidas em conjunto durante a prática do MMC, estimulando os pais a regredirem seus medos, propiciando o desenvolvimento do recém-nascido e preparando para o momento tão esperado de retorno ao lar.

Um grande incentivo descrito por alguns autores é que se tornou perceptível que nas últimas décadas o MMC vem despertando grande interesse por parte de mais profissionais que estão envolvidos diretamente na assistência aos bebês pré-termo e/ou de baixo peso. Desta forma, o Método abrange os cuidados prestados a estes bebês com relação às formas de manuseio, a individualidade, as atenções com a luminosidade e com os sons, com o alívio da dor, o acolhimento à família e a promoção e incentivo ao aleitamento materno (LAMY et al., 2005). Todas estas ações contribuem, indistintamente, para a promoção do apego.

Lamy (2003) em seus estudos considera que há quatro pilares do Método que devem ser destacados e que constituem os fundamentos básicos norteadores de todas as ações da equipe interdisciplinar que o praticam, quais sejam: o acolhimento ao bebê e a sua família; o respeito às individualidades; a promoção do contato pele-a-pele o mais cedo possível; e o envolvimento dos pais nos cuidados do bebê. Estes fundamentos buscam a qualidade da assistência e visam a qualidade de vida da tríade, além de diferenciar o Método Mãe-Canguru, da “posição canguru”, estritamente falando.

O Método Mãe-Canguru é o conjunto da assistência humanizada oferecida ao recém-nascido, aos pais e aos outros membros da família desde o nascimento, envolvendo o primeiro contato pele-e-pele precoce e crescente, além da preocupação em oferecer aos pais a oportunidade de escolher o tempo em que permanecerão com o bebê na posição canguru, considerando que esse período deve ser prazeroso e capaz de possibilitar intimidade à dupla mãe-bebê ou pai-bebê [...]. A posição canguru é o momento no qual o bebê sai da incubadora e é colocado entre os seios da mãe ou contra o peito do pai. O recém-nascido deve estar apenas de fralda, em posição vertical e com o tórax e abdome fazendo o contato pele-a-pele (LAMY, 2003, p. 142).

Para as autoras Duarte e Sena (2001, p.87),

o cuidado mãe-canguru busca, dentre vários outros aspectos, estimular o contato precoce entre mãe e filho, possibilitando reduzir o distanciamento estabelecido inicialmente e propiciando à mãe oportunidades de se apegar ao seu filho. Ela vai percebendo aos poucos que, mesmo aparentemente frágil, aquele pequeno ser pode sobreviver sob seus cuidados.

Neste processo contínuo os pais vão desfazendo os seus lutos pelo nascimento prematuro e através do contato pele-a-pele os sentimentos de culpa e frustração vão se dissolvendo e passam a ter uma relação mais próxima e afetiva (DUARTE; SENA, 2001). Feldmann e Eidelman (1998) corroboram com esse pensamento dizendo que o contato pele-a-pele é sugerido como uma intervenção para os pré-termo e/ou de baixo peso proverem o calor e desenvolverem uma regulação para facilitar o seu desenvolvimento e principalmente promover o apego com os pais.

Deste modo, ao se resgatar o contato íntimo entre a tríade, o Método procura restabelecer a aproximação que foi rompida e que era referendado pelos métodos tradicionais de atenção aos bebês pré-termo e/ou de baixo peso. Isso envolve preocupações com a rejeição materna, pois mediante a situação de prematuridade e necessidade de internação, os pais evitam muitas vezes de investir numa relação que pode ser frustrada pela perda da criança (MATTOS, 2005).

Além destes benefícios, ao realizar um estudo com mães que vivenciaram a experiência da nascimento precoce, Burkhammer, Anderson e Chiu (2004) verificaram que ao iniciar o contato pele-a-pele a mãe cessa os choros, regride quase que totalmente as emoções, o desespero e consegue relaxar. Deste modo, perceberam que a interação se efetivava através dos toques entre a mãe e seu bebê e promovia o aleitamento materno por períodos mais prolongados, chegando até 1 ano. Os pesquisadores têm enfatizado que este contato precoce é uma experiência benéfica,

fazendo com que os pais aceitem melhor as condições do filho, se relacionem melhor com a equipe de saúde e tenham maior segurança nos cuidados domiciliares (PARKER et al., 2002).

Feldmann et al. (2002) e Maldonado (2000) referendam que a importância do cuidado canguru, através do contato pele-a-pele, está tanto para o emocional quanto para a regulação das capacidades cognitivas do recém-nascido, fazendo com que a criança relacione-se com o mundo e volte a ter um contato já anteriormente experienciado, aumentando a afetividade, o bem-estar e a segurança. Assim, vê-se que o contato pele-a-pele entre o recém-nascido hospitalizado e seus pais pode ocorrer sem compromisso psicológico, ficando a critério dos pais a manifestação do desejo de estarem cada vez mais próximos de seus filhos e de criarem um hábito de comportamento interativo (LUNDINGTON-HOE, HADEED, ANDERSON, 1991; FELDMANN et al., 2003).

Outro fator que colabora expressivamente para os pais superarem seus traumas é que na vigência da prática do MMC o casal tem a possibilidade de estreitar o relacionamento. Esta perspectiva foi adotada, por exemplo, na investigação conduzida por Feldman et al. (2003), em que os autores colocaram em teste a hipótese de que o MMC contribuía para a intervenção familiar, por promover aproximação física e toque. Neste estudo, os autores concluíram que o Método facilita as relações, deixa a estrutura familiar mais coesa, diminui os efeitos negativos da prematuridade, trazendo aos pais uma afeição maior pelos filhos, além de estimular mais a participação do cônjuge na Unidade de Internação Neonatal e definir melhor o papel materno e paterno. Outro fator de relevância para os pais foi a interação através do toque, que propiciou o “se fazer conhecer”.

Embora relevantes e cada vez mais freqüentes, ainda são poucos os estudos que enfocam a tríade (pai-mãe-filho) e suas interações. Uma dificuldade apresentada nos estudos dos processos familiares durante a prática do MMC está relacionada com as influências diretas e indiretas que causam impacto no sistema familiar durante a hospitalização, sendo: a) a influência de cada indivíduo sobre o comportamento de outros indivíduos (pais e outros filhos; pais e equipe de saúde; pais e recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso); b) os efeitos dos processos em maior ordem sobre cada

indivíduo (a instabilidade da prematuridade; o ambiente neonatal; período prolongado de hospitalização). Tais influências podem dificultar as relações intrafamiliares e tornar mais lenta a aproximação e a formação do apego entre pais e filhos (FELDMAN, 2003).

Javorski et al. (2004) colocam que o MMC inclui práticas que podem contemplar a afetividade, a integralidade do cuidado e o incentivo ao aleitamento materno. No entanto, apesar das inúmeras vantagens proporcionadas pelo Método, autores como Carvalho (2001) e Costa (2004) sugerem que ainda se encontram obstáculos para a sua efetiva implantação, entre eles encontram-se o desconhecimento dos profissionais de saúde, os problemas sociais das mães e das famílias e a falta de informações suficientes dos gestores sanitários, diretores e administradores dos hospitais sobre o assunto. Charpak et al. (1999) ainda exploram esta idéia dizendo que as dificuldades estão relacionadas, sobretudo, a certa resistência por parte dos profissionais, diante das mudanças de costumes que a implantação do método implica. O fato de delegar o saber a outros, neste caso, os pais, pode provocar uma ruptura na hierarquia dos papéis entre equipe e clientes.

Em uma pesquisa realizada por Johnston (2003) foi possível observar que as principais razões dos pais em não participarem do MMC estavam mais relacionadas ao fato de residirem longe da unidade hospitalar, ter outros filhos para cuidar, terem outras atividades para realizar e não perceberem os benefícios desta prática. Outras razões, menos importantes para eles, devia-se então às particularidades e fragilidades do bebê. Nunes (2003) corrobora com este argumento descrevendo que o modo de olhar o MMC, para algumas mães, é de insatisfação em relação à rotina hospitalar, pois as afastam do seu dia-a-dia, da convivência com a ambivalência e conflito ao ter que ficar no ambiente hospitalar e ter que se afastar dos outros filhos.

Uma questão que apareceu fortemente na pesquisa realizada por Moura e Araújo (2005) é que a posição canguru foi descrita pela maioria das mulheres como sendo desconfortável e incômoda, expondo o corpo da mulher, dificultando-lhe os movimentos e afastando-a de suas tarefas cotidianas e do convívio com a família.

Entretanto, a maioria dos pais percebe que sua participação no Método é fundamental, pois além de formarem vínculos afetivos com seus filhos, resgatam e

reafirmam o papel de mãe e pai. Diante disso, Moura (2003) e Ferreira (2002) enfatizam que não é difícil para as instituições, que realizem pequenas modificações em suas rotinas de atendimento, para atender melhor esta clientela.

Percebe-se que a literatura consultada (composta por 123 trabalhos nacionais e 52 internacionais) aborda, em sua maioria (36,6% e 42,3%, respectivamente), a necessidade do contato precoce entre pais e bebês pré-termo na perspectiva da formação do apego, porém acreditam que esta aproximação parte do princípio de superação do trauma pelo parto prematuro, não adotando em especial nenhum programa ou projeto particular para facilitar este processo. Dos trabalhos analisados sobre os benefícios do Método, 25,2% nacionais e 19,2% internacionais têm colocado o MMC como um forte aliado da promoção da estabilidade clínica dos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso, dando maior enfoque no sistema termorregulador, respiratório e neurodesenvolvimental, incluindo neste, a amamentação. Os trabalhos que relatam o contato pele-a-pele como sendo indispensável para a aproximação, para a superação dos sentimentos negativos, para a concretização do apego entre pais e filhos, para a identificação do papel materno e paterno e para respostas positivas nos cuidados e nas relações familiares somam um total de 35,8% (nacionais) e 34,6% (internacionais). Dentre toda revisão feita, apenas 2,4% (equivalente a dois estudos nacionais) e 3,9% (dois internacionais) colocaram que o MMC não trouxe benefícios concretos ou que tenha causado, conforme descrito por Bohnhorst et al. (2001), alguma alteração clínica, tendo acontecido neste estudo um estresse para o bebê devido ao aumento da temperatura corporal, modificando os parâmetros respiratórios e cardíacos.

Percebi ao realizar esta revisão da literatura que muitos estudos abordam e fazem referência ao MMC como sendo quase que exclusivamente a posição canguru; poucos conseguem ver o Método na sua totalidade e no que possa ultrapassar esta prática.

Foram raras as literaturas que incluíram o homem-pai como sendo um ser indispensável para a formação do apego; a maioria dos estudos focaliza a díade mãe-filho, deixando o pai apenas como segurança e provedor da economia, do sustento familiar, minimizando desta forma a valorização de suas emoções e aptidões em

assumir e desenvolver o papel paterno que, a exemplo do materno, também é aprendido com as experiências proporcionadas pelas relações sociais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

“Os pais formam as crianças, mas também as crianças formam os pais. O recém-nascido lhes ensinará intensidades de ternura, paciência e abnegação que vocês jamais imaginaram possíveis. Entreguem-se à aprendizagem e ao crescimento”.

(Lisa O. Engelhardt)

Para dar sustentação a este estudo, tanto do ponto de vista do entendimento das relações e formação do apego entre os pais e seus recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso durante a prática do Método Mãe-Canguru, quanto da perspectiva teórica da enfermagem propriamente dita, optei pela Teoria do Apego, cujas bases advêm da área da Psicologia e pela Teoria da Adaptação, cujo referencial está inserido na construção de conhecimentos da Enfermagem.

A Teoria do Apego foi escolhida por expressar, através dos olhares de autores clássicos como Klaus e Kennell (1992, 1993, 2000), Bowlby (1984, 1989, 2002), Winnicott (2001), dentre outros, o conhecimento acerca da formação do afeto entre a tríade mãe-pai-filho e a Teoria da Adaptação, de autoria de Sister Callista Roy, por conter elementos conceituais e metodológicos que auxiliam a enfermeira no processo de cuidar, facilitando o percurso em busca do estabelecimento precoce da formação do apego entre os pais e seus recém-nascidos. Apresento desta forma a proposta de unir estas duas teorias, pois acredito que uma complementa a outra e juntas favorecem uma melhor compreensão no processo rumo ao estabelecimento do apego entre os pais e seu bebê pré-termo e/ou de baixo peso, mostrando caminhos para o alcance dos objetivos propostos para este estudo. Creio que tal processo é permeado por uma constante adaptação/reorganização destes seres no contexto em que estão inseridos.

Para melhor compreensão dos termos e para evitar desajustes interpretativos durante o decorrer do estudo, utilizarei o termo “apego” de forma bidirecional, ou seja, tanto para identificar as relações afetivas que ocorrem no sentido dos pais para os filhos (recém-nascidos), quanto no sentido dos filhos para os pais. Entendo que, deste modo, estarei incorporando a definição adotada pelo suporte conceitual advindo da área da Psicologia do Desenvolvimento, embora, em alguns momentos, poderei estar

utilizando a palavra “vínculo”, no sentido de estar próximo e ter uma ligação entre estes seres, deixando claro que seu significado não apresenta qualquer relação com a Teoria do Vínculo, proveniente da Psicanálise. Esta decisão refere-se somente a facilitar a redação e tornar o texto menos repetitivo.

3.1 ABORDAGEM TEÓRICA SOBRE A FORMAÇÃO DO APEGO

Partindo da literatura da área da Psicologia, Bowlby (2002) esclarece que existem quatro teorias que descrevem a natureza e a origem do apego, sendo elas:

- Teoria do Impulso Secundário ou Teoria do Amor Interesseiro das Relações Objetivais: a criança possui algumas necessidades fisiológicas que devem ser satisfeitas, dentre elas, de alimento e de repouso. Na medida em que um bebê se torna ligado ou próximo aos seus pais, atribui a estes como sendo a fonte que supre algumas de suas necessidades, proporcionando satisfações.

- Teoria da Sucção do Objeto Primário: há instintivamente no recém-nascido o ato de relacionar-se com o seio humano, de sugá-lo e possuí-lo oralmente. Aos poucos o bebê identifica que ligado a ele está sua mãe e, portanto, também passa a interagir com a mesma. Neste momento o autor atribui o papel materno como sendo responsivo aos instintos de seu filho.

- Teoria da Adesão ao Objeto Primário: o contato físico com o ser humano é outra propensão inata do bebê, havendo desta forma uma “necessidade” independente das relacionadas ao alimento e ao conforto.

- Teoria do Anseio Primário de Retorno ao Ventre: ao sair do ventre materno, o recém-nascido resente sua expulsão e busca retornar ao mesmo.

Bowlby (2002) aborda ainda que o apego do bebê para com seus pais é fruto da atividade de certo número de sistemas comportamentais. O apego é algo que se constrói de forma lenta e contínua, através de expressões de sentimentos e ações entre duas ou mais pessoas. A origem da formação do apego é algo gradual e está sujeita a diferentes formas de adaptações. No ser humano, a formação do apego ocorre lentamente. É necessário que os pais apresentem um comportamento que propicie

contato com o filho através do toque, da fala, do contato olho-no-olho, do odor, do calor, da emanção de sons, dentre outros.

Para os pais que tiveram seus filhos prematuramente, o desenvolvimento do apego é menos suave e calmo, mas o resultado final pode ser compensador, pois o esforço dos pais para superarem os obstáculos pode ser uma força rumo ao efetivo estabelecimento do apego entre a tríade (BRAZELTON, 1988).

Contudo, em todo este processo de formação do apego, alguns fatores são intervenientes. Estes fatores podem estar ligados aos antecedentes familiares, tais como o cuidado que os pais receberam de seus pais; à herança genética; à cultura; às relações familiares; às vivências de gestações anteriores e, mesmo, ao transcorrer da gestação atual. Podem também estar ligados às práticas assistenciais, por meio do comportamento da equipe de saúde, à atenção recebida durante processo de trabalho de parto e parto e à separação dos pais com o seu recém-nascido (KLAUS; KENNELL, 1992). Complementando este pensamento, Winnicott (2001) diz que

[...] os pais têm sentimentos muito diferentes, e agem de modo diferente, em relação a cada um dos filhos. Muito disso depende do relacionamento dos pais na época da concepção, durante a gravidez, quando do nascimento e depois. A gravidez pode ter efeitos vários para o marido; em alguns casos extremos, este desapega-se da mulher quando ela fica grávida; por vezes, ele se aproxima mais dela. Em todos os casos ocorre uma alteração no relacionamento entre os pais, alteração essa que, amiúde, assume a forma de um grande enriquecimento em um aprofundamento do sentido de responsabilidade de um para com o outro (WINNICOTT, 2001, p. 63).

Winnicott (2001) acrescenta ainda que as crianças desde muito cedo são capazes de defender-se contra a insegurança. Nas primeiras semanas e meses, porém, estão frágeis como pessoas, de forma que, sem apoio, têm seu desenvolvimento distorcido pelas circunstâncias desfavoráveis, dentre estas o nascimento prematuro. O recém-nascido que conheceu a segurança nesse primeiro momento, passa a levar consigo a expectativa de que não será “decepcionado”.

Na busca pela formação precoce do apego, os pais que tiveram o nascimento de um filho pré-termo e/ou de baixo peso precisam superar alguns sentimentos (medo, culpa, incapacidade), passando pelo enfrentamento do processo de luto. Este sentimento se dá em decorrência da perda do bebê imaginário e idealizado. Na maioria das vezes, esses pais sentem-se culpados por não terem conseguido findar o tempo considerado ideal de gestação, não terem tido um filho a termo. Daí a importância da

busca do contato destes pais com o seu bebê o mais precoce possível. Esta aproximação, de acordo com os estudiosos da área, favorecerá de forma gradual o estabelecimento do apego.

Para Moura e Ribas (2001), o contexto em que os pais estão inseridos, bem como o ambiente físico, são artefatos na transformação do comportamento destes. Embora o bebê venha ao mundo, planejado para apegar-se a um cuidador, torna-se fundamental que este seja responsivo e disponível para o desenrolar do estabelecimento deste apego.

A inserção dos pais em um ambiente favorável propicia facilidades no desenrolar deste processo de aproximação com o filho nascido prematuramente. Durante a internação deste bebê que, em sua maioria, acontece de forma prolongada, os pais precisam superar a si mesmos e à situação inesperada, para então conseguirem, de modo gradativo e seguro, aproximações com a criança, iniciando a formação do apego.

Klaus e Kennell (1993) e Brazelton (1988) esclarecem que, rumo a esta caminhada em direção à formação do apego, os pais geralmente passam por cinco estágios, sendo eles:

primeiro estágio: os pais preocupam-se com as informações fornecidas pela equipe de saúde. Conforme os resultados divulgados sobre a saúde do bebê, os pais tornam-se mais corajosos ou com mais culpa e medos;

segundo estágio: os pais observam o comportamento do filho, frente aos estímulos provocados por algum profissional, porém ainda não se sentem encorajados de provocar tais estímulos;

terceiro estágio: percebem os movimentos responsivos do bebê ao virar-se em direção a voz ou apreender o dedo do profissional, porém ainda não se sentem seguros para prestar os cuidados ao filho;

quarto estágio: os pais demonstram já estarem um pouco mais seguros; tentam produzir movimentos espontâneos em seu bebê, percebendo que seus toques acalmam a criança. Sentem-se responsáveis pelas respostas de seu bebê;

quinto estágio: neste momento os pais já se sentem familiarizados com o filho e estabelecem o vínculo afetivo. Passam a cuidar e a identificá-lo como uma pessoa. Os pais, neste estágio, estão aptos a cuidarem sozinhos do bebê;

Entretanto, no transcorrer desta trajetória, nem sempre os pais evidenciam este caminhar. Estas etapas, muitas vezes, não são percebidas nem mesmo pelos profissionais de saúde e principalmente no que se refere aos requisitos para a inserção da tríade na prática do Método Mãe-Canguru. São ações empíricas e que a enfermagem, com sensibilidade, poderia estar proporcionando aos pais o conhecimento destes momentos, para que os mesmos tenham a compreensão de que o processo rumo ao estabelecimento efetivo do apego poderá ser lento e complexo, porém passível de acontecer com plenitude. Assim, evidencia-se que, no processo de formação do apego, a equipe interdisciplinar tem importância fundamental na promoção, estimulação e desenvolvimento do mesmo entre a tríade, além de propiciar a identificação dos fatores de interferência nesta aproximação entre pais e recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso.

Para que os profissionais permaneçam atentos em relação a isto, Pinto (2001), baseado em Bowlby, propõe algumas tipificações que auxiliam na interpretação das interações entre os pais e o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso. A dinâmica interativa deve ser considerada a partir de três eixos principais.

1. **Interação comportamental:** são aspectos observáveis através da maneira como este recém-nascido é cuidado, segurado e manipulado nas atividades de rotina e de interação seja com seus pais ou com os profissionais que prestam assistência direta. As interações corporais são manifestadas através do toque, do contato pele-a-pele, das carícias, dentre outras. As interações visuais, através do contato olho-no-olho e face-na-face, e as interações vocais expressadas pela fala, entonação, linguagem e ritmo, incluindo o emparelhamento e a sincronicidade. Estes últimos significam, segundo Ferreira (1993), estar em par, ficar lado a lado, equiparar-se; e estar e manter uma relação de sincronia, ou seja, movimentos que se dão ao mesmo tempo entre pais e filho, durante todo o processo interativo, respectivamente.

Klaus e Kennell (1992) destacam que a comunicação entre pais e o bebê não acontece somente através da fala, mas envolve também movimentos constantes de

várias partes do corpo, tanto do interlocutor quanto do ouvinte, que podem ou não serem perceptíveis. Os autores exemplificam estes movimentos através da pausa respiratória dos pais, na entonação de uma sílaba, fazendo com que a criança perceba a sincronia e a fala ritmada do pai e da mãe. Com relação ainda à sincronicidade e ao emparelhamento entre pais e bebês, os estudiosos revelam que se trata de

um complexo sistema de interação, através do qual a organização do comportamento motor do neonato é suscitado e sincronizado por um padrão organizado do falar dos adultos em seu ambiente. Se o bebê, desde o início, move-se em um ritmo definido, compartilhado com a organização da estrutura da fala de sua cultura, então participa, evolutivamente, através de processos complexos e sócio-biológicos de emparelhamento, de milhões de repetições das formas lingüísticas, bem antes dele. Posteriormente, utiliza-as na fala e na comunicação (KLAUS; KENNEL, 1992, p. 96).

Assim, os movimentos dos pais servem como compasso para o desenvolvimento do filho, bem como os movimentos da criança geram sensações agradáveis no casal que passam a permanecer mais tempo emparelhados em busca da comunicação, e conseqüentemente, favorecendo o relacionamento da tríade.

2. Interação afetiva: envolve os sentimentos e as formas de expressões que os pais explicitam, bem como a interpretação dos sinais que o bebê demonstra frente à intensidade da estimulação dos pais e as repostas a estes estímulos. A harmonia nas trocas afetivas entre a tríade e as transformações que esta interação terá são pontos fundamentais a serem observados para a concretização do apego.

3. Interação fantasmática: envolve as expectativas, as fantasias e as identificações dos pais para com este bebê. Mesmo antes do nascimento, os pais idealizam seu filho, buscando saber o sexo, com quem será parecido fisicamente, fazem a escolha do nome e acreditam que irá nascer perfeito e com muita saúde. Porém, quando se defrontam com a realidade do nascimento prematuro, os pais passam por um processo de luto e para superarem esta dificuldade, necessitam auxílio para desmistificar o bebê ideal do bebê real, de modo que o processo de formação do apego progrida.

Bowlby (2002) enfatiza ainda que há formas mais específicas de comportamento propícias ao apego, sendo:

➤ o comportamento de assinalamento, cujo efeito é aproximar os pais do bebê, tendo como exemplo o choro, que pode apresentar-se de diferentes formas distintas;

➤ o comportamento de abordagem, cujo efeito é de aproximar o bebê dos pais, sendo exemplificado pelos movimentos de buscar e seguir, de agarrar-se a mãe ou ao pai e mais comumente consiste na sucção não-nutritiva ou apreensão do mamilo.

Porém, em virtude das diferentes formas de comportamento que podem gerar o apego, não há como classificá-lo quanto a sua intensidade. Sua variação dependerá de todo o contexto que gira em torno dos pais e seu bebê, incluindo o ambiente, os aspectos culturais, a adaptação entre eles e a situação de perda vivenciada, dentre outros. Em contrapartida, Klaus e Kennell (1992, p.21) argumentam que “a intensidade do apego reflete o grau de envolvimento com o bebê, que geralmente é maior na mãe, um pouco menos no pai, e diminui em relação aos outros membros da família”.

Portanto, o importante na construção precoce do apego entre pais e filho é o caminho que será percorrido para a consolidação do mesmo, pois segundo Barbosa (1999), o surpreendente não é que muitos pais se defendam contra os sentimentos aflorados, mas sim, que possam superá-los. Torna-se essencial conhecer como se constitui o desenvolvimento do apego, para poder compreender o significado da participação dos pais na assistência ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, durante sua internação (BARBOSA, 1999).

Segundo Bowlby (2002, p.259) é importante ressaltar que “nenhuma forma de comportamento é acompanhada por sentimento mais forte do que o comportamento de apego. As figuras para as quais ele é dirigido são amadas, e a chegada delas é saudada com alegria”.

3.2 ABORDAGEM TEÓRICA SOBRE A ADAPTAÇÃO

A Teoria da Adaptação, na enfermagem, vem sendo utilizada desde 1964, porém seus princípios teóricos foram colocados em prática em 1970, quando o corpo docente da *Mount Saint Mary's College*, de Los Angeles, adotou o chamado “Modelo de Adaptação” de Roy (GALBREATH, 2000).

Este referencial é de autoria da enfermeira doutora Sister Callista Roy, nascida em 1939. Segundo Galbreath (1993), seu maior tempo de atuação profissional foi no

Boston College, em Massachusetts. Dentre vários cargos ocupados, a teórica foi membro da *American Academy of Nursing*, onde atuou na organização da *North American Nurses Diagnosis Association* (NANDA).

Roy, na construção de seus pressupostos, apóia-se nos trabalhos do filósofo Von Bertalanffy, sobre a teoria geral dos sistemas, e nos estudos de Hatty Helson sobre teoria do nível de adaptação. Seus pressupostos surgem do humanismo e da veracidade, sendo este último com o objetivo de identificar a finalidade da existência humana (BLUE et al., 1989).

Para Galbreath (1993) e Leopardi (1999), são cinco os elementos essenciais no Modelo de Adaptação proposto por Roy:

- a pessoa que recebe o cuidado de enfermagem;
- a meta da enfermagem;
- o conceito de saúde;
- o conceito de ambiente;
- a direção das atividades de enfermagem.

Estes elementos fornecem subsídios para a enfermeira construir o processo de enfermagem com o objetivo de promover a adaptação nas situações de saúde e doença. Roy (1984), dentro do seu modelo, apresenta alguns conceitos-chave, que sumário a seguir:

A “pessoa”: pode ser um indivíduo, uma família, uma comunidade ou uma sociedade. Cada um representa um ser holístico e adaptativo. A pessoa, para a autora, é um ser bio-psico-social em constante interação com o meio em mudança, continuamente mudando e tentando adaptar-se.

Sistema: os aspectos individuais das partes que agem em conjunto para formar um ser unificado.

Adaptação: a “pessoa”, para Roy, sofre alterações contínuas, denominadas por ela como sendo “adaptações”. Cada uma delas é constituída por estímulos focais (mudanças imediatas que a pessoa enfrenta); contextuais (estímulos ao redor); e residuais (características internas da pessoa), representando a individualidade do ser, que pode apresentar respostas efetivas ou não. Estes estímulos serão descritos de

maneira mais aprofundada, na abordagem do conceito de enfermagem formulado pela teórica.

Ambiente: é definido como “todas as condições, circunstâncias e influências que cercam e afetam o desenvolvimento e o comportamento das pessoas e grupos“ (GALBREATH, 2000, p. 210). Se o ambiente for favorável, as respostas serão eficientes.

Saúde: é um estado e um processo de ser e de tornar-se uma pessoa total e integrada. A integridade da pessoa é expressa como a capacidade de preencher as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio.

Enfermagem: não é definida pela autora, de modo explícito. Entretanto, o modelo de Roy discute as metas e as ações da enfermagem, direcionadas para o processo assistencial. Dentre estas ações estão as que visam à manutenção de respostas adaptativas, apoiando assim, os esforços da “pessoa“ para utilizar, criativamente, seus mecanismos de enfrentamento. A meta da enfermeira é a de promover a saúde em todas as etapas da vida, incluindo o morrer com dignidade.

Os estímulos que podem provocar os mecanismos de enfrentamento ao modo de adaptação vêm do ambiente e estão classificados em três categorias. De acordo com Roy (1984), estas categorias pontuam a variação de respostas que são exclusivas a cada pessoa. Dentre os estímulos significativos encontram-se o grau de mudança, as experiências anteriores, o nível de conhecimento, os pontos fortes e/ou as limitações.

Categoria 1 - **Estímulos focais:** são as mudanças imediatas que causam impacto no indivíduo. Estão ligadas aos sentimentos e sensações de dor ou perda, separação, como por exemplo, quando os pais vivenciam o nascimento prematuro de seu filho, em que, após o parto, ocorre a separação da tríade, devido a necessidade do recém-nascido receber cuidados específicos em uma unidade neonatal.

Categoria 2 - **Estímulos contextuais:** são estímulos do mundo interno e externo que podem influenciar de forma positiva ou negativa sobre determinada situação. Exemplificando, o tempo de separação entre pais e bebê dependerá do contexto em que estão inseridos, podendo o ambiente favorecer ou não a superação das dificuldades em aproximarem-se. Visto que, considerando o ambiente externo como sendo a

unidade neonatal, os pais podem sentir-se impotentes frente a tanta tecnologia que cerca seu filho e, ao invés de aproximá-los, a distância poderá torna-se maior.

Categoria 3 - **Estímulos residuais**: são as influências internas e externas que podem transformar algumas características do indivíduo. Os pais carregam em si, uma carga genética, provém de determinado contexto cultural, possuem determinados aspectos psicológicos, fatores estes, que antecedem o nascimento deste bebê. As características pessoais são determinantes para o processo de adaptação a esta situação tão nova e inusitada que é o nascimento precoce de seu filho e cujas respostas ao evento podem, inclusive, ser diferentes, para a mãe e para o pai. Dependendo de como estes pais apresentam-se frente a estes fatores, o processo de formação do apego entre a tríade poderá variar de modo expressivo.

Pais que vivenciam o nascimento precoce do seu filho, se não tiverem um ambiente favorável e pessoas que possam aproximá-los do seu recém-nascido e que auxiliem também no processo de enfrentamento, dando luzes para o estabelecimento do vínculo afetivo podem, no transcorrer desta caminhada, não produzirem respostas efetivas para o sucesso desta aproximação precoce.

A teórica considera, neste contexto, que um estímulo significativo no ambiente da criança são os pais, e que quanto maior o foco interno de controle dos pais, maiores os padrões de apego; quanto maior o foco externo de controle dos pais, menores os padrões de apego, sendo que ambos favorecem a independência da criança. Neste sentido, a intervenção da enfermagem é dirigida para a manipulação do ambiente e quanto maior o nível de habilitação da criança, maior a necessidade de intervenção da equipe de enfermagem (GALBREATH, 2000).

Com a finalidade de representar o sistema adaptativo de um indivíduo e de fazer com que o mesmo alcance sua integridade fisiológica, psicológica e social, Roy destaca dentro dos princípios básicos de sua Teoria, através de uma figura, os seguintes subsistemas:

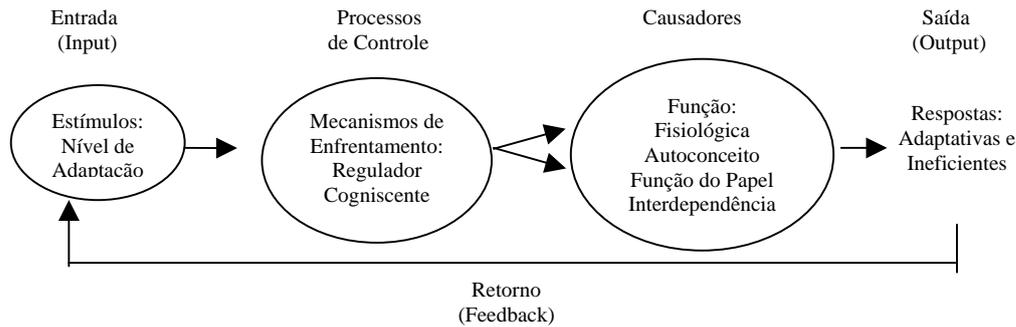


Figura 1 - A pessoa como um sistema adaptativo (fonte: TOMEY; ALLIGOOD, 1999, p. 249).

Para Leopardi (1999), o nível de adaptação é individual e o estímulo pode ser interpretado através dos mecanismos de enfrentamento, ou seja, dos subsistemas regulador e cognitor. O regulador refere-se à resposta inata, onde através do sistema nervoso autônomo responsável por organizar uma ação reflexa que permitirá ou não uma adaptação da pessoa ao estímulo. Com relação às respostas advindas do recém-nascido prematuro, estas irão sofrer influência devido à imaturidade neurológica. O cognitor, por seu lado, refere-se a um processo que é construído, adquirido, relacionado às habilidades e experiências adquiridas ao longo da vida, favorecendo sua resposta adaptativa frente aos estímulos. Os pais, por sua vez, podem propiciar respostas efetivas ou inefetivas, dependendo de como o processo cognitor foi construído.

Roy (1984) acrescenta que as respostas produzidas podem manifestar-se através de quatro modos efetores, como segue:

Função fisiológica: é a única que está relacionada com o subsistema regulador. É formada pelas necessidades vitais de oxigenação, nutrição, eliminação, atividade/descanso, integridade cutânea, sentidos, fluidos e eletrólitos, função neurológica e endócrina.

Autoconceito: o indivíduo (“pessoa”) se faz através de suas crenças, valores e sentimentos. O enfoque do modo de autoconceito está diretamente ligado aos aspectos psicológicos e espirituais do ser humano. É entendido por duas subcategorias, sendo o ser físico e o ser pessoal. O ser físico fica dirigido a sua imagem corporal e o ser pessoal é o esforço da pessoa em se auto-organizar para manter-se em equilíbrio. Os pais de recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso, ao passarem pelo processo de luto devido à perda do bebê ideal para o real, podem ter uma imagem corporal de si

próprios que não seja estimuladora, porém buscam através de suas crenças subsídios para evitar o desequilíbrio e conseguem uma aproximação mais precoce com seu bebê.

Papel: é a forma como a pessoa se relaciona e interage com as outras pessoas. A principal necessidade preenchida neste modo é a integridade social. O modo de comportamento é identificado como podendo ser instrumental ou expressivo. Os comportamentos instrumentais são geralmente físicos e têm seu enfoque no domínio dos papéis, ligado a questões de gênero e os comportamentos expressivos são os sentimentos ou atitudes ligados a fatores emocionais que, segundo a autora, buscam respostas mais imediatas. Deste modo, a enfermagem deve agir com o objetivo de propiciar aos pais uma adaptação no espaço cênico da unidade neonatal, meio na qual vão conviver por um longo período, favorecendo as inter-relações dos pais com o bebê, dos pais com a equipe profissional e da equipe com o bebê, sem priorizar as questões de gênero, propiciando a aproximação da tríade de maneira igualitária. O objetivo nestas interações é o estabelecimento precoce do apego entre a tríade.

Interdependência: adequação do indivíduo a partir dos valores humanos como afeição, sistema de suporte, comportamentos receptivos e de contribuição. É onde as necessidades afetivas são estabelecidas, tanto individualmente quanto no coletivo.

Esses modos apresentados pela teórica constituem os meios pelo qual a “pessoa” passa a adaptar-se às mudanças internas e externas. Estas mudanças podem ocorrer com um único modo adaptativo, porém, na sua maioria, a reação é processada em mais de um modo (GALBREATH, 2000).

Roy também propõe em seu modelo um processo de enfermagem que, em essência, trata-se de uma metodologia que propicia à enfermeira a avaliação do nível de adaptação do indivíduo (incluindo-se aí a investigação do comportamento e do estímulo); o diagnóstico de enfermagem; o estabelecimento de metas; a intervenção e a avaliação, também denominada de evolução.

Num primeiro momento, a enfermeira realiza uma coleta de dados, sendo que na avaliação comportamental deve haver uma investigação habilidosa e cautelosa do comportamento e o conhecimento prévio para avaliar a pessoa, através da resposta comportamental adaptativa ou ineficiente. Na investigação de estímulos, por suas vez,

caso na etapa anterior a pessoa apresente resposta adaptativa ineficiente, deverá haver, por parte da enfermeira, uma investigação dos estímulos externos e internos que possam estar influenciando no comportamento. Através da coleta de dados sobre os estímulos focais, contextuais e residuais da pessoa, a enfermeira consegue esclarecer a(s) causa(s) do problema.

Logo a seguir, procede-se ao diagnóstico de enfermagem (ou diagnósticos) que, segundo Roy (1984), pode ser efetuado de três maneiras, ou seja, por meio de “levantamento dos problemas”, pelo relato da resposta observada frente aos estímulos e, por fim, pela associação das respostas a um ou mais modos adaptativos.

O próximo passo dessa metodologia consiste em estabelecer as metas que são os resultados esperados com relação ao tipo de comportamento que a pessoa deve ter frente aos estímulos, de modo a registrar a resolução do problema de adaptação. São divididas em metas de longo prazo, que representam a resolutividade dos problemas adaptativos e a possibilidade para o preenchimento de outras metas (sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio); e as metas de curto prazo, que identificam os comportamentos previamente esperados após terem passado pelo controle dos estímulos focais e contextuais.

A seguir elaboram-se então os planos para a implementação das metas. Nesta etapa o objetivo da enfermagem é o de intervir com o intuito de modificar ou controlar os estímulos focais e contextuais, buscando ampliar a capacidade de enfrentamento da “pessoa”, para que a mesma tenha capacidade de adaptação.

A etapa que complementa a metodologia trata então da evolução ou avaliação, em que a enfermagem verifica, através do comportamento e modo de adaptação, se a “pessoa” atingiu as metas propostas. Caso tenha necessidade, nestes momentos de avaliação podem ser traçadas metas e intervenções para possibilitar uma readaptação.

Na busca pela integração e adaptação dos pais com seu recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso na vivência do Método Mãe-Canguru, estas duas teorias abordadas se consolidam. No modelo proposto por Roy, a “pessoa”, no caso, os pais e o bebê pré-termo e/ou de baixo peso, estão em constante interação com o ambiente e com outras pessoas, buscando adaptarem-se frente aos estímulos internos e externos, direcionando positivamente seus mecanismos de enfrentamento. A teoria do apego

favorece o entendimento destes mecanismos e facilita a compreensão de cada etapa que os pais e seu filho pré-termo e/ou de baixo peso irão vencer em direção a concretude e o estabelecimento do vínculo afetivo.

Para que possa aliar o pensamento e os caminhos oferecidos por estas duas teorias, considero que o modo como percebo estas relações e suas influências são de suma importância a serem expressos. Assim, apresento a seguir o marco conceitual, com a finalidade de tornar a pesquisa mais consistente e fundamentada.

3.3 MARCO CONCEITUAL

Considerando que os aspectos mais amplos do referencial que guia este estudo já foram abordados, apresento neste momento, as minhas crenças e valores interligados aos que guiam a Teoria do Apego e da Adaptação.

Para Monticelli (1994, p.41), o marco conceitual é definido como “uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre os vários conceitos que o compõem. Serve para direcionar ou guiar o processo da prática assistencial de enfermagem” e, segundo Trentini e Paim (2004), também se reveste de igual importância durante o decorrer de processos investigativos.

De acordo com Trentini e Paim (2004), um conceito é entendido como uma representação mental de determinada realidade, sendo abstrato, embora a realidade seja concreta. Na construção dos conceitos é que o pesquisador poderá entender, delimitar e guiar seus passos durante o estudo. “Os conceitos são extremamente úteis para orientar o estudo, porém, não são necessariamente herméticos, como se fossem variáveis ‘a priori’” (MONTICELLI, 1994, p. 42).

Antes, porém, de apresentar os conceitos que guiaram a pesquisa, apresento os pressupostos que a nortearam e que são definidos por Lüdke (1991) e Trentini e Paim (2004), como sendo crenças, valores ou “coisas” em que se acreditam, não sendo necessariamente testáveis ou comprovados cientificamente. Os pressupostos deste estudo estão apoiados na Teoria da Adaptação de Roy (ROY, 1984), bem como na Teoria do Apego (KLAUS, KENNEL, 1992, 2000; WINNICOTT, 2001), além

daqueles provenientes da minha experiência pessoal e profissional em unidade neonatal.

3.3.1 Pressupostos da Teoria da Adaptação e da Teoria do Apego

- A pessoa é um ser bio-psico-social, que está em constante adaptação e interação com o meio ambiente.
- O nível de adaptação depende de quatro modos de adaptação: necessidades fisiológicas, autoconceito, função do papel e relação de interdependência.
- A saúde, bem como a integridade, é expressa em respostas às necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais.
- A adaptação da “pessoa” depende da função dos estímulos aos quais ela está exposta e do seu nível de adaptação.
- A enfermagem faz parte de todo o processo, buscando promover as respostas adaptativas em situações de saúde e de doença.
- A necessidade de internação do recém-nascido em um ambiente de unidade neonatal torna-se, para os pais, um fator de insegurança e desestimulador para o estabelecimento precoce do vínculo afetivo.
- O apego não se estabelece do dia para a noite, depende do nível de adaptação dos pais para com o bebê e vice-versa, além do reconhecimento de seus papéis.
- A enfermeira da unidade neonatal atua constantemente como facilitadora do processo de adaptação dos pais à situação vivenciada, a fim de auxiliar no desenvolvimento do vínculo afetivo.

3.3.2 Pressupostos pessoais

- O processo de desvinculação entre os pais e o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso ocorre inicialmente no momento do parto, antecedendo a internação no ambiente da unidade neonatal.
- O processo de luto experienciado pelos pais no momento do parto e, especialmente, no puerpério, é um fator que contribui para que o estabelecimento do apego não ocorra tão precocemente.

- A equipe de enfermagem tem papel de suma importância no favorecimento da aproximação precoce entre a tríade (pai-mãe-filho).
- O Método Mãe-Canguru (MMC) é um modelo de atenção humanizada ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, que favorece o contato precoce entre pais e seu recém-nascido, estimulando o estabelecimento do vínculo afetivo.
- O modo de adaptação dos pais dependerá não só da equipe de enfermagem, mas também, de fatores biopsicosocioculturais.
- Os pais só conseguem aplicar o MMC com os reais objetivos quando já estão conscientes da sua importância e eficácia. Para isto há necessidade de estarem envolvidos com seu recém-nascido e com os profissionais da equipe de saúde que devem favorecer esta compreensão.

3.3.3 Conceitos inter-relacionados

SER HUMANO

É uma “pessoa” bio-psico-social que está em constante busca, adaptações e em permanente processo de construção (ROY, 1984). É único, dotado de sentimentos e tem a capacidade de interagir com seus semelhantes e com o ambiente. A identidade da “pessoa” é um importante ponto de preocupação para a enfermagem (ROY, 1984).

Neste estudo, os seres humanos participantes são os pais e seus filhos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso, por serem as “pessoas” envolvidas no processo de formação do apego.

Os **pais** são seres individuais que compartilham a mesma experiência do nascimento prematuro de seu filho e necessitam adaptar-se à nova situação existencial. Possuem crenças, valores e sentimentos. São sujeitos de sua história e estão unidos em busca de mecanismos de enfrentamento para superar as dificuldades vivenciadas durante o processo de nascimento e adaptar-se à nova realidade. Os pais são os protagonistas do nascimento e do envolvimento com seu filho (MOURA et al., 2004) e, com ajuda da enfermagem e dos demais profissionais da equipe neonatal, terão confiança e capacidade para aproximarem-se do filho nascido prematuramente, a fim de iniciarem a formação do apego.

O **recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso** é um ser único no mundo. Seu processo de nascimento representa um momento especial na sua vida, na de seus pais e para a realidade que o cerca. Depende dos seus pais, dos recursos ambientais disponíveis e da equipe de saúde para superar sua condição, prevenindo agravos de saúde física e mental (MONTICELLI, 1997). É aquele ser singular que nasceu antes do previsto e tem uma grande necessidade de adaptar-se a esta situação tão nova e inusitada, bem como, precisa de um ambiente adequado que propicie respostas adaptativas eficientes, superando as dificuldades e preenchendo as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio. Para tal a enfermagem faz intervenções, principalmente através da prática do Método Mãe-Canguru, em busca do estabelecimento precoce do apego entre este recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso e seus pais.

ENFERMAGEM

É uma profissão que facilita, promove e apóia o estabelecimento precoce do apego entre a tríade, possuindo conhecimentos e habilidades para auxiliar os pais na compreensão do ambiente neonatal e da situação da prematuridade. A enfermagem promove o conhecimento das potencialidades dos pais para cuidar do recém-nascido e para utilizá-las em prol da formação do apego. Em conjunto com outros profissionais, torna possível a prática do Método Mãe-Canguru, como estratégia primordial no processo de formação do apego entre pais e seus recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso. A enfermagem trabalha em busca da saúde e da adaptação em todos os momentos e processos da vida, favorecendo as respostas adaptativas através de um ambiente propício, auxiliando os pais no processo de enfrentamento da experiência do nascimento prematuro de seu filho.

PROCESSO DE FORMAÇÃO DO APEGO

É um processo longo, duradouro e complexo, expressado através de cuidados, sentimentos, preocupações e afeições entre duas ou mais pessoas. Pode sofrer influências de fatores internos (aspectos psicológicos, relação familiar) e externos

(ambiente hospitalar, profissionais) (KLAUS; KENNEL, 1992). Roy (1984, p. 39) diz que saúde “é um estado e um processo de ser e de tornar-se uma pessoa integrada e total”, segundo o qual a adaptação é um processo que consiste na promoção da integridade fisiológica, psicológica e social (BLUE et al., 1989). Considerando saúde nesta dimensão, a mesma está diretamente relacionada com uma resposta eficiente no processo de adaptação, onde Roy coloca a enfermeira como articuladora dos enfrentamentos das dificuldades geradas pelos pais. Portanto, a enfermagem deve ter claro que é benéfico, para os pais, compartilharem as responsabilidades no cuidado de seu bebê, repartirem uma pequena área do ambiente neonatal com os profissionais atuantes, oportunizando um contato mais próximo e concreto.

Para o início e a concretude da formação do apego entre os pais e seu filho pré-termo e/ou de baixo peso, visando a promoção da saúde, deve-se propiciar a aproximação e o contato pele-a-pele através da prática do Método Mãe-Canguru, o mais precoce possível, pois os laços afetivos pré-estabelecidos correspondem a uma parte significativa das atitudes e comportamentos sociais por toda vida.

AMBIENTE

Segundo Roy (1984), os estímulos que podem provocar os mecanismos de enfrentamento vêm do ambiente, podendo ser provenientes do interior da pessoa ou os estímulos que circundam a pessoa. O ambiente de uma unidade neonatal é formado por seres humanos protagonistas de sua própria história e com equipamentos de alta tecnologia. Está inserido dentro de um contexto físico, social, cultural, político e econômico, no qual pode transformar ou vir a transformar situações de saúde/doença. É um fator determinante no processo de aproximação entre pais e seu bebê prematuro, uma vez que, por aparentar ser um ambiente hostil, poderá dificultar este caminhar em busca para a formação do apego entre a tríade mãe-pai-filho. A condição ambiental auxilia a enfermeira a promover a adaptação e definir intervenções que anulem a distância entre pais e filhos. A enfermagem, em cooperação com os demais profissionais da equipe neonatal, e por meio da prática do Método Mãe-Canguru, tem a responsabilidade de transformar o ambiente neonatal em um cenário agradável e harmônico, desmistificando e aproximando as relações.

PROCESSO DE ADAPTAÇÃO

É a forma como o ser humano passa a se inserir em um determinado contexto físico, social, político e cultural e, através deste, transformar-se para almejar seus objetivos, buscando enfrentar, através de ações, as situações a serem vivenciadas. A enfermagem é o elo entre os pais e seus filhos pré-termo e/ou de baixo peso para, de forma crescente e progressiva, estimular o processo adaptativo, estabelecendo a formação do apego. Como forma de viabilizar este contato precocemente, utiliza a prática do Método mãe-Canguru, em colaboração com outros profissionais. A adaptação dos pais frente ao nascimento inesperado de um bebê pré-termo e deste bebê para com o mundo extra-uterino requer tempo e proximidade, além de um ambiente que apresente condições, circunstâncias e influências que facilitem o acesso dos pais, contribuindo para a concretização do apego.

MÉTODO MÃE-CANGURU

É um modelo de assistência direcionada aos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso e seus pais, que consiste não apenas em um contato pele-a-pele precoce entre a tríade mãe-pai-filho, onde o recém-nascido permanece apenas com fralda, ou seja, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do pai ou da mãe. Mas, em especial, o Método promove ou favorece a aproximação precoce entre a tríade. Quando os pais iniciam o contato com seu filho, as relações vão se aprimorando e a formação do apego vai tomando contornos que são benéficos para a saúde familiar. O MMC propicia que os pais realizem os cuidados de higiene e conforto, alimentação, dentre outros, fazendo com que as relações aconteçam de maneira gradual. O contato pele-a-pele gera uma harmonia nos sentimentos entre mãe/pai/recém-nascido, porém, acredito que o desejo desta aproximação deverá partir dos pais, sendo que a enfermagem tem a responsabilidade de oferecer um suporte assistencial com uma equipe de saúde adequadamente capacitada. O ambiente é de fundamental importância no caminhar desta aproximação, devendo ser um local que proporcione conforto, segurança e estimule sentimentos positivos rumo a esta caminhada, sendo o mais adequado aquele que for similar ao ambiente familiar,

fugindo das características tradicionais de uma unidade hospitalar, facilitando o processo de adaptação dos seres humanos envolvidos neste tipo de assistência.

4 METODOLOGIA

“Ser mãe e ser pai é desenvolver paciência e generosidade sem limites. É conhecer o amor incondicional que incorpora com o tempo o amor condicional”.

(Adriana T. Nogueira)

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo Convergente-Assistencial (PCA). Este gênero de pesquisa foi proposto e delineado pelas enfermeiras brasileiras Mercedes Trentini e Lygia Paim e publicado originalmente em 1999. Atualmente a obra que contém este referencial encontra-se em sua segunda edição (TRENTINI; PAIM, 2004). A PCA é um método que está orientado para a resolução ou minimização de problemas da prática que a enfermeira enfrenta e nas possibilidades de mudança e de introdução de inovações nas práticas de saúde. Consubstancia-se num tipo de investigação que se desenrola de modo concomitante com a prática assistencial de enfermagem, já que sua principal característica é a convergência com essa prática. Deste modo, durante a operacionalização do processo de cuidar, a enfermeira coleta dados com a finalidade de responder à(s) pergunta(s) de pesquisa. O processo de cuidar passa a ser o meio para se buscar as informações necessárias que irão alimentar as indagações processadas pela pesquisa. Segundo Trentini e Paim (2004, p. 11) “trata-se de pesquisa simples e exequível que pode ser implementada juntamente com as atividades profissionais cotidianas dos profissionais de saúde, em especial, das enfermeiras e enfermeiros”.

4.1 O LOCAL E O CONTEXTO DO ESTUDO

A pesquisa foi conduzida de julho de 2005 a fevereiro de 2006 na unidade de neonatologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC. Este se caracteriza por ser um hospital-escola, administrado com recursos federais, que presta assistência gratuitamente à população. Objetiva a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão. A Maternidade do HU/UFSC possui onze anos de existência, inaugurada em 20 de

outubro de 1995, sendo Centro de Referência da região Sul para a prática do Método Mãe-Canguru.

A Maternidade deste hospital se baseia em uma filosofia que está firmada desde 1995, tendo sido elaborada por uma equipe interdisciplinar que assessora a direção do HU nas questões referentes à Maternidade. Seus pressupostos são os seguintes: receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais; favorecer o apego entre pais e seu recém-nascido; atuação da equipe interdisciplinar de forma integrada buscando refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência; a equipe deve exercer um 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 devendo a mulher permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 1995).

A Maternidade do HU/UFSC está situada no segundo andar desta instituição e é composta pelos setores de triagem obstétrica, centro obstétrico (CO), alojamento conjunto (AC), central de incentivo ao aleitamento materno (CIAM), lactário e unidade neonatal. A estrutura da Maternidade conta ainda com as dependências do “hotelzinho”, que consiste em um alojamento para as mães cujos recém-nascidos encontram-se internados na unidade neonatal, permitindo desta forma que as mesmas permaneçam próximas dos filhos, estimulando assim o desenvolvimento do apego e a promoção do aleitamento materno. Este espaço comporta apenas quatro mulheres, uma vez que é uma área com espaço físico reduzido, havendo então prioridade de alojamento às puérperas que se encontram até o quinto dia de puerpério, as que estão iniciando o processo de amamentação e aquelas que não residem na grande Florianópolis.

A unidade neonatal está dividida em três ambientes. Atualmente possui capacidade para 14 leitos, estando distribuídos em:

➤ Cuidados intensivos (4 leitos), onde internam bebês prematuros ou a termo com graves problemas de saúde e/ou muito baixo peso;

➤Cuidados intermediários (6 leitos), onde se encontram os recém-nascidos que necessitam ser observados nas primeiras 24 horas de vida, seja por prematuridade, processos físicos adaptativos do nascimento ou investigação diagnóstica;

➤Cuidados mínimos (4 leitos), onde ficam os bebês que tiveram alta dos cuidados intensivos e/ou necessitam adquirir peso.

Segundo Costa (2005), o serviço de neonatologia apresenta cerca de 47 a 62% de ocupação, contando com internações de bebês procedentes de todo o Estado de Santa Catarina. As principais causas das internações envolvem a prematuridade, o baixo peso ao nascer, a asfixia neonatal, o desconforto respiratório, hipoglicemias, dentre outros. O tempo de permanência varia de dias até meses.

A equipe interdisciplinar deste serviço é composta por 8 enfermeiras, 12 médicos neonatologistas, 2 fonoaudiólogas, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 nutricionista, 2 fisioterapeutas, 23 técnicos de enfermagem, 10 auxiliares de enfermagem e 1 escriturário.

No serviço de neonatologia deste hospital o acesso dos pais é livre e estimulado nas 24 horas, ou seja, em período integral. O horário de visita fica aberto a duas pessoas por dia, incluindo os irmãos do recém-nascido e os avós maternos e paternos, sendo que a visita é realizada individualmente no horário das 15 às 16 horas.

Fazendo parte do contexto da unidade neonatal há um espaço físico destinado ao Método Mãe-Canguru. Desde sua implantação neste serviço, o ambiente que os pais dispunham para praticar o Método Mãe-Canguru era composto por um quarto contendo: duas camas de solteiro, dois berços de calor radiante, criado mudo com abajur em cada cama, televisão, aparelho de som, ar condicionado, poltrona, cadeiras, mesa para refeições, pia e um balcão utilizado para guardar pertences dos bebês e de suas respectivas mães, além de servir de apoio para a banheira de banho dos recém-nascidos. O banheiro para o uso dos pais localiza-se fora do quarto, havendo necessidade destes se deslocarem. Entretanto, no momento atual, a unidade passa por um processo de reforma que visa ampliar o espaço e a estrutura destinada à prática do Método Mãe-Canguru. Esta reforma tem como meta atender aos requisitos do Ministério da Saúde com relação ao Método. O projeto teve início em 1996 e conta com o reconhecimento e apoio financeiro do Banco Nacional de Desenvolvimento

Econômico e Social (BNDES) e da Fundação ORSA. Ao findar este processo, a unidade contará com 8 vagas destinadas ao MMC, 2 vagas para isolamento e 2 consultórios para atender a demanda ambulatorial (3ª etapa do MMC), além de ambientes destinados a atividades manuais, como por exemplo, a confecção, pelos pais participantes do Método, de roupas para os bebês e de oficinas que possibilitem a troca de experiências entre os grupos de pais participantes, e destes com a equipe interdisciplinar; incluindo ainda nesta estrutura, uma ampla lavanderia e uma área aberta destinada ao banho de sol. Até que a reforma seja concluída, os pais realizam o Método dentro das salas da unidade neonatal, ou seja, a primeira etapa acontece na UTI e a segunda etapa na sala de cuidados intermediários.

Para ingressar no Método, neste serviço, os pais passam por uma triagem, feita pela enfermeira, pelo médico neonatologista, pela psicóloga e pela assistente social, sendo que cada um destes profissionais fornece seu parecer, por escrito, no prontuário do recém-nascido prematuro apto a ingressar nesta prática. Na avaliação realizada pela enfermeira da unidade, os principais requisitos a serem apresentados pelos pais consistem no apego dos pais ao recém-nascido, a segurança e a independência nos cuidados ao mesmo. O desejo expresso dos pais em ingressarem no Método é considerado ponto-chave para que sejam iniciados os preparativos para a vivência neste novo estágio de internação dos recém-nascidos. O Método Mãe-Canguru é composto por três etapas (citadas no capítulo introdutório), sendo que cada uma delas possui requisitos específicos. Conforme levantamento realizado por Guimarães e Schneider (2003), desde a implementação deste Método na unidade neonatal até o ano de 2003, houve a participação de 67 bebês e seus pais.

Em julho de 2005 comecei a me inserir no ambiente neonatal como enfermeira-pesquisadora, com o propósito de integrar-me paulatinamente na vida da unidade e, em especial, no MMC, verificando a viabilidade de realizar este tipo de pesquisa, uma vez que haveria de ter pais aptos a participarem da proposta. Naquela oportunidade conversei com alguns profissionais sobre minhas expectativas, apresentando o objetivo deste estudo. Todos os integrantes da equipe com quem interagi neste primeiro momento enfatizaram o benefício que este tipo de estudo poderia trazer para a unidade, considerando a proposta como algo extremamente importante para os pais,

para os bebês e também para os profissionais, já que a promoção do apego tem sido uma questão que vem preocupando a todos.

Deste momento em diante comecei a realizar leituras mais aprofundadas sobre o referencial teórico que utilizaria para guiar a pesquisa convergente-assistencial, bem como fui em busca de outros estudos que haviam sido realizados com desenhos semelhantes ao que eu iria desenvolver. Posteriormente, tendo domínio da abrangência desta temática foi que, em setembro de 2005, com a proposta já melhor delineada, voltei à unidade neonatal para então selecionar neste contexto os pais que estariam dentro dos objetivos propostos pelo estudo e passariam a ser participantes da pesquisa convergente-assistencial, de forma voluntária, após concordarem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. Após estes primeiros movimentos, combinava com os pais como seriam nossos encontros. No início o contato era diário e então, à medida que as dificuldades de adaptação iam sendo superadas, os encontros eram agendados com menor frequência. Porém, os sujeitos participantes tinham consigo todos os meus contatos telefônicos para que, em qualquer situação ou necessidade, pudessem entrar em contato.

A duração dos encontros variou entre uma hora e meia até quatro horas, conforme as necessidades se apresentavam dentro do cenário assistencial. O período vespertino era o mais solicitado (devido à rotina dos pais e da unidade), mas em alguns momentos nos encontramos no período matutino e menos frequente no período noturno. Nossos encontros aconteciam em diferentes locais, sendo o mais rotineiro, dentro da unidade neonatal, próximo ao recém-nascido, mas também acompanhei os pais em outros locais como no “hotelzinho”, na CIAM, e até mesmo nos corredores. Algumas vezes estivemos em salas reservadas, quando se tratava de algum “desabafo” ou da necessidade de conversas individuais.

Os contatos entre a pesquisadora e os pais com seus bebês eram aproximadores, tendo os pais toda a liberdade para expressarem seus sentimentos, sendo estes positivos ou não, de forma que juntos conseguíssemos definir as dificuldades e traçar o caminho a ser percorrido rumo à formação do apego.

4.2 OS SUJEITOS PARTICIPANTES

Os sujeitos do estudo foram os pais, juntamente com seus filhos nascidos pré-termo e/ou de baixo peso e que estavam aptos a participarem da prática do MMC no momento da coleta de dados. De modo geral, a pesquisa envolveu três casais e quatro recém-nascidos (já que um casal foi pai de gemelares). A escolha destes participantes teve como critério apenas o desejo dos pais em participarem como sujeitos do estudo, após conhecimento dos objetivos, intencionalidades e modos de participação.

Apresento neste momento, de forma mais detalhada, um pouco mais sobre cada um dos sujeitos desta pesquisa, salientando que, por mera coincidência, todos os bebês participantes eram do sexo feminino. Contudo, para facilitar a leitura, serão identificadas de modo genérico como “recém-nascidos”. As identificações de todos os sujeitos estão preservadas, sendo que, para denominá-los, adotei nomes fictícios sugeridos pelos próprios participantes.

ROSA, CRAVO E AMOR-PERFEITO

O casal é procedente de Tubarão, apresenta situação familiar econômica atual estável e não possui outros filhos. O recém-nascido não foi planejado e referem não terem tido experiência de prematuridade na família. Durante a hospitalização a organização da família se deu da seguinte forma: a mãe permanecia nos aposentos do hotelzinho do hospital durante a semana e nos finais de semana, quando seu esposo chegava, ficava na casa de uma prima que reside na capital. Seu esposo, durante a semana, permanecia em Tubarão para cuidar dos negócios e nos finais de semana vinha para Florianópolis. Em determinadas ocasiões, porém, como na ausência do marido, havia finais de semana em que Rosa não saía do hospital, preferindo permanecer no hotelzinho.

Rosa tem 32 anos, possui 2^o grau completo, exerce a função de agricultora (deixou de ajudar o marido na lavoura desde o momento em que rompeu a bolsa e precisou ser transferida para Florianópolis em 22/09/2005) e é seguidora da religião Testemunha de Jeová. Deu à luz sob parto vaginal no hospital, sendo o peso do bebê compatível com a idade gestacional. Foi criada pelos pais e refere que este processo

sempre foi permeado por carinho, dedicação e respeito. Durante o processo de internação, Rosa permaneceu disponível para permanecer na unidade neonatal no início nas 24 horas durante a semana e nos finais de semana durante o dia, porém em muitos momentos sua permanência foi mais constante. Sua produção láctea era adequada, variando para mais ou para menos dependendo do seu nível de estresse.

Cravo tem 41 anos, 2º grau completo, é agricultor e também é adepto da religião Testemunha de Jeová. Nasceu sob parto vaginal, em hospital, a termo, com peso apropriado para a idade gestacional, tendo sido criado por seus próprios pais. Refere ter sido criado com muito carinho. Apresentou disponibilidade para permanecer na unidade neonatal em alguns finais de semana e em algumas ocasiões “marcou presença”, como gostava de dizer, também durante a semana.

Amor-perfeito é uma menina, nascida em 24 de setembro de 2005, às 11 horas e 14 minutos, com 1.245g., de parto vaginal. Recebeu 8 na avaliação de Apgar do 1º minuto e 5º minuto. Sua estatura não foi verificada na sala de parto. Sua idade gestacional (IG) foi avaliada segundo o método de Ballard, em 31 semanas e 4 dias. Ao nascimento necessitou de O₂ inalatório na sala de parto, mas logo após foi colocada pele-a-pele com a mãe. Sugou o seio materno e foi acompanhada pelo esposo/pai durante o período que permaneceu no centro obstétrico. Amor-perfeito chegou à unidade neonatal no mesmo dia do seu nascimento, às 11 horas e 30 minutos, por ser pré-termo. Chegou em incubadora de transporte, O₂ inalatório, com leve desconforto respiratório. Não houve o acompanhamento de familiar naquele momento. Deu entrada diretamente na UTI, sendo instalado de imediato o oxímetro, o catéter de O₂ e fluidoterapia com punção periférica. Segundo Rosa e Cravo, os mesmos não recordam quem foi o profissional que lhes forneceu as informações iniciais na primeira vez que adentraram a unidade neonatal, pois estavam muito angustiados e estressados naquele momento. Segundo eles, a primeira impressão foi de “susto”, principalmente o pai.

NUVEM, CÉU, ESTRELA E LUA

O casal é procedente de Braço do Norte e possui situação familiar econômica atual estável. Não possuem outros filhos e a gravidez das gemelares não foi planejada.

Referem não terem tido experiências anteriores familiares iguais a esta. A organização da família durante a hospitalização aconteceu de diferentes maneiras; enquanto Céu estava de férias, o casal permanecia no hospital durante o dia, sendo que à noite hospedava-se na casa de um familiar. Quando terminou as férias de Céu, o mesmo retornou para sua cidade, trocou alguns plantões, uma vez que trabalha neste sistema, para obter mais folgas e retornar para Florianópolis com maior frequência, enquanto Nuvem permaneceu neste período nos aposentos do hotelzinho.

Nuvem tem 21 anos, o 2º grau completo, é operadora de caixa e refere ser católica. Nasceu de parto vaginal, em ambiente hospitalar, dentro do prazo limite de 9 meses. Foi criada e educada por seus pais, que a tratavam com muito carinho e respeito. Sua disponibilidade para permanecer na unidade neonatal era incerta, mas enquanto permaneceu no hotelzinho ficava livre nas 24 horas, porém sua presença era mais freqüente durante o dia até por volta das 20 horas, e quando ia para a casa de seu parente permanecia apenas das 08 às 18 horas. Durante a hospitalização Nuvem oscilava na sua produção láctea, porém a mesma era geralmente suficiente para atender a demanda das duas filhas, sendo que referia um enorme desejo de amamentá-las.

Céu tem 23 anos, possui o 2º grau completo, é militar e se refere como católico. Nasceu de parto vaginal, em uma unidade hospitalar na cidade de origem e nasceu a termo. Foi criado por seus pais com muito carinho, “longe de ambiente agressivo e hostil”. Apresentou disponibilidade para permanecer na unidade neonatal diariamente das 08 às 18 horas, enquanto estava de férias, mas também estava sempre pronto e disponível para auxiliar Nuvem ou as meninas, sempre que havia necessidade.

Estrela (gemelar I) é do sexo feminino, nasceu em 01 de outubro de 2005, às 15 horas e 53 minutos, com 1.675g e 41 cm de estatura. Nasceu de parto cesárea, com apgar 8 no 1º minuto e 9 no 5º minuto. Sua idade gestacional segundo Ballard foi de 32 semanas e 5 dias. Necessitou de O₂ inalatório na sala de parto. No momento do nascimento não foi promovida aproximação entre as filhas e sua mãe através do contato pele-a-pele e tampouco sugaram o seio materno, devido às intercorrências clínicas. Estrela foi encaminhada para a unidade neonatal após ter recebido os cuidados na sala de parto, às 16 horas e 30 minutos. Foi internada por ser pré-termo e

ter risco para infecção. Chegou à unidade em incubadora de transporte, ar ambiente, sendo coletado exames de sangue e iniciado antibióticoterapia. Não houve acompanhamento de familiares naquele momento. Deu entrada diretamente na UTI, sendo necessário instalar aparelhos para controle clínico como oxímetro, monitor cardíaco e fluidoterapia por acesso periférico. Contudo, mesmo estando neste ambiente, na primeira vez que os pais entraram na unidade, foi facilitada a aproximação dos pais com a filha, não somente através dos olhares, mas também através do toque. Nuvem e Céu não recordam qual profissional forneceu as primeiras informações, pois estavam cheios de expectativas e com certa ansiedade naquele momento. Porém, referem sentirem-se satisfeitos com as informações e pelo “tamanho da criança”.

Lua (gemelar II), também uma menina, nasceu em 01 de outubro de 2005, às 15 horas e 55 minutos, com o mesmo peso de sua irmã, 1.675g e 40 cm de estatura. Nasceu de parto cesárea, com apgar 9 no 1º minuto e 9 no 5º minuto. Sua idade gestacional segundo Ballard foi de 32 semanas e 5 dias. Também necessitou de O₂ na sala de parto, além de sonda orogástrica aberta, para drenagem de secreções. Não houve a possibilidade de ser colocada em contato pele-a-pele e de sugar o seio materno devido à instabilidade clínica decorrente da prematuridade. Necessitou de internação urgente na unidade neonatal às 16 horas e 30 minutos, em companhia de sua irmã. Também foi internada por ser pré-termo e ter risco para infecção. Chegou em incubadora de transporte, ar ambiente, sendo coletado exames de sangue e iniciado antibióticoterapia. A chegada na unidade neonatal foi realizada apenas por funcionários do centro obstétrico, sem a presença de um familiar. O ingresso de Lua foi direcionado para a UTI, sendo instalado oxímetro de pulso, monitor cardíaco e fluidoterapia por venopunção periférica. Nuvem e Céu referem que não tiveram dificuldades para se inserirem no ambiente neonatal. Disseram que foi bom ter tocado no bebê, sendo que neste momento também receberam informações sobre as condições clínicas da menina.

COALA, LEÃO E GATINHA

O casal é procedente de Treze Tílias e, segundo informações colhidas, apresenta situação familiar econômica atual precária. Possui dois filhos anteriores, sendo que a criança mais velha (5 anos) é fruto da união de Coala com outro homem. O casal não fazia uso de contraceptivos, pois tinham vontade de ter mais um filho, já que deste casamento, possuíam apenas um garoto de 3 anos de idade. Não tiveram experiência como esta de prematuridade em sua família. Durante a hospitalização os pais permaneceram juntos desde a transferência de sua cidade para Florianópolis até cerca de 30 dias após o nascimento. Enquanto os pais estavam fora do domicílio, os filhos menores permaneciam sob os cuidados da avó materna em sua cidade natal. O casal permanecia durante o dia nas instalações hospitalares, mais precisamente dentro da unidade neonatal e ao entardecer se deslocavam para uma casa que abriga pessoas advindas de outras localidades e que não possuem condições financeiras, ou não possuem algum familiar mais próximo. Ao passar os trinta dias de permanência do esposo-pai no HU, o mesmo precisou retornar à sua cidade para ir em busca de um emprego e para dar atenção aos outros filhos. A partir daí os contatos foram mais raros devido às dificuldades de acesso aos meios de comunicação mais comuns. Em apenas dois momentos do processo de internação é que Coala teve a possibilidade de se encontrar com seus filhos. Na ausência de seu esposo, Coala permaneceu indo descansar no abrigo. Após ter conseguido vaga nos aposentos do hotelzinho, Coala passou a permanecer mais próxima da filha.

Coala tem 22 anos e possui 1º grau incompleto. Atualmente não trabalha, apenas se ocupa dos afazeres domésticos e é seguidora da religião Evangélica. Nasceu sob parto vaginal, em hospital, a termo. Foi criada pelos pais e refere ter recebido apenas carinho de seu pai, pois sua mãe abandonou a família quando ainda era pequena. Considerava que sua mãe sentia desprezo por ela. Somente muitos anos depois é que sua mãe e ela passaram a ter novamente contato. Coala possui dois meninos e Gatinha que é sua terceira filha. Durante o processo de internação, Coala permanecia na área hospitalar durante o dia e no período noturno, no início, não ficava junto da filha. Somente depois de ter se alojado no hotelzinho é que passou a

freqüentar a unidade também à noite e muitas vezes somente no horário das mamadas. Sua produção láctea era excelente e referia “muita vontade” de amamentar.

Leão tem 28 anos, 1º grau incompleto, é pedreiro, mas atualmente está desempregado. Refere seguir a religião evangélica. Nasceu sob parto vaginal, em hospital, a termo, com peso apropriado para a idade gestacional. Foi criado por seus avós paterno, “com muito carinho e respeito”. Apresentou disponibilidade para permanecer na unidade neonatal durante os primeiros 30 dias de nascimento de sua filha. Após este período teve que retornar à cidade de origem. Possui um filho de três anos e esta filha atual.

Gatinha é do sexo feminino e nasceu em 16 de dezembro de 2005, às 13 horas e 53 minutos, com 800g, de parto cesárea. Recebeu 2 no apgar do 1º min e 7 no 5º minuto. Sua estatura não foi verificada na sala de parto devido a sua instabilidade clínica. Sua idade gestacional foi avaliada, segundo Ballard, em 30 semanas e 6 dias. Ao nascimento, necessitou de O₂ inalatório na sala de parto, não havendo possibilidades de ser colocada pele-a-pele com a mãe. Foi somente “mostrada” à ela. Coala foi acompanhada pela sua mãe durante o período que permaneceu no centro obstétrico. Gatinha chegou à unidade neonatal no mesmo dia do seu nascimento, às 14 horas e 05 minutos, por ser pré-termo e pequena para a idade gestacional. Chegou em incubadora de transporte, entubada, com desconforto respiratório e hipotérmica. Não houve o acompanhamento de familiar naquele momento. Deu entrada diretamente na UTI, sendo instalada de imediato no respirador artificial, com oxímetro, monitor cardíaco, fluidoterapia e medicamentos por catéter de inserção central periférica (PICC), e sonda orogástrica. Os pais, logo na primeira vez que entraram na unidade tiveram a oportunidade de tocar a filha. Receberam informações sobre sua condição de saúde pela médica e pela enfermeira do plantão, mas referiram que estavam “extremamente preocupados” naquele momento, com “toda a situação”, achando que a menina não “vingaria”.

4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

Por se tratar de uma Pesquisa Convergente-Assistencial, onde o ofício de coletar dados é realizado no decorrer da prática cuidativa da enfermeira, julgo importante caracterizar esta vinculação, apresentando o que denominei como sendo “A trajetória da Pesquisa Convergente-Assistencial”. Neste item descrevo, inicialmente, como se deu o processo investigativo, utilizando as etapas do processo cuidativo com os recém-nascidos e seus pais, como estratégia de coleta de dados para responder às perguntas de pesquisa sobre os aspectos que influenciam (facilidades e dificuldades) na formação do apego entre os pais e o filho recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso durante a prática do Método Mãe-Canguru e sobre a percepção destes pais, acerca da formação do apego com o filho, durante a permanência no Método Mãe-Canguru.

Acredito que esta descrição é imprescindível, pois contém os ingredientes básicos da coleta de dados e, principalmente, as técnicas destinadas a obter informações para a pesquisa convergente de enfermagem que, neste estudo, envolveu a observação e a entrevista. Também aponto os procedimentos que foram seguidos para o registro dos dados. Na seqüência do item descrevo, então, como foi realizado o processo de organização e análise dos dados da pesquisa. Espero, com esta descrição, mostrar que “a PCA se revela pelos movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de forma a criar espaços de superposição com a assistência”, conforme assinalam Trentini e Paim (2004, p. 72).

Gostaria de ressaltar que esse modo de organização do item tem um caráter essencialmente didático, uma vez que, na realidade, as ações de cuidar e pesquisar aconteceram de forma concomitante, ativa, dinâmica e com etapas interligadas, havendo apenas um momento reflexivo final mais denso e rigoroso, no que diz respeito à interpretação e análise dos dados da PCA.

4.3.1 A TRAJETÓRIA DA PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL

Conforme referi anteriormente, a coleta de dados da pesquisa foi realizada através do processo de cuidar dos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso e os pais que vivenciavam o MMC utilizando-se, basicamente, da técnica de observação

participante (técnica principal) e da entrevista focalizada (técnica complementar). Tais técnicas encontram-se descritas na apresentação das etapas componentes do processo cuidativo em enfermagem e, mais sistematicamente, quando descrevo a primeira etapa, denominada de “Identificação dos modos adaptativos”.

O processo de cuidar, ao qual denominei “Processo Cuidativo”, baseou-se nas orientações de Roy e nos pressupostos do referencial do apego. Este processo constou de quatro etapas, que passo a descrever a seguir.

A primeira etapa, denominada de **Identificação dos modos adaptativos**, envolveu a investigação dos quatro modos efetores apontados por Roy (conforme consta no Apêndice A), obtida por meio do levantamento dos comportamentos dos sujeitos praticantes do Método. Estes comportamentos são entendidos como sendo aquelas respostas que os pais e seu bebê apresentam enquanto grupo, díade (mãe-pai/mãe-filho/pai-filho) ou mesmo individualmente, no que diz respeito aos processos de aproximação que influenciarão na formação do apego. Nesta etapa eu registrava de forma minuciosa como estava se dando a aproximação e adaptação dos pais com a criança. Esta etapa ocorria de modo contínuo, durante toda a trajetória do processo de cuidar e da pesquisa, já que tais dados forneciam pistas cada vez mais seguras a respeito do nível de adaptação em que os participantes se encontravam frente aos diferentes e variados estímulos a que estavam expostos, seja em nível individual (cada uma das “pessoas” envolvidas, ou seja, criança, mulher e homem, com características que são idiossincráticas e próprias do seu ciclo de desenvolvimento), seja grupal, como unidade familiar em direção à formação do apego, enquanto praticam o Método Mãe-Canguru.

Este levantamento dos comportamentos apresentados pelos mesmos foi feito de forma habilidosa e consciente, e contribuiu para que eu, enquanto enfermeira-pesquisadora pudesse avaliar as respostas comportamentais como sendo adaptativas ou ineficientes, em qualquer momento do processo cuidativo de enfermagem. Para coletar tais dados foi utilizada como técnica principal a observação participante que, segundo Trentini e Paim (2004), possui o poder de captar uma variedade de fenômenos de uma determinada situação social, os quais não podem ser obtidos exclusivamente através de entrevistas. As autoras acrescentam que o observador participante necessita alimentar

seu senso de introspecção, além de observar a fração social e participar dela, além de averiguar seus sentimentos em relação aos fenômenos observados.

Busquei envolver-me com os sujeitos em suas ações, sempre com suas aquiescências, porém sem que houvesse qualquer tipo de interferência e realizando esta observação em diferentes turnos (matutino, vespertino e noturno), pois acreditava que poderia haver variação de conduta por parte destes, de acordo com a rotina estabelecida pela unidade em foco. O recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso era observado constantemente no processo de interação, não só na presença de seus pais, como também na sua ausência e nos cuidados/procedimentos realizados pela equipe de saúde neonatal. Nesta observação focalizei todos os modos de adaptação que envolvesse o comportamento dos pais com relação a aproximação junto ao seu filho, tendo como foco de atenção os seguintes tópicos: de que forma este contato ocorreu (verbal, tato, expressões de carinho ou apenas o de prestar cuidados de conforto...); em que momento foi mais efetiva esta aproximação; quem mais se destacou (pai/mãe) nesta aproximação; interferências e facilidades observadas no decorrer deste processo, dentre outros, conforme mostra o instrumento (Apêndice A).

Posteriormente, ou mesmo no decorrer do processo de observação, de acordo com a necessidade, eu complementava esta primeira fase de identificação dos modos adaptativos, lançando mão da técnica de entrevista, para que houvesse maior aprofundamento, polimento, confirmação ou descarte de interpretações e sentidos, sendo que os sujeitos envolvidos eram comunicados previamente, respeitando os princípios legais e éticos da assistência e da investigação. Tais entrevistas foram sendo desenvolvidas sob a forma semi-estruturada e de aspecto informal, tendo como objetivo a complementação da observação, utilizando o próprio campo de observação para a aplicação da mesma.

De acordo com Trentini e Paim (2004), tal modalidade de entrevista favorece a investigação do tema na sua máxima profundidade em todos os sentidos, pois poderá descobrir como ocorrem determinados fenômenos. Além disso, esta técnica permitiu a valorização e a participação de todos os envolvidos na coleta de dados, além de aproximá-los do processo, incluindo contatos repetidos.

Os registros dos dados coletados nesta etapa/fase foram realizados no mesmo instrumento que serviu como guia para a obtenção dos dados de identificação, como pode ser observado no Apêndice A. Registrei de forma minuciosa como se deu o processo de aproximação e adaptação dos pais com seu bebê e vice-versa, em busca de sinais que pudessem estar interferindo no processo de formação do apego. Utilizei também um diário de campo, elaborado após cada momento observado ou de entrevista, constando notas de observação e impressões e sentimentos da pesquisadora-enfermeira.

Frente aos modos adaptativos identificados passava então à segunda etapa do processo cuidativo, o **Diagnóstico de enfermagem**, visando analisar os comportamentos apresentados pela tríade. Nesta etapa identificava as reações ineficientes que requeriam apoio da enfermagem ou mesmo as respostas adaptativas que eram consideradas positivas e que deveriam ser estimuladas ou reforçadas pela enfermagem. O diagnóstico era identificado durante o processo de cuidar, através da observação dos movimentos de proximidade ou de distanciamento do homem e da mulher com o recém-nascido. Assim, por exemplo, quando os pais chegavam na unidade e se aproximavam da incubadora, mas não conseguiam avançar este limite entre o equipamento e o filho, não solicitavam auxílio para colocá-lo em contato pele-a-pele e logo se distanciavam do ambiente neonatal, percebia-se a dificuldade nas respostas adaptativas dos pais e então estabelecia-se o diagnóstico “risco para a formação do apego” e a seguir dava-se continuidade às demais etapas do processo cuidativo.

A etapa seguinte tratava-se do **Estabelecimento de metas, plano e implementação de cuidados**, que era realizada após ter observado e entrevistado os pais sobre as facilidades e dificuldades que estavam experienciando com relação ao nascimento prematuro de seu bebê, e de ter feito o diagnóstico de enfermagem. Estabelecia então as metas, que consistiam nos comportamentos finais que os pais e seu bebê deveriam alcançar. Estas metas eram estabelecidas em conjunto com os pais, pois segundo Roy (apud GALBREATH, 2000, p.217), “o estabelecimento de metas mútuas respeita os privilégios e os direitos do indivíduo”. Após este momento, procurava traçar um plano de cuidados que tinha como propósito propor alternativas

de aproximação, alterar ou manipular os estímulos, auxiliando ou ampliando a capacidade de enfrentamento destes sujeitos e que pudessem contribuir na formação do apego. Nesta etapa acontecia a relação direta das ações propostas com os participantes deste estudo, sendo colocado em prática o cuidado mais especificamente.

Os registros formais da segunda e terceira etapas do processo cuidativo foram realizados em uma planilha, conforme consta no Apêndice B. No capítulo seguinte, onde irei relatar a prática cuidativa, apresentarei esses registros de forma mais elucidativa e explicativa. Além disso, creio que os exemplos advindos diretamente da prática auxiliam na compreensão da assistência de enfermagem desenvolvida, quer seja de forma geral, ou na compreensão de cada uma de suas fases componentes.

Como última etapa sistemática do processo cuidativo em enfermagem, a **Avaliação**, buscava averiguar se tinha acontecido o alcance das metas pré-estabelecidas, principalmente no que se referia aos comportamentos dos pais com seu recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso em busca da formação do apego. Nesta fase do processo, fazia uma comparação dos registros de entrada dos sujeitos na unidade neonatal, no contexto do Método Mãe-Canguru, mas também procedia à avaliação do momento atual, analisando em conjunto com a família, de que modo estavam ocorrendo as respostas adaptativas em direção às relações afetivas. De forma global, eram estes os procedimentos desenvolvidos na etapa de avaliação. Contudo, micro-avaliações similares eram igualmente feitas em todos os momentos em que eu me encontrava com o pai, a mãe e com os recém-nascidos, seja de forma individualizada ou ainda em díades e também em cada uma das famílias, como unidades grupais de cuidado. Assim, a avaliação ocorria de forma contínua, dinâmica, ininterrupta e processual, através de um *feedback* diário. Para tal, lançava mão igualmente do diário de campo, contemplando evoluções diárias de todo o contexto assistencial, incluindo atitudes, expressões e sentimentos apresentados pelos pais, que eram comparadas para, se necessário, replanejar as ações onde os mesmos não apresentaram respostas adaptativas eficientes. Todo o processo avaliativo foi desenvolvido em parceria com os pais e com os demais integrantes da equipe neonatal.

Tomei especial cuidado com os processos de registro de todos os dados, pois Monticelli (2003) aponta que isto é imprescindível para que o pesquisador obtenha

credibilidade e almeje os resultados esperados com a investigação. As observações feitas foram registradas fielmente e o mais próximo possível de sua ocorrência. Também registrei as práticas, as idéias, os medos, as falhas, os equívocos, as reflexões que iam surgindo e que apontavam reflexões em torno dos objetivos investigativos a serem alcançados, bem como as mudanças de metodologia surgidas no decorrer do estudo. Considerava em tempo integral que “o registro no diário serve como mais uma fonte de informação, de grande utilidade na interpretação e discussão dos resultados da pesquisa” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 84).

Após o desenvolvimento dos processos cuidadosos com os sujeitos do estudo (que serão apresentados no capítulo 5) empenhei-me então, de forma mais sistemática, no ofício de organização e análise dos dados da PCA, estando sempre norteada pelas perguntas que me propunha a investigar. Para tanto, busquei sustentação analítica nas indicações de Trentini e Paim (2004), que passo a apresentar no item que segue.

4.3.2 PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA A ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

O tratamento das informações obtidas tornou-se uma das etapas mais complexas da PCA, justamente pela diversidade de dados, que eram densos e multifacetados, requerendo concentração e grande esforço intelectual, tanto durante o processo cuidadoso, quanto no final, no momento que esse empreendimento tornou-se mais rigoroso e sistemático, com vistas ao alcance dos objetivos investigativos anteriormente delineados.

Durante todos os procedimentos de organização e análise dos dados, sempre mantive o pensamento alicerçado na idéia de que

na pesquisa convergente assistencial, os processos de assistência e de coleta e análise de informações deverão ocorrer simultaneamente, o que facilitará a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo. A simultaneidade da coleta e análise das informações numa pesquisa prática protege o cliente e a enfermeira de uma posição desconfortável, como acontece numa pesquisa do tipo tradicional, na qual o pesquisador identifica necessidades e não pode agir, pois tem as mãos atadas pelos critérios da pesquisa [...]. Esse 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. 91-92).

Assim, a primeira providência foi inteirar-me e envolver-me profundamente com os quatro “processos genéricos” de análise qualitativa indicados por Morse e Field e seguidos por Trentini e Paim (2004), ao estruturarem a PCA.

O fato de ter utilizado instrumentos formais de registro de todos os passos do processo cuidativo (Apêndices A e B), bem como o cuidado de ter lançado mão de um diário de campo, durante todo o decorrer desta prática, foram procedimentos que auxiliaram sobremaneira na organização e interpretação deste momento mais analítico do estudo.

A seguir descrevo os quatro processos genéricos que utilizei para a análise global dos dados:

4.3.2.1 Processo de apreensão

Esta primeira fase da análise ancorou-se no conjunto de informações obtidas durante a prática cuidativa com os três casais e seus recém-nascidos pré-termos e/ou de baixo peso. Com o intuito de “apreender” os significados que emanavam desse conjunto de informações, li e reli todo o material disponível inúmeras vezes. Foram necessárias muitas “idas e vindas” aos registros feitos, visando a incorporação das idéias principais acerca de tudo o que foi vivenciado com os participantes do estudo.

O fato de ter iniciado a organização dos dados, ainda que de forma incipiente, durante o processo cuidativo com os pais e seus filhos pré-termo e/ou de baixo peso, como por exemplo, manter os registros em ordem cronológica, com datas e aprazamentos, além de ter identificação precisa de cada um dos sujeitos participantes, auxiliou sobremaneira neste momento mais sistemático de leitura, bem como evitou acúmulo de material bruto referente à vivência do processo com estes mesmos sujeitos.

4.3.2.2 Processo de síntese

Após as várias leituras efetuadas, sempre com o olhar voltado ao referencial teórico e às perguntas de pesquisa, passei a entrever, ainda de forma um pouco difusa, que algumas idéias emanadas do texto se articulavam numa espécie de “código” que ajudava a interpretar tanto os aspectos promotores, quanto os aspectos complicadores

do processo de formação do apego durante a prática do MMC. Nesse momento da análise dos dados agrupei todas as informações obtidas no convívio diário com os pais e bebês, identificando quais palavras, expressões, movimentos, intenções ou outras expressões foram mais fortes e significativas, e que refletiam tantos os pontos positivos quanto os pontos negativos destas relações. No Apêndice C o leitor pode identificar os primeiros movimentos de “síntese” dos códigos mais significativos que emergiram do mapa de dados brutos.

Somente após este extenuante processo é que pude identificar um “material ilustrativo” referente aos aspectos promotores e complicadores da formação do apego durante a prática do MMC, como uma planilha que promovia uma rede de interpretações em torno dos objetivos do estudo e das respostas às perguntas de pesquisa. Somente aí é que entendi que “se o pesquisador conseguir criar, para ele mesmo, material ilustrativo, terá certeza de que conseguiu sintetizar e memorizar todo o processo do trabalho” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 96).

4.3.2.3 Processo de teorização

Para chegar neste ponto do processo analítico que visa o modelamento de um esquema teórico mais representativo dos significados emanados do mapa de dados, conforme apontam Trentini e Paim (2004), mantive-me atenta às idéias emergente, colocando mais firmemente “o óculos” do referencial teórico do estudo, já que nesta etapa os aspectos interpretativos estão em evidência. A complexidade das informações que me levou a estes movimentos de ir e vir, ou seja, ler e reler, foram extremamente importantes, pois foi só assim que consegui definir os pontos-chave que determinariam cada categoria e suas subcategorias.

Como por exemplo: ao perceber que frequentemente os pais trocam idéias entre si, e ao ter de todos os casais relatos do tipo: *“vejo que as outras pessoas também estão passando pela mesma coisa que a gente, então temos que enfrentar. É bom conversar, temos coisas em comum”*; ou *“é muito bom conversar com os outros pais que estão aqui, que têm filhos pequenos igual a nossa, aprendemos com isso”*, percebi que a troca de experiências desses casais estava muito relacionado com o fato de terem a liberdade de conversarem com os profissionais, de participarem das oficinas

oferecidas pelo serviço voluntário da instituição, da oportunidade de conviverem com outros pais que vivenciavam o MMC, e pelo fato de receberem incentivo de todos que estavam no ambiente neonatal. A partir daí relatei as falas com o grau de importância para os pais e construí uma categoria, que foi denominada de: “trocar experiências com outros pais que vivenciam situações similares”. Neste mesmo molde segui com as demais categorias.

Outro exemplo: identifiquei que os pais expressavam a satisfação e a segurança de terem acesso livre na unidade neonatal, e de sentirem cada vez mais a necessidade de estarem próximos do filho, poderem compartilhar toda a evolução clínica do bebê e compreenderem melhor suas particularidades, assim como a firme intenção de participarem do cuidado ao recém-nascido. Frente a esta observação, agrupei os dados e denominei então esta categoria como sendo: “participar ativamente do cotidiano da unidade” e, respectivamente, as subcategorias “ter liberdade para ir e vir no ambiente neonatal” e “ter a possibilidade de ficar junto da criança em tempo integral ajuda a entender suas necessidades e seus progressos”.

Em suma, esta fase de teorização fez emergir categorias e subcategorias que emanaram do mapa de dados, de modo indutivo, conforme o leitor poderá identificar no Apêndice D.

4.3.2.4 Processo de transferência

De acordo com Trentini e Paim (2004, p.96), esta etapa consiste

na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas e procurar contextualizá-los em situações similares, sem que esse processo venha a ser entendido como poder de generalização. Pelo contrário, a intenção da transferência é de socialização de resultados singulares, e até mesmo nessa busca, arriscar a justificação de adaptações que venham a ser feitas.

Com base nesta interpretação, realizei então a descrição teórica de ambos os aspectos (promotores e complicadores) vinculados à formação do apego durante a prática do Método Mãe-Canguru, procurando dar um sentido específico e singular destes “achados”, inserindo-os no contexto que deu origem ao presente trabalho de investigação.

Embora sem generalizar estes resultados, a incursão na literatura também propiciou comparações de similaridades e contrastes no que se refere ao assunto estudado. Estes movimentos de convergências e afastamentos entre a produção teórica já existente e os resultados emanados desta pesquisa engloba o que as autoras denominam como “ampliação dos resultados em processo” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.97), ou seja, uma nova maneira de olhar para o tema em pauta, sem generalizar seus resultados, uma vez que generalizações não são propósitos de estudos de natureza qualitativa, mas um “jeito novo e atual” de responder às interrogações emanadas no estudo que, em associação ao conjunto de material já publicado, auxilie a melhorar a qualidade da assistência desenvolvida no âmbito de atuação da pesquisa.

A apresentação do resultado conquistado neste processo analítico é feita nos capítulos 6 e 7 da presente dissertação.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NO ESTUDO

Para Monticelli (2003), as questões éticas devem estar permeando todo o estudo e não apenas em um particular momento, mesmo porque as idéias e princípios éticos não estão “no papel” e sim na vigência das inter-relações e nos processos comunicativos que são estabelecidos em comum acordo entre pesquisadora e pesquisados.

Assim, esta pesquisa respeitou os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, colocados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética profissional para normatizar as atividades investigativas.

Os aspectos éticos foram abordados de forma clara e permearam todos os momentos de condução deste trabalho. Seguindo os rigores de uma pesquisa e respeitando todos os princípios, este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob o parecer nº 392/05.

Os aspectos éticos assumidos no transcorrer deste estudo foram os seguintes:

- foi desenvolvido mediante o Consentimento Informado da Instituição (Apêndice E), bem como o consentimento para revelar o nome da mesma;

- o estudo desenvolvido, bem como seus objetivos, foram apresentados para a equipe de saúde e igualmente aos sujeitos estudados (os pais dos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso);
- o processo cuidativo foi implementado e os dados foram coletados somente após a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F) pelos pais dos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso participantes do Método Mãe-Canguru (MMC), sem que tivesse utilizado qualquer tipo de coação;
- o respeito ao direito de participar ou não da pesquisa foi garantido, bem como a desistência em qualquer momento do desenvolvimento do estudo;
- o anonimato foi garantido utilizando nomes fictícios, preservando sempre os valores éticos e morais dos participantes;
- o trabalho foi disponibilizado aos participantes sempre que solicitado, estando também à disposição da equipe para eventuais esclarecimentos;
- as informações, análises e sugestões contidas no estudo tiveram objetivo meramente profissional, com premissas de responsabilidade, honestidade, respeito e dignidade.

Questões éticas que surgiram no transcórre deste estudo, foram discutidas com a orientadora, a fim de solucioná-las da melhor forma possível, respeitando o direito dos envolvidos.

5 A FORMAÇÃO DO APEGO EM MOVIMENTO

“Toda relação de amor implica num grande investimento de tempo, de emoções, sentimentos, pensamentos”.
(Adriana T. Nogueira)

5.1 APRESENTANDO O PROCESSO CUIDATIVO COM OS PAIS E SEUS RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO

Durante o processo cuidativo com os três casais participantes do estudo e seus filhos, na unidade neonatal, os contatos e aproximações foram acontecendo em diferentes momentos, sempre sistematicamente planejados com os pais e orientados pelos pressupostos da teoria do apego e da adaptação.

Neste capítulo descrevo apenas dois dos processos cuidativos de modo integral, conforme eles aconteceram na realidade do cuidado com os sujeitos na unidade neonatal. A escolha pela apresentação destes dois exemplos deu-se com a intenção de mostrar as diferenças entre um casal que foi preparado para o evento da prematuridade ainda durante o pré-natal, e outro cujo nascimento foi completamente inesperado. Além disso, um destes casais teve bebês gemelares, diferenciando o comportamento quando comparado aos que tiveram gestação única.

5.1.1 CUIDANDO DE ROSA, CRAVO E AMOR-PERFEITO

Os nomes foram indicados pelo próprio casal, sem que houvesse qualquer tipo de interferência. Ao informar que o casal e sua filha não seriam identificados neste estudo pelos nomes verdadeiros e sim por nomes fictícios, Rosa pensou e logo me disse: *“gostaria que fosse nome de flores, pois eu e meu esposo adoramos flores e temos bastante perto da nossa casa. Podes colocar Rosa pra mim, Cravo para meu esposo e Amor-perfeito para nossa filha”.*

1º encontro – iniciando a aproximação

No dia 30 de setembro (6 dias após o parto), no período vespertino, a mãe do RN (que posteriormente se autodenominou de Rosa) chegou ao setor sozinha, com o olhar observador e inseguro. Sem falar com ninguém, aproximou-se da incubadora. Olhou a filha que, naquele momento, encontrava-se em fototerapia (algo que não lhe era familiar), além dos equipamentos já conhecidos (afinal, era a primeira vez que estava entrando na UTI, após sua filha ter iniciado a fototerapia). Aproveitei que sua expressão corporal “pedia” ajuda e me aproximei, vagarosamente.

Com calma, organizei¹ a menina na incubadora e perguntei à mãe se ela já sabia que sua filha estaria “na luz”. Ela respondeu afirmativamente, mas que tinha “pena” de vê-la ali, naquele estado, necessitando do tratamento. Comentou, inclusive, que ao ter sido informada sobre a icterícia, foi esclarecida que se a menina não melhorasse com a fototerapia, haveria necessidade de transfusão sanguínea. Esta possibilidade deixou-a e ao marido, bastante aflitos, pois a religião da qual são adeptos “não permite” este tipo de tratamento. Quando informei que os níveis de bilirrubina estavam diminuindo, o que mostrava que a mesma estava reagindo à fototerapia, Rosa referiu alívio, sorrindo discretamente.

No período noturno, quando já havia iniciado a interação com a mãe, apresentei-me e então apresentei a proposta de desenvolvimento da prática assistencial. Rosa mostrou-se interessada, mas questionou-me se este tipo de trabalho era um “tipo de terapia”. Caso fosse, pediria desculpas, mas não iria participar, pois sua religião não permite que seja feito trabalhos “ocultos”. Esclareci novamente os objetivos do estudo, dizendo que não se preocupasse que ela e seu esposo sempre iriam saber qual seria a minha intervenção, em qualquer momento de sua execução. Além do mais, poderiam desistir de participar, caso avaliassem que não estariam se beneficiando da assistência que estava sendo colocada em prática.

Percebia que, para Rosa, minha presença era algo que iria favorecer a relação entre ela e sua filha, além de transmitir segurança e ser um ponto de referência. Nesta

¹ Segundo D’Apolito (1991), o termo organização é usado para descrever a estabilização da integridade funcional entre a psicologia infantil e os sistemas comportamentais. Quando estes sistemas estão bem integrados, o recém-nascido é capaz de interagir com o ambiente sem alterações na função autônoma, motora e de estabilidade, ao contrário, a criança entra em desequilíbrio. Alguns exemplos de “organização” utilizados na clínica consistem em colocar pequenos rolos de tecido em torno do corpo do recém-nascido ou então colocá-lo em posição fetal, quando está dentro da incubadora.

primeira aproximação, Rosa já colocou suas inseguranças, dizendo que até aquele momento estava se perguntando o que teria feito para ter causado este parto prematuro.

“Olha Gisele, eu fiz um pré-natal direitinho, um dia antes da bolsa romper, na quarta-feira, eu fui no médico e ele disse que estava tudo bem, então eu sinto que sou culpada por ela ter nascido antes do tempo, devo ter feito alguma coisa [...]. Não vejo a hora dela passar para a sala do lado, sei que aqui os riscos são maiores e quando ela passar para a outra sala é porque ela já está melhorzinha” (referindo-se à sala de cuidados intermediários, dentro da unidade neonatal).

Perguntei sobre seu esposo e ela enfatizou que o mesmo tem muito receio de se aproximar e tocar a filha, *“afinal ela é tão pequenininha...”*. Disse que seu marido teve que voltar para casa, pois eles têm negócios e não podem parar. *“Eu sou mãe e tenho que me virar, o Cravo precisa tomar conta das nossas coisas. No final de semana ele vem. Sei que está morrendo de saudades”*.

Então, combinamos de conversar com seu esposo no final de semana, onde iria apresentar a proposta deste estudo. Rosa despediu-se e deixou a unidade. Neste contato com sua filha não chegou a tocá-la, apenas observou. Após sua saída, percebi que Amor-perfeito ficou muito agitada. Procurei acalmá-la através do toque contido e do contato verbal. Após esta aproximação, Amor-perfeito se aconchegou e dormiu tranquilamente.

Em seguida, procurei Rosa para obter algumas informações sobre seus antecedentes pessoais e posteriormente, apoiada nos dados registrados no prontuário de Amor Perfeito, busquei obter outras informações que julgava serem necessárias para detectar quais as principais dificuldades no processo de adaptação em busca da formação do apego.

Avaliação do Modo Fisiológico

Seu padrão respiratório variou entre 98-100% de saturação. Foi alimentada com leite materno ordenhado por sonda orogástrica e controlada por bomba de infusão. Apresentava-se hipertônica, com reação aos estímulos externos presentes. Ficava evidente que quando a menina recebia o toque parado, crâneo-caudal, permanecia calma e tranquila. Esta mesma reação era manifestada quando estava em contato pele-

a-pele com seus pais, porém, ao chegar o momento de retornar para a incubadora, ficava inquieta e agitada. Ao ouvir a voz dos pais ou de outra pessoa, reagia atenta, responsiva e com abertura ocular. Notadamente, quando a voz era de seu pai ou de sua mãe, este período de alerta era mais prolongado. Ao ouvir ruídos e quando era feita a abertura das portinholas da incubadora, apresentava movimentos de extensão dos membros, tanto superiores quanto inferiores, e se mostrava um tanto desorganizada. Ao ser realizado algum estímulo, que levasse a conseqüências dolorosas, como em uma punção venosa, Amor Perfeito expressava fácies de dor e chorava forte. Observei que o profissional que aplicava a técnica, naquele momento, não oferecia qualquer ação específica para amenizar o sofrimento.

Avaliação do Modo de Autoconceito

Primeira reação frente à notícia de internação

“Não recebi nenhuma orientação durante meu pré-natal. Na semana que eu consultei, na quarta-feira, na semana que rompeu a bolsa eu ainda perguntei ao médico: — ah, Doutor!!, estou ouvindo muitos casos de bebês prematuros, eu quero saber porque isso é? Ele me disse: — Ah! Isso não é nada demais, você está bem, o bebê tá tudo bem pelo ultrassom. E naquela noite rompeu a bolsa, eu não estava preparada, foi um susto mesmo, foi uma coisa sem esperar, não estava nada preparada para ficar já internada e ter a Amor-perfeito” (Rosa).

“[...] primeira coisa, fiquei preocupado com a Rosa. Na quarta-feira teve consulta e na sexta-feira veio para cá. Ah, fiquei meio assustado, falaram que tem que ir para Florianópolis, lá tem UTI neonatal, aí a primeira coisa que passa na cabeça da gente é que ela tá grave. Ainda uma [profissional] lá, falou que tem que ir rápido porque pode ser que não aguenta. Daí falou que se passasse de 12 horas, perigava a mãe também, aí quando escutei aquilo é que foi aumentando a minha preocupação. Depois, quando a gente chegou aqui, conversou com o médico, aí ele: — não não, nós vamos tentar segurar mais o bebê, porque se demorar mais a nascer é melhor. Daí eu fiquei mais tranquilo. É, lá eles não vieram e falaram nada pra mim, talvez nem foi isso que falaram né e a gente fica meio nervoso na hora, e essa ambulância não vinha, a gente chegou lá no hospital era umas nove horas, saímos de lá depois de duas horas

e meia aguardando. A ambulância tinha ido para Zanguão [...], tava demorando e ela podia ficar cada vez pior né, e demorando mais, demorando mais[...] mas depois que ela nasceu, disseram que ela ia ficar aqui só para ganhar peso tal, aí já tranquilizou mais. Só na hora que chegamos, na consulta aqui, não sei acho que era um médico, eu não lembro o nome dele, fiz um monte de pergunta pra ele, daí eu perguntei se [silêncio], aí ele disse: não, não isso aí a gente vai agora [silêncio], só que ele explicou se caso entrasse em trabalho de parto, daí ia ter que deixar nascer, daí não dava mais, daí já tiraram os medicamentos, daí já fiquei bem tranquilo porque ele disse que não tinha mais perigo, mas foi o que escutei lá né, daí a gente escuta o que não é né, é o comentário [...] tem que ir rápido que pode não aguentar e tal aí a gente fica preocupado” (Cravo).

Sentimentos frente à internação do bebê

“Ah!! A primeira coisa era saber do estado dela, se ela iria sobreviver. Via ela tão pequenininha e vulnerável. A gente fica com medo, tem pena, vê que ela é diferente, mas nunca perdi as esperanças, sempre pensei que ela tinha possibilidades. Eles falavam [referindo-se aos profissionais de saúde atuantes na unidade neonatal] que ela nunca piorou e que depois disso era só engordar” (Rosa).

“É, quando ela veio e tinha que internar e tal eu já tava mais tranqüilo, eu já tava ciente né, que ia ter que vir várias vezes aqui, que ia ter que ficar um tempo bom assim, mas de preocupação não né, porque aí já também nasceu tava normal, fizeram os exames. Achei muito bom, aí me tranquilizo. A gente vê que [aqui] é bem cuidada, tudo bem certinho, atendimento bom também pra gente. Achei um pouco estranho, entrei, escutei aqueles bips, aquelas coisas ali tudo, daí a gente não entende, mais aí perguntei pra moça ali também, aí ela disse que não, isso é normal, porque mexe o pezinho e tal, aí sai fora [referindo-se a pulseira do aparelho que possui um sensor na qual verifica constantemente os batimentos cardíacos e a oxigenação da RN, esta pulseira fica em contato com a pele da criança, preferencialmente em pés ou punhos e durante os movimentos pode retirar o sensor do contato cutâneo onde soa um alarme] daí a gente já sabia que não ia tocar porque ela ia mexer aí, senão sai fora né, aí a gente já procura perguntar também né, porque daí a gente não sabe e pode fazer

alguma coisa que não é, né? Daí a gente perguntava bastante pras moça, aí né, mas a gente fica bastante preocupado” (Cravo).

Percepção quanto ao recém-nascido

“Olha só [...] primeira vez que eu a vi foi na sala de parto. Fiquei emocionada, chorei coisa e tal [...]. Pensar em que saiu uma vida de ti, você fica meio boba, pasma. Surgem vários sentimentos: você fica admirável, assustado, porque ela era magrinha, diferente daquele bebê, como me falasse, gordinho, bonitinho, e ainda, para piorar foi que colocaram ela ao lado de um bebê de 4 Kg, Ela sumia [risos]! Como eu te falei, ela tem várias diferenças por ser prematura, mas a gente tem muito carinho, muito amor para dar para ela” (Rosa).

“Quando eu vi deu meio um impacto mesmo, ainda mais que nasceu junto, nem foi pra sala de parto, não como chama ali [referindo-se a sala do pré-parto], na cama um de 4 kg e um pouquinho e ainda mostraram pra nós, aí eu vi a nossa bem pequenininha aí, não demora, eles mostraram pra todos que tavam ali, os outros enfermeiros: — ó, nasceu! Ainda brinacavam dizendo: — ó que tourinho, que tourinho, era bem gordinho era um menino, aí mesmo que embaralho né, a gente vê um grande e o da gente bem pequenininha né, mais aí a gente veio aqui e viu os outros bem pequenininhos, daí já foi se acostumando mais com a idéia né, mas na hora assim dá aquele baque, porque a gente tá esperando outra coisa, daí a gente que nunca viu um bebê prematuro e ainda vê o da gente e ainda colocam um grandão do lado aí apavora né [risos tímidos]. É já passou, mas é que ali na hora dá um né [silêncio], fica na mente da gente aquilo assim. A gente fica pensando, daí passa pela mente da gente, ah, mas por que o da gente! Sempre tem essas idéias na cabeça da gente, aí depois a gente vai se acostumando, ela vai ficar grandinha [...]” (Cravo).

Preparação para enfrentar o momento/situação

“Ah!! A gente fica meio assim, vê o bebê com um monte de mangueirinha, um monte de medicamentos, mas a gente chegou perto dela, olhou e perguntou dela. Mas, uma coisa que a gente vê é o cuidado que o pessoal da equipe, qualquer coisa já olha, vê os batimentos, a temperatura, eles estão sempre cuidando com dedicação, sempre carinhoso, nos dão bastante segurança saber que está em boas mãos” (Rosa).

“Ah, a gente tem que enfrentar. Eu ainda estava assustado, mas tinha que dar força para a Rosa” (Cravo).

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
<p>Aproximação receosa por parte da mãe.</p> <p>Sentimentos de culpa expressados pela mãe.</p> <p>Risco para a formação do apego paterno devido à impossibilidade de estar presente.</p> <p>RN agitada dentro da incubadora.</p> <p>Desinformação dos pais sobre os aparelhos e sons emitidos na UTI Neonatal.</p> <p>Desapontamento da díade (mãe/pai) frente às características físicas de sua filha.</p>	<p>A aproximação ocorrerá mais facilmente quando a mãe for orientada sobre a situação clínica do seu RN e for favorecido o contato precoce.</p> <p>Os sentimentos de culpa serão amenizados se a mãe exteriorizar seus medos e ansiedades.</p> <p>O risco será amenizado se o pai for informado diariamente sobre as condições de saúde de sua filha.</p> <p>RN permanecerá mais tranqüila se forem diminuídos os estímulos e for favorecido o toque parado, aconchegante de seus pais ou, em sua ausência, de um profissional da equipe neonatal.</p> <p>Os pais ficarão mais seguros se for explicado a função de cada aparelho, bem como do significado dos sons emitidos.</p> <p>Os pais aceitarão melhor esta condição quando conhecerem outros recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso e forem informados sobre o crescimento e desenvolvimento esperados para a situação específica de sua filha.</p>	<p>Informar quadro clínico de sua filha; orientar sobre os cuidados e manejo com o RN; estimular o toque e o contato verbal; favorecer o contato diário entre a tríade; orientar quanto ao manuseio da incubadora (portinholas).</p> <p>Proporcionar encontros entre a mãe e um membro da equipe neonatal para que, através do diálogo, possa expressar seus sentimentos; reforçar que a tríade está em processo de adaptação.</p> <p>Orientar as formas de contato para que o pai possa obter informações; quando presente favorecer o contato verbal e não verbal entre pai/RN/mãe; estimular a sua participação nos cuidados de higiene e conforto; incentivar o contato pele-a-pele.</p> <p>Orientar os pais sobre a importância de tocar sua filha e o modo de como fazê-lo; manter ambiente tranqüilo; evitar ruídos e manuseios desnecessários; manter RN envolta por rolinhos de contenção (ninho).</p> <p>Dialogar com os pais sobre cada aparelho necessário para sua filha e orientar sobre a causa dos sons emitidos.</p> <p>Mostrar outros recém-nascidos prematuros; favorecer o contato com outros pais que já tiveram seu filho internado na unidade neonatal devido à prematuridade; informar quanto as características do RN pré-termo e/ou de baixo peso e o desenvolvimento esperado.</p>

2º encontro – Fortalecendo a aproximação entre a enfermeira/pais/bebê

Neste dia pude ter um contato mais próximo com Rosa, Cravo e Amor Perfeito. Permanecemos juntos em período integral (matutino e vespertino). Observei a forma como se comportavam, as expressões verbais e não verbais, bem como as reações apresentadas quando estavam em contato ou simplesmente mais próximos. Ao chegar dentro na sala, na UTI onde sua filha se encontrava, percebia que Rosa aproximava-se lentamente, observava os aparelhos, olhava para sua filha, abria a incubadora e tocava no corpo da menina. Este toque geralmente iniciava sobre os membros inferiores com uma das mãos espalmadas, e com a outra, em toque mais suave, posicionava na região dos parietais. Às vezes conversava, principalmente quando eu a acompanhava.

Já, Cravo, primeiramente observava a unidade e localizava sua filha. Depois olhava para ela demoradamente e logo iniciava contato verbal, pronunciando as palavras de forma carinhosa, quase sempre utilizando as palavras no diminutivo. Pelo fato de Amor-perfeito estar na incubadora, limitava-se ao contato verbal.

Percebendo esta dificuldade em adaptarem-se à situação inusitada que vivenciavam, procurei, neste momento, conversar um pouco mais com o casal, obtendo também informações sobre o quadro clínico de Amor-perfeito com a enfermeira responsável pelo turno e com a médica neonatologista. Em seguida informei os pais sobre a evolução clínica da filha. Com o intuito de aproximar os pais através do toque, aproveitei a oportunidade e orientei-os sobre a melhor forma de manusear as portinholas da incubadora, pois ao diminuir os estímulos sonoros, estariam contribuindo com a estabilidade neurológica da criança, além de poderem ter mais confiança e segurança. Desta forma estava reforçando que a todo e a qualquer momento eles poderiam se aproximar da recém-nascida, mantendo o contato tátil. Uma vez que percebia seus olhares insistentes para o ambiente, procurei apresentar aos mesmos alguns aparelhos que Amor-perfeito fazia uso, especialmente o oxímetro e a bomba de infusão contínua, na qual recebia leite. Ao ser questionada sobre a emissão de “bips” sonoros, procurei esclarecer as dúvidas. Expliquei que, quanto ao som emitido pelo oxímetro, poderia ser apenas falta de contato do sensor com a superfície cutânea da recém-nascida, mas que também poderia estar informando alguma alteração na oxigenação. Referindo-me à bomba de infusão, esclareci que geralmente

ela emite som quando termina o leite ou quando há obstrução no fluxo, mas que, apesar de serem sons nada comuns para os pais, não precisavam assustarem-se ao ouvirem. Na dúvida, deveriam apenas chamar um profissional que pudesse conferir o funcionamento.

Como julgava que estava conseguindo uma boa interação com Rosa e Cravo durante este diálogo, ofereci a possibilidade de iniciarmos o Método Mãe-Canguru, após bem orientado dos seus benefícios, sendo aceito pelo casal. Neste momento, proporcionei o primeiro contato pele-a-pele com a tríade, que será descrito no próximo item. Este primeiro contato fluiu de forma tão segura que o pai, enquanto observava a esposa fazendo canguru, contou-me como tudo aconteceu até chegarem em Florianópolis. Rosa antecipa a fala de seu esposo e diz: *“nossa, tive muito medo e fiquei muito nervosa, se não fosse ele me ajudando [silêncio], foi ele que me acalmou”*. Cravo pediu papel e caneta e passou todos os seus contatos, perguntando-me: *“você vai sempre estar por aqui? Nossa, vai ser muito bom saber que tem alguém com quem vamos poder contar, ainda mais que a Rosa vai ficar sozinha, eu só venho nos finais de semana e fico muito preocupado com ela. Não quero que ela fique triste, chorando [...], mas se precisar eu venho pra cá. Sei que ela é forte e vai conseguir, mas é que a gente tava acostumado a estar o tempo todo junto[...], agora fico mais tranqüilo que você vai ajudar ela e a nossa filha”*.

Percebi neste momento o quanto era importante para Cravo o fato de ter uma pessoa que fosse de referência dentro da unidade neonatal. Procurei então tranquilizá-lo e me comprometi a mantê-lo sempre informado sobre Rosa e Amor-perfeito. Frente ao ambiente favorável, procurei atitudes facilitadoras que deixassem o casal expressar tudo que estava gerando sentimentos de angústias, medo e insegurança.

Avaliação do Modo de Autoconceito

Reação ao ingressarem no Método Mãe-Canguru

Após o oitavo dia de nascimento, Amor-Perfeito pesava 1.370g, apresentava condições clínicas estáveis, fazia uso de oxímetro, de sonda orogástrica, e recebia leite materno em bomba de infusão em sistema contínuo. Já tendo conversado com Rosa e Cravo sobre o MMC, ofereci a possibilidade de iniciarmos o contato pele-a-pele

naquele dia. Como enfermeira, tomei a iniciativa e encaminhei os pais até o vestuário para retirarem suas vestimentas superiores, permanecendo apenas com um avental aberto na frente. Sugeri que a posição canguru fosse iniciada com a mãe, pois esta demonstrava estar mais segura e concordou rapidamente em fazê-lo. Cravo observava atentamente todos os movimentos, tanto de sua esposa, quanto de sua filha. No primeiro contato cutâneo a mãe demonstrou surpresa e exteriorizou muita emoção; seus olhos brilhavam intensamente e se enchiam de lágrimas, enquanto o pai observava atentamente os movimentos de sua esposa e de sua filha, demonstrando estar em estado de plenitude e realização. Amor-Perfeito mostra-se muito a vontade e relaxada, com fâcies de ternura e aconchego. Rosa permaneceu cerca de quarenta minutos em contato pele-a-pele com sua filha. Logo em seguida Cravo, que já estava ansioso com a possibilidade de também manter contato físico com a pequena menina, abriu o avental e os braços, indicando que chegara sua vez. Enquanto guiava a recém-nascida até seu peito, ajeitando-a dentro do avental, Cravo não dizia uma só palavra; apenas deixava-se levar, como que inebriado pelo momento. Somente após alguns segundos de aproximação é que colocou os braços em torno da filha, mantendo-se trêmulo durante todo o procedimento, mas demonstrando feições de alegria e certo orgulho pelo feito realizado. Olhava o tempo inteiro para a filha e para a mulher e da mulher para a filha, sem interromper esta sequência. Em seguida, verbalizou que achava que *“só a mãe poderia fazer este tipo de coisa com a filha”*, não sabia que iria participar deste momento. Mais tarde, ao dialogar comigo sobre os sentimentos durante os primeiros momentos de posição canguru, avaliaram:

“ah!! Foi uma sensação muito boa, foi muito forte, porque vê-la na incubadora é algo tão distante e quando está em contato pele-a-pele tu sente o contato, sente que é um colo, é mais pessoal, aproxima. Pele-a-pele ela fica quietinha, se tira ela não gosta, acho que ela sabe que aquele ambiente já era dela, aconchega” (Rosa).

“ah!! foi uma emoção assim que [silêncio] ... uma coisa diferente, porque era diferente dos outros, aí a gente viu ela ali pequenininha, sozinha, aí a gente pôde pegar no colo, né, daí já é outra coisa, a gente só via ali né, não podia pegar no colo, e lá quando nasceu eu só dei uma olhadinha porque trouxeram rapidinho, eles já tinham avisado nós, que era só nascer e iriam dar uma mostradinha e vamos leva.

Devia ser pra cá, né? [Referindo-se à unidade neonatal] Ai a gente já tava ciente disso. A vontade era de pegar no colo. Quando coloquei na minha pele nem dá para explicar né, é uma coisa diferente e agora a gente pega e chega. É, eu vi ela na segunda-feira, último dia, dá seis dias né, ah! A gente chega, dá vontade de pegar no colo, ficar pele-a-pele, brincar [...] e quando ficar maiorzinha melhor ainda” (Cravo).

Neste dia, enquanto Cravo permanecia com Amor-perfeito em posição canguru, após avisar a equipe, combinei com Cravo e Rosa que me retiraria dali, deixando-os a sós por alguns instantes. Solicitei à Auxiliar de Enfermagem do turno que auxiliasse a colocar Amor-perfeito na incubadora quando os pais assim assinalassem.

Percebi que o nível de satisfação dos pais foi alto, representados com expressões tanto faciais quanto corporal de pleno interesse, realização e compromisso durante esta experiência do contato pele-a-pele.

3º encontro – Aproximações em torno do aleitamento materno

Ao chegar na unidade no período vespertino, a RN encontrava-se na incubadora sem a presença dos pais ou de algum funcionário, dormindo, tranqüila e organizada. A técnica de enfermagem responsável por Amor-perfeito, nesta tarde, dirigiu-se até mim dizendo: “oi Gisele, a Amor-perfeito tem ultrassom para fazer e eu vou levá-la, se a mãe dela aparecer podes avisar que descemos?” Então, pedi para esperar um pouco, a fim de localizar a mãe e oferecer se a mesma não teria interesse em levar sua filha ao exame. Fui até o hotelzinho. Rosa estava lá ordenhando o seu leite para o horário das 14h. Informei-lhe então sobre o exame e perguntei se não gostaria de acompanhar. Percebi certa resistência em sair dali, pois parecia que sua grande preocupação naquele momento era a de garantir que sua filha tivesse “*leite para receber no horário certo*”. Retruquei então que, como sua filha estava recebendo leite contínuo e iria parar de receber para deslocar-se até o local do procedimento, não haveria interferência, pois ao retornar do exame teria que terminar de infundir o restante do leite e o próximo entraria com um pouco de atraso. Frente a esta colocação, percebi que Rosa relaxou o corpo, já quase levantando da cadeira para acompanhar a filha ao exame. No caminho até à unidade, falou que sua produção láctea estava diminuindo e tivera que iniciar com uso de plasil, mas que a deixava muito sonolenta. Aconselhei-a então a aumentar

a ingesta hídrica e tomar chá de erva-doce, pois ajudaria na produção de leite. Na unidade neonatal sugeri ainda que ao invés da RN ir no colo da funcionária, que a mesma estivesse em contato com sua mãe. Ao perceber que Rosa já estendia os braços na direção da filha, ajudei a acomodá-la ali e percebi seu olhar, diretamente no meu, como que perguntando meio incrédula e meio reticente: “*posso mesmo levá-la em meus braços?*”.

Enquanto se dirigiam ao local do exame, preparei a incubadora e deixei alguns artefatos à mão, para acomodação e organização do bebê ali dentro. Ao chegar à unidade, Rosa estava prestes a entregar sua filha para que eu a colocasse na incubadora, porém apenas abri a mesma e pedi que ela mesma o fizesse. Rosa identificou minha intenção e prontamente colocou Amor-perfeito cuidadosamente em seu “ninho”. A seguir, saiu da unidade dirigindo-se ao hotelzinho, a fim de continuar a ordenha.

Ao atingir o volume de leite requerido, Rosa levou-o até a unidade, deu uma breve olhada em sua filha e disse que iria descansar um pouco. Ao acompanhá-la, aproveitei para perguntar se neste dia já havia conversado com seu esposo, ela respondeu-me que costumam se falar mais no final do dia para ele saber de tudo que aconteceu e ficar bem informado. “*Precisa ver, ele já tá louco de saudades [...]*”. Ao me despedir, perguntou quando eu retornaria, agendando juntas, então, nosso próximo encontro.

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Pouco contato entre mãe e filha.	O contato ocorrerá mais facilmente e com maior frequência quando a mãe conseguir organizar seu tempo, for estimulada a permanecer próximo a filha nos intervalos da dieta e inserir-se nos cuidados.	Sugerir à mãe que ordene de 3/3 horas, podendo, caso sua produção seja suficiente, retirar volume maior e estocar na CIAM; orientar que a ordenha pode ser realizada próximo à incubadora da filha; estimular a realizar troca de fraldas.
Preocupação da mãe pela redução da produção láctea.	A produção láctea irá aumentar com o uso prescrito de plasil, aumento da ingesta hídrica, estímulo das glândulas mamárias e colocando a RN em contato pele-a-pele.	Conversar com a enfermeira responsável pela CIAM sobre a baixa produção láctea e ver a possibilidade de continuar com o uso do medicamento; estimular ingesta hídrica associada ao uso

<p>Interação positiva entre pai e filha através do contato pele-a-pele e dos cuidados de higiene e conforto.</p> <p>RN agitada dentro da incubadora.</p>	<p>A interação se fortalecerá com a manutenção da interação e estreitamento do contato físico pai-filha nos finais de semana.</p> <p>RN permanecerá mais tranqüila se os pais permanecerem mais próximos da filha e se for estimulado o contato pele-a-pele.</p>	<p>de chá de erva-doce; incentivar a ordenhar suas mamas de 3/3 horas até que a RN tenha condições para sugar ao seio; colocar RN em posição canguru.</p> <p>Propiciar, nos encontros com a tríade, que o pai coloque a RN em posição canguru; estimular a participação do pai nos cuidados de higiene e conforto, auxiliando-o diretamente nestas atividades.</p> <p>Facilitar o contato pele-a-pele; auxiliar os pais a colocarem a filha em posição canguru; informar a equipe sobre a vontade dos pais de estarem aderindo aos propósitos do Método Mãe-Canguru.</p>
---	---	--

4º encontro – Rituais de aproximações entre a tríade e dificuldades apresentadas para iniciar o contato pele-a-pele

Ao chegar na unidade no período vespertino Rosa estava próxima à incubadora, ordenhando, sem contato verbal com Amor-perfeito. Percebi, pela expressão corporal adotada, que estava apenas concentrada em retirar o leite das mamas. Porém, ao chegar mais perto, observei que desviava o olhar para a incubadora, verbalizando algo para a filha, na busca responsiva pela aproximação. Por alguns instantes, esta foi a conduta adotada. Minha avaliação mostrava que Rosa já estava tomando a iniciativa de aproximação. Ao tocar, pronunciava com voz calma e doce algumas palavras de carinho. Também se mostrou bastante interessada em iniciar o desenvolvimento de cuidados de higiene e conforto, embora tenha referido “medo e insegurança”. Enquanto a RN permanecia na incubadora, a mãe sempre esperava a disponibilidade de algum profissional que lhe favorecesse o contato pele-a-pele.

Neste dia ainda, comentou comigo: *“olha, minha produção ainda não tá como era, mas já tá bem melhor”!* Percebi que a conversa que havíamos tido no nosso último encontro havia surtido efeito. Rosa aumentou sua ingesta hídrica, fez uso de plasil e chá de erva-doce, obtendo um ótimo resultado. Sua produção já estava melhor e o estresse frente a possibilidade de Amor-perfeito receber leite artificial diminuiu.

Durante alguns momentos em que estávamos conversando, Amor-perfeito mostrou-se agitada e chorosa, Rosa então parava de dialogar e interagia verbalmente com a filha, referindo: *“nossa, parece até um passe de mágica! Amor-perfeito logo fica calma e tranqüila quando eu falo com ela. Você tem razão, ela entende o que eu quero dizer... e eu que pensava que ela não ia conseguir distinguir nada.*

Amor-perfeito permanece com acesso periférico, recebendo antibiótico (ATB) e sonda oro-gástrica (SOG) com leite materno em bomba de infusão (BI). Neste dia, a enfermeira do plantão, informou que seria coletada segunda amostra do teste do pezinho e explicou qual era o motivo. Rosa aceitou sem muitos questionamentos.

A técnica de enfermagem responsável pelos cuidados de Amor-perfeito, neste dia, preparou todo o material para realizar a coleta de sangue, mas não informou à mãe, que se encontrava na unidade, sobre o procedimento. Rosa aproximou-se e ficou à certa distância, apenas observando e com aparência de que queria estar protegendo sua filha, pois levantava simbolicamente as mãos, parecendo abraçá-la. Logo a seguir, a profissional explicou o que estava fazendo. Após ter realizado a coleta, sugeri que a mãe colocasse sua filha em posição canguru. Expliquei que isso iria acalmá-la, pois havia passado por um procedimento doloroso e que, além de minimizar a dor que sua filha estava sentindo, estava próximo do horário de receber o leite via sonda, assim, a posição facilitaria a digestão e sua filha se sentiria mais confortável.

Rosa imediatamente foi retirar sua roupa, solicitando minha ajuda para retirá-la da incubadora, o que fiz com prazer, pois entendo que é importante que Amor-perfeito continue tendo meu contato como referência, principalmente como intermediária da aproximação prazerosa com sua mãe. Ao colocar em contato pele-e-pele, Amor-perfeito ficou tranqüila e a mãe satisfeita por ver sua filha mais calma. A menina parou de chorar de modo imediato. Durante este contato percebi a troca de olhares, o emparelhamento entre a díade. Rosa aparentava estar conseguindo, por meio deste aconchego, compensar o sofrimento que a filha teve ao receber o estímulo doloroso. Enquanto “canguruzava”, Rosa perguntava-me insistentemente e de modo muito interessado sobre as características físicas de sua filha. Enquanto comentava algumas das características, Rosa logo direcionava seu olhar para a filha, como se tivesse confirmando e comprovando o que estava ouvindo. Neste momento aproveitei também

para reforçar as vantagens que o contato pele-a-pele proporcionava para o amadurecimento neurológico, afetivo e cognitivo de Amor-perfeito.

Mãe e filha permaneceram neste contato por aproximadamente duas horas. E ao chegar o momento de me retirar da unidade, disse para Rosa que quando desejasse “fazer canguru” era só pedir a um membro da equipe para auxiliá-la. Rosa então deu o seguinte depoimento: *“sabe o que é [...], é que vejo elas sempre fazendo alguma coisa, em função, e acho que se eu pedir para elas me ajudarem eu vou atrapalhar, fico sem graça...”*. Reforcei que a equipe, às vezes, realmente está bastante atarefada, mas que sempre alguém irá ajudá-la, já que ajudar na realização do “canguru” é uma atividade profissional tão importante e necessária, quanto qualquer outra que Rosa estava a observar. Neste momento, com Rosa ao meu lado, aproveitei e reforcei aos profissionais da equipe sobre o desejo desta tríade em realizar o MMC e da necessidade de auxílio no momento de retirar a criança da incubadora e posicioná-la.

A partir deste dia, especialmente, procurei aumentar a aproximação e a observação dos cuidados prestados pelos profissionais à mãe e à filha, assim como os estímulos provocados e as reações referidas pela recém-nascida, pois entendia que o exercício assistencial, investigativo e acadêmico não deveria e nem poderia prescindir do envolvimento da equipe no processo de cuidar destes sujeitos. Passei a aprofundar meu olhar, percebendo que os profissionais costumavam ter um contato carinhoso com a recém-nascida. Percebia ser algo que, de modo geral, já estava inserido no cuidado desta equipe. Porém, em alguns momentos, ao realizarem procedimentos dolorosos, havia ainda os que não propiciavam qualquer estímulo para amenizar a dor da criança, provocando estímulos extras, desnecessários e bastante distantes dos objetivos de manter/promover a formação do apego com os pais.

A equipe de saúde como um todo, em especial, a de enfermagem, procurava favorecer a aproximação dos pais com a filha, mas observei que várias vezes era necessário reforçar para auxiliarem a retirar a recém-nascida da incubadora e colocarem em posição canguru. Os pais, em contrapartida, demonstravam grande confiança e respeito pela equipe atuante na unidade neonatal. Suas preocupações eram de estarem sendo promotores de maior demanda de trabalho, ao já turbulento e incansável processo diário de assistir uma população tão frágil e de risco. Neste dia,

pude perceber também que os cuidados são prestados rotineiramente pelos profissionais, sendo que em alguns momentos a troca das fraldas e o banho não são deixados para que os pais os realizem.

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
<p>Constrangimento dos pais para solicitar que os profissionais auxiliem a colocar RN em posição canguru.</p> <p>Mãe com sentimento de tristeza ao ver a filha sentindo dor.</p> <p>Interação positiva entre a mãe e a filha.</p>	<p>Este receio será amenizado quando os pais compreenderem a função da equipe de saúde dentro da unidade.</p> <p>A dor poderá ser amenizada se for oferecido estímulo de sucção não nutritiva e toque parado.</p> <p>A interação se fortalecerá no contato diário e contínuo entre mãe e filha, incentivando a participação do pai, sempre que o mesmo estiver na unidade.</p>	<p>Estimular a presença dos pais na unidade; auxiliar os pais a posicionarem sua filha na posição canguru; solicitar aos profissionais que, na minha ausência, apóiem a família neste processo.</p> <p>Dialogar com os profissionais, no sentido da realização de estímulos de sucção não nutritiva e contenção crâneo-caudal mediante procedimentos que evoquem a dor da RN; comunicar aos pais todo e qualquer procedimento realizado com a criança, deixando de escolha deles a aproximação ou não; retirar RN da incubadora para o procedimento e incentivar os pais a participarem, oferecendo a sucção não nutritiva.</p> <p>Incentivar a presença dos pais na unidade; aproximar a tríade através dos cuidados de higiene e conforto; manter contato pele-a-pele sempre que for desejado.</p>

5º encontro – Movimentos de interação nos cuidados diários à Amor-Perfeito

Neste dia, tanto no período matutino quanto vespertino, procurei obter informações com toda a equipe de plantão sobre o interesse do casal em estar participando dos cuidados em minha ausência e fiquei satisfeita ao saber que pais e filha estão cada vez mais próximos e superando os estímulos adaptativos inerentes ao processo. Em todas as oportunidades procurei incentivar o contato. Percebia que a equipe de saúde da unidade neonatal também vinha sendo bastante colaborativa neste sentido, procurando estar atenta aos pressupostos e ações em direção à relação entre o “canguru” e a formação do apego.

O constrangimento dos pais em solicitarem à equipe de enfermagem para auxiliarem a colocar sua filha em posição canguru parecia já ter sido superada, pois, segundo Rosa, tem “feito canguru” também nos momentos em que não estou presente. *“Sabe Gisele, depois daquela nossa conversa de ontem, não tive mais vergonha de pedir pra tirar a Amor-perfeito da incubadora e colocar pele-a-pele comigo. Não posso ficar com medo nem com vergonha, tenho que pensar no que é melhor para ela. Aproveito aquela horinha em que um deles [referindo-se aos funcionários] dá uma paradinha e vou rapidinho pedir. Eles não fazem cara feia não, sempre me ajudam”*.

Rosa parou por um momento, olhou profundamente em meus olhos e disse: *“estou adorando o atendimento de todo mundo, você é ótima e estou achando maravilhoso participar do seu estudo, mas é que tá sendo muito ruim, assim, ficar longe de casa, do Cravo, não consigo descansar direito [...]. Acho que vou falar com a médica pra ver se dá para transferir Amor-perfeito para Tubarão. O que tu achas? Será que o hospital de lá é bom? Lá também tem canguru?”*.

Esta colocação de Rosa causou-me surpresa, mas procurei responder às dúvidas levantadas. Enquanto respondia, Rosa logo solicitou: *“podes me ajudar a colocar a Amor-perfeito em posição canguru?”* Prontamente prossegui a conversa e coloquei a recém-nascida em contato pele-a-pele com sua mãe. Permaneceu na posição por uma hora e dez minutos. Então, após esta interação, procurei a neonatologista de plantão para conversar sobre a possibilidade de transferência para Tubarão. Após diálogo informal, decidimos ir juntas conversar com Rosa. Informamos que para ser feita a transferência, seria ideal que Amor-perfeito estivesse, pelo menos, com o peso de 1.500g e ter sido transferida para a sala de cuidados intermediários. Rosa disse que o mais importante era a saúde da filha e que continuassem permitindo que ela e o companheiro pudessem estar próximos da mesma. Aproveitamos para conversar e esclarecer suas dúvidas sobre como deveria proceder para fazer esta transferência quando Amor-perfeito estivesse em condições para isso.

Encerrado o assunto sobre a transferência, Rosa revelou-me, empolgada, sobre os cuidados que estava “realizando” com a filha. Contou ter dado um “banho de gato” na recém-nascida e ter feito outros cuidados de higiene e conforto, com supervisão profissional. Percebi sua “realização” frente a mais nova conquista. Rosa diz: *“agora*

me sinto mais útil”. Frente a mais este alcance de meta de Rosa, e incentivada pela chegada de Cravo, perguntei ao casal como se sentiam e quais sensações ficavam mais evidentes neste momento de prestarem os cuidados à filha:

“ah!! eu me senti mais mãe dela, porque na verdade quem estava cuidando eram as enfermeiras, eu não assumi o meu papel totalmente, então quando eu fiz alguma coisa eu tive muita alegria e bastante satisfação” (Rosa).

“me sinto bem, eu gosto, eu sempre gostei de criança, onde eu tô sempre brincando com a criançada [...] eu corro e brinco, gosto muito de cuidar[...]” (Cravo).

Ao terminarmos o nosso encontro deste dia, Rosa reforçou: *“esta idéia que tive de ir para Tubarão não é certa, preciso conversar com Cravo e ver [...], não quero sair daqui e ir para um lugar que não seja bom para a Amor-perfeito. Além disso, agora é que a gente tá começando a pegar amor”*.

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Interação positiva entre a tríade	A interação se fortalecerá no contato diário e contínuo entre a tríade.	Incentivar a presença dos pais na unidade; auxiliar na promoção de cuidados de higiene e conforto e a manter contato pele-a-pele sempre que for desejado.
Risco de desestabilidade emocional materna evidenciado pelos sentimentos manifestados diante da ausência diária do companheiro e pela distância do domicílio.	O risco será reduzido se o companheiro/pai permanecer mais próximo da díade; encorajando-o durante o processo de hospitalização.	Favorecer o contato diário entre os pais por contato telefônico; incentivar a realizarem juntos os cuidados a recém-nascida; propiciar momentos de descontração e descanso para a mãe.

6º encontro – Mudança de sala no ambiente neonatal, reforçando o incentivo às relações de apego

Nesta tarde, Amor-perfeito foi transferida da UTI para a sala de cuidados intermediários, permanecendo em incubadora, pois ainda não estava com peso suficiente para desocupá-la. Encontrei Rosa muito feliz, entusiasmada, com outro aspecto. Troca a fralda de Amor-perfeito de maneira muito carinhosa, porém um pouco atrapalhada, antes da mesma receber o leite materno, que ainda está recebendo

por SOG, não mais contínuo e sim de 3 em 3 horas. Logo que a filha termina de receber os cuidados de higiene, Rosa não espera eu falar e já pede para colocar sua filha em contato pele-a-pele, dizendo: *“ela vai receber o leitinho. Já notei que é melhor para ela ficar no canguru, chega até a arrotar e fica aliviada”*. Rosa se aconchegou na cadeira, abriu seu avental e logo solicitou que a auxiliasse na posição desejada. Amor-perfeito aninhou-se quieta, com os olhos fechados, quase “escapando” para dentro do avental.

Enquanto mantinha-a pele-a-pele, comentou que havia conversado com Cravo sobre o processo de transferência antecipada: *“ah, o Cravo acha que devo esquecer isso e ficar aqui, é que aqui a gente já sabe como é, e que todo muito é bom, vai saber como é lá [expressão de suspense]. Pena que eu vou sentir, é que lá não deve ter o canguru, acho que vou ficar por aqui, vai ser melhor para ela. Cravo já queria vir correndo pra cá, tem medo que eu tenha depressão”*.

Deixei Rosa tendo a intimidade do contato com sua filha, com a finalidade de poderem fazer um contato mais próximo e interativo. Aproveitei para conversar com as pessoas da equipe neonatal sobre o tema “procedimentos que provocam dor nos recém-nascidos” e sobre os estímulos existentes na literatura, com a finalidade de amenizar essas sensações. Trocamos informações e conhecimentos a respeito do assunto e da necessidade de convidar os pais a participarem destes momentos, se assim o desejarem. Alguns profissionais de enfermagem referiram que reconhecem esta decisão e a apóiam, mas que nem sempre lembram de convidar para que os pais participem.

Retornei então para próximo de Rosa e Amor-perfeito, percebendo que ambas estavam em sintonia, embora a RN estivesse dormindo tranquila. Rosa observava a rotina do setor e conversava com outros pais ali presentes, sendo que alguns desses também faziam canguru. Procurei incentivar Rosa a falar para todos os progressos com o “canguru” e também das sensações que tinha ao perceber-se “mais mãe” de Amor-perfeito. Após um tempo de conversa entre os pais e os bebês, Rosa contou que combinou com o marido, por telefone, que dariam o banho em Amor-perfeito, no final de semana, juntos.

Neste dia e em outros também, para descontrair, Rosa está participando das oficinas que estão sendo oferecidas no espaço novo da unidade neonatal que se destina exclusivamente à prática do MMC, porém ainda não está liberado para ser ocupado pelos participantes desta prática, por razões administrativas. Estas oficinas são realizadas nas quartas e sextas-feiras, sendo conduzida por voluntárias. Lá, são feitos trabalhos manuais como: bordados, tricô, crochê, etc. É um momento em que as mães se reúnem, trocam experiências e, segundo elas, dão “*boas risadas para descontrair*”.

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Entusiasmo dos pais relacionado com a mudança de ambiente no interior da unidade neonatal.	A percepção positiva será mantida sempre que os pais reforçarem o significado de progressão das condições físicas da RN.	Estimular cada vez mais a presença dos pais na unidade; manter a percepção e motivação dos pais para realizarem o contato pele-a-pele; dialogar sobre os aspectos simbólicos provocados pela mudança de ambiente da RN.
Manutenção de adaptação favorável entre pais e filha.	A interação entre a tríade se concretizará ao persistirem na presença efetiva e no contato diário através dos cuidados e da posição canguru.	Estimular e elogiar todos os progressos da tríade; incentivar a independência dos pais para com os cuidados diários à filha.
Relação positiva dos pais com outros pares participantes do MMC	Os pais terão reforços positivos em direção ao apego com a filha compartilhando, sempre que possível, experiências com outros pais, estimulando os progressos e amenizando as dificuldades.	Favorecer e propiciar o diálogo entre os pais na unidade neonatal.
Insegurança materna para permanecer fora do domicílio.	Esta dificuldade será amenizada quando a mãe perceber os progressos de sua filha.	Re-orientar a mãe sobre os benefícios do MMC; informar da inexistência desta prática em sua cidade; fortalecer ainda mais as relações com equipe.
Percepção positiva da equipe de saúde neonatal sobre a importância dos procedimentos para amenizar a dor na RN.	A equipe reforçará positivamente os procedimentos para amenizar a dor neonatal frente à estímulos dolorosos sempre que comprovar as reações dos neonatos à tais estímulos.	Continuar dialogando com os profissionais da equipe sobre o tema; acompanhá-los durante os procedimentos técnicos.

7º encontro – O dia a dia do casal na unidade neonatal em busca do contato mais seguro e promissor com sua filha

Ao chegar na unidade pela manhã, procurei observar qual era a rotina (organização) criada pelo casal para se aproximar do bebê: colocavam o avental; dirigiam-se até a sala em que a filha se encontrava; faziam a higiene das mãos; observavam a unidade; olhavam os aparelhos que estavam em contato com sua filha (antes só olhavam através das paredes da incubadora e estando, já mais familiarizados, abriam as portinholas de forma silenciosa e tocavam a RN). A mãe aparentava estar mais segura e confiante quando seu esposo estava presente. Perguntavam para alguém da equipe neonatal (profissional com que já tiveram interação em momento anterior) sobre as condições de saúde da menina.

Aproximei-me calmamente, cumprimentei-os e ofereci a possibilidade de prepararmos Amor-perfeito para o banho, mas para nossa surpresa o banho já havia sido dado pelo pessoal de enfermagem. Neste momento Rosa olhou-me parecendo estar desapontada, ou seja, franzindo a testa e com expressão como quem quisesse dizer: “bem que poderiam ter esperado um pouco, mas fazer o quê, agora já foi [...]”. Conversamos então, juntos, com os profissionais da equipe, para que, no próximo final de semana, esta atividade pudesse ser realizada por Cravo e Rosa, conforme seus desejos. Após tocarem na filha, acariciarem seus cabelos e balbuciarem palavras carinhosas, conversaram comigo de modo amigável e interessado. Nossa conversa permitiu o levantamento de mais alguns dados significativos, descritos a seguir.

Avaliação do Modo da Função de Papel

Dificuldades sentidas ao desenvolverem o papel de pais (incluindo os aspectos culturais)

“ah, é o medo de pegar, de machucar, porque eles são tão pequenininhos. Minha preocupação maior nos cuidados era esse: como pegar na hora de trocar fralda, mexer muito..., todas essas preocupações que a gente tem. Para me aproximar dela agora é mais fácil porque já conheço aquele dos batimentos cardíacos [referindo-se ao aparelho que verifica os batimentos cardíacos junto com a oxigenação - oxímetro]. Quando ela mexia muito o pezinho, no começo, de vez em quando disparava e eu

ficava assustada, mas depois que você me falou que é porque ela mexe o pé, fiquei tranqüila, depois já abri a incubadora, já botei, [a pulseira com sensor do oxímetro] a gente não tem que ter medo, desde a vez que se é mãe, a gente tem que encarar qualquer parada [risos]” (Rosa).

“A gente não tinha planos pra ter filhos, a gente antes de casar, a gente tinha conversado sobre isso, tinha outros planos. Ai depois, três meses de casamento né, aí ela ficou grávida, a gente não tinha planos. No começo a gente ficou até assim meio, não que não aceitava né, mas era uma coisa assim [...], é que mudou os planos da gente, mas eu nunca assim..., não que eu não queria não ter filho, não tem, mas é que a gente tinha outros planos, tinha outras idéias assim diferente e tal, mais esperança pro futuro e tal, então a gente tinha outros planos, então aquilo ali já mudou tudo, o que a gente pretendia a gente não pode mais porque tem que cuidar dela né, agora tem ela, mais depois de um pouquinho de tempo aí já me acostumei com a idéia e comecei a gostar. A gente tinha idéia de ir pra outro lugar, pra fazer obra de evangelização no caso né, porque tem outros lugares que ainda não tem né, pra dar apoio até formar uma congregação, aí agora só quando a Amor-Perfeito tiver grandinha, até já conversamos sobre isso, ela vai tá junto com nós né, só que vai atrasar um pouquinho né, daí no começo a gente ficou meio assim por causa disso né. Pensava: ‘será que vai ser saudável’? Acho que é normal todo pais e toda mãe pensar assim né! Mas a gente nunca teve de rejeitar, achar que é uma coisa demais pra gente não, só que era uma coisa que não estava nos nossos planos, mas agora a gente encaixou e já acostumamos com a idéia, tanto que a gente vê aí e dá vontade de só ficar no colo. É, mais no começo, pra te ser sincero mesmo, a gente ficou [...], e depois, pouco tempo de casados né, só três meses, ela ficou grávida” (Cravo).

“A distância incomoda, eu sinto muita falta da Rosa, a gente tava toda hora juntos, saia todos os dias à noite para os encontros bíblicos. Então assim a gente vivia bastante tempo juntos, agora toda essa distância, a gente nunca tinha vindo pra cá, mas a gente se fala todo dia por telefone. Às vezes ela tá bem animada, às vezes não. Quando tenho que ir embora ela chora, aí fico preocupado em dar depressão, coisa assim né, mas graças a Deus ela tá forte, bem firme, desde o primeiro dia” (Cravo).

Sentimentos dos pais com relação à filha recém-nascida

“Acho que através do contato pele-a-pele, da amamentação, me sinto mais próxima dela. É preciso ter calma e não estar agitada para não agitar ela, sempre pensar nela em primeiro lugar. Sempre os seus interesses em primeiro plano e eu em segundo. Ela agora é o mais importante” (Rosa).

“Me sinto responsável por ela né, já penso não só mais em nós dois né, tem que botar ela também junto né e também pra Rosa no caso né, vai ter que ter mais atenção agora né. Também já me preocupo com o futuro, educação, cuidado em chegar as coisas pra ela certo, tudo isso a gente já pensa, já pensa na responsabilidade, tudo muda[...]” (Cravo).

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
<p>Desapontamento dos pais por não terem realizado a higiene corporal na filha.</p> <p>Interação positiva entre a tríade</p> <p>Risco de desestabilidade emocional materna evidenciado pela ausência paterna e pela distância do domicílio.</p>	<p>O sentimento será diminuído se a equipe de enfermagem favorecer este cuidado aos pais.</p> <p>A interação se fortalecerá no contato diário, íntimo e contínuo entre pais e filha.</p> <p>O risco será reduzido com o diálogo franco e sensível com a enfermeira, além de valorizar a possibilidade de visitas em casa.</p>	<p>Solicitar aos profissionais que valorizem a participação dos pais nas atividades diárias com o bebê; estimular a equipe a favorecer o contato entre pais e filha em todos os momentos; discutir sobre a inclusão do pai nos cuidados.</p> <p>Incentivar a presença dos pais na unidade; aproximar a tríade através dos cuidados de higiene e conforto; manter contato pele-a-pele sempre que for desejado.</p> <p>Valorizar os progressos da recém-nascida, estimulando para o momento da alta hospitalar; incentivar sua participação nas oficinas de trabalhos manuais; dialogar sobre as possibilidades de afastamento temporário da unidade neonatal para visita à família.</p>

8º encontro – Compreendendo melhor o comportamento dos pais e as reações da recém-nascida

Neste dia, no turno vespertino, procurei observar um pouco mais o comportamento dos pais, suas relações, e obter respostas para algumas questões ainda pouco exploradas.

Avaliação do Modo da Função do Papel

Preocupação em obter informações sobre seu bebê

Rosa procurava sempre saber, com algum profissional da equipe neonatal, se a criança passou bem durante sua ausência, além de perguntar, dirigindo-se à própria filha: “Amor-perfeito chorou?”

Cravo costumava buscar as informações com sua esposa. Quando eu estava presente, reforçava as informações colocando uma entonação otimista em suas afirmações.

Estímulos que facilitaram sua aproximação e interação precoce com a filha

“O incentivo que você me deu para fazer o contato pele-a-pele, eu até já tinha lido alguma coisa a respeito como eu te falei, mas nada como a prática, como você falou e as meninas sempre me diziam que era importante, mas fico meio assim de pedir para me ajudarem a colocar na posição, parece que atrapalho o serviço delas” (Rosa).

“O fato de ver a criança ali acho que é uma coisa automática, dá vontade de pegar, botar no colo, abraçar, fazer carinho [...], quanto mais a gente vê, cada vez que vem mais vontade dá de [...], converso com a Rosa todo dia de manhã e de noite, aí ela diz ah!! engordou um pouquinho, já tá fazendo isso, já tá fazendo aquilo, daí a gente vê, já tá fazendo um sorrizinho...Eu gostei muito quando fiz o canguru, pude botar no colo. É uma posição tão gostosa, parece assim que a gente se sente bem, também assim [...]. Quando a gente vê lá na incubadora é uma coisa, depois a gente pega daí a gente sente o calorzinho do bebê. Um dia fiquei ali com ela, aí botaram o termômetro, ela tava geladinha, aí colocaram em contato pele-a-pele, colocaram o cobertorzinho, parece que tudo ficou mais real, mas até que tá lá dentro a gente tá vendo e tudo o mais. Quando a gente tá perto é tudo mais real, a gente se sente mais útil né, a gente tá segurando, tá juntinho, quentinho, a criança está se sentindo bem. Antes tá agitadinho, depois, fica calminho, é muito bom” (Cravo).

Vontade de participarem nos cuidados com seu bebê

“Elas vieram me falar porque achavam que eu não poderia fazer que era serviço delas, né? Mas como me falaste que era bom eu começar a fazer [...]. Agora eu chego e pergunto: - já trocaram? Daí eu pergunto, se não trocaram, eu já pego e já troco”(Rosa).

“Sozinho? Tenho vontade, acho legal, mais ainda tenho receio, é tão pequenininha” (Cravo).

Expectativas de contribuição da equipe de enfermagem a fim de exercer a função de pai/mãe na prática do Método Mãe-Canguru

“São muito queridos, perguntam – mãe quer fazer canguru? Sempre me incentivaram, não tenho nada para reclamar [...]. Gosto de que me chamem de mãe. – ‘Mãe quer pegar aquele negócio [...]?’ Daí já faz bem para o ego, então eu gosto que me chamem de mãe, acho carinhoso ser chamada assim” (Rosa).

“Eu quase não tive contato com a equipe. É mais no fim de semana, mas a gente vê que eles explicam bem, mostraram que é para dar o banho assim, vira assim, agora assim [...], ajuda e chama na hora de trocar a fralda, porque às vezes a mãe tá ali, mas tá meio assim com medo ainda. Então quanto mais explicar, mais dar os detalhes, melhor né? Sempre conversaram bem com a gente, perguntavam mais pra Rosa se ela queria fazer canguru, ou diziam: - ‘pai, queres pegar no colo um pouquinho?’ Incentivando... Se a gente precisasse sair, sempre pediam com jeito. Porque a gente já tá meio assim, ainda vem com grosseria, principalmente no primeiro dia. É bom a gente ter acesso livre durante todo o tempo. Quando fiquei quatro dias direto, sempre vinha aqui ver, nunca falavam nada, sempre dizem que era pra chegar perto, estavam com sorriso. Diziam: - ‘ah! a Amor Perfeito tá boa, tranquilinha [...]’, tudo isso já ajuda. Porque é ruim se a gente chega ali e nem te ligam. Como diz o ditado, é mais difícil né, isso é totalmente diferente pra gente, já pra vocês é normal, é o trabalho de vocês, né” (Cravo).

Avaliação do Modo de Interdependência

Interação dos pais com a recém-nascida pré-termo e/ou de baixo peso

Neste momento observei o casal. Rosa permanecia na unidade neonatal de forma contínua enquanto Cravo, por conta do seu trabalho, estava presente nos finais de semana. Rosa vinha para a unidade quase que em tempo integral. Estabelecia como direção de entrada e saída o período das mamadas, sendo que nos intervalos realizava o posicionamento pele-a-pele. Nos finais de semana Cravo acompanhava sua esposa em todos os cuidados com a filha, porém, o único momento que permanecia sozinho junto a sua filha era quando sua esposa estava no CIAM, ordenhando.

O modo como às relações de toque, contato verbal e não verbal ocorria era de forma diferenciada entre o casal em alguns momentos, mas contemplava todas as formas de aproximação e cuidado. Rosa e Cravo manifestavam os seguintes comportamentos:

Forma de toque: Rosa, ao abrir as portinholas da incubadora realizava primeiramente carícias seguido do toque parado e em muitos momentos, quase que diariamente, colocava sua filha em posição canguru, no contato pele-a-pele. Cravo sempre apresentava predisposição para interagir e constantemente acariciava sua filha e pedia para colocá-la em seu colo.

Expressão oral: Rosa buscava fazer o contato através da fala, com entonação alegre e carinhosa, chamando de “bebê da mamãe”. Cravo usava tom delicado, falando às vezes como criança, parecendo ser também um bebê. Geralmente as palavras eram expressas no diminutivo.

Tom de voz: Rosa e Cravo apresentavam tom suave, alegre e rítmico.

Contato olho-a-olho: tanto Rosa quanto Cravo buscavam sempre estar muito próximos e costumavam olhar diretamente em seus olhos quando a filha estava no colo.

Emparelhamento: a proximidade e a adaptação com Amor-perfeito foram sendo realizadas gradativamente pela díade Rosa/Cravo. No início se colocavam ao lado da incubadora, quase imóveis. Com o decorrer do processo de adaptação conseguiram ter uma proximidade maior, fazendo o contato verbal e o não verbal, através do toque.

Com o contato pele-a-pele referiam conseguir superar algumas dificuldades e alguns sentimentos como os de medo e insegurança.

Relacionamento entre os pais: desde o início o casal vinha demonstrando afetividade, respeito e cumplicidade. Conversavam diariamente sobre as evoluções apresentadas pela filha e sobre a melhor maneira de superar algumas dificuldades, principalmente relacionadas à distância entre a cidade em que moram e o hospital, na capital. Em todos os momentos em que estive presente junto à díade, procuravam reforçar seus objetivos de vida daqui para frente. O foco de vida atual é o de criar a filha dentro do que eles referem como sendo “dar o melhor” para que a mesma amadureça em suas condições físicas, neurológicas e existenciais.

Manifestações apresentadas pelos pais ao ouvirem o choro da filha: em todos os momentos demonstravam atenção imediata, procurando tocá-la e confortá-la.

Manifestação o desejo de colocarem a recém-nascida em contato pele-a-pele: desde que foram orientados sobre o MMC, quando estava por perto, manifestavam o desejo de proximidade, e em minha ausência, solicitavam auxílio ao profissional da equipe neonatal pelo qual tenham algum lastro de interação.

Como a recém-nascida é segurada no momento de interação com os pais: os pais procuravam aproximar do tórax e aconchegá-la, com movimentos firmes e delicados. Aparentavam necessidade de expressar afetividade durante o “holding”.

Percebe-se harmonia nas trocas afetivas entre a tríade? De que forma isto acontece?

Sim. Demonstravam muita tranqüilidade, tanto através do contato verbal quanto através do contato não verbal. A harmonia era percebida pelas expressões serenas e tranqüilas quando um dava atenção ao outro.

Como os pais sentem a relação afetiva com sua filha desde o nascimento até o momento que ingressaram no MMC?

“Já imagino e vejo como o afeto e o amor da gente vai aumentando. Antes só chegava perto da incubadora e ela ficava agitada, mexia muito as pernas, os braços, muito agitada..., quando passei a ter contato com ela através do toque e do contato pele-a-pele ela está bem mais tranqüila, calma, solta, relaxada... quando ela está em contato pele-a-pele e vou colocar na incubadora, ela se esperneia toda. É, já sabe o que é

bom!!! Graças à Deus vejo que consegui ter uma boa relação afetiva com minha filha”(Rosa).

“Como eu te falei, a gente não tava preparado, mas quando tudo começou a acontecer, que ela tava nascendo e tava todos aqueles estudantes, que pareciam vagalumes na sala de parto, é que percebi que estava sendo pai. É muito emocionante! Quando a Amor-perfeito nasceu e levaram dali, não fui junto, fiquei com a Rosa, mas agora que posso pegar e colocar no colo, não sei nem te explicar, é muito bom. Sabe, quando você falou do seu estudo, disse pra Rosa: -“vamos participar, vai ser bom pra nós e pra nossa filha’. Adorei no primeiro dia que falasse que o pai podia fazer canguru, achava que era só a mãe. A Amor-perfeito ficou bem calminha, fiquei muito feliz. Sinto um amor muito grande, não sei explicar” (Cravo).

Interação da recém-nascida pré-termo e/ou de baixo peso com os pais

Comportamento/manifestações da recém-nascida ao ouvir a voz dos seus pais: direcionava a cabeça, ficando de frente, com abertura ocular e expressões faciais. Permanecia tranqüila e atenta.

Expressões manifestadas pelo bebê ao ser tocada por seus pais: quando tocada em forma de carícias muitas vezes demonstrava certa irritabilidade e ao receber o toque contido, parado, mostrava-se aconchegada e relaxada.

Reações do bebê ao ser colocada em contato pele-a-pele com seus pais: iniciava o contato alerta, com abertura ocular, tranqüila, relaxada e aparentando segurança. No decorrer do tempo em que estava em contato pele-a-pele, entrava em estado de sono e vigília.

Percebia o quanto a tríade estava evoluindo para a concretização do apego. Os laços afetivos estavam sendo fortalecidos no dia-a-dia, e para que esta evolução fosse progressiva, solicitei à equipe de enfermagem que propiciasse os cuidados de higiene e conforto para os pais, enfatizando a atividade de higiene propriamente dita, já que isso tem sido externado como um desejo dos mesmos. O fato dos pais terem mais esta proximidade ameniza o processo de hospitalização vivenciado pela tríade. Os pais já estavam inseridos de forma a realizarem estes cuidados à filha, de modo intercambiante com a equipe.

Frente a todas as informações obtidas durante a observação e no diálogo com os pais de Amor-perfeito, buscava sempre enfatizar os progressos conquistados, reforçando que se faz necessário muita paciência, calma e, sobretudo uma força de vontade muito grande para superar alguns obstáculos, principalmente relacionados à permanência quase ininterrupta de Rosa na unidade neonatal.

9º encontro – Enfrentando dificuldades no processo de amamentação

Neste dia percebi novas mudanças. Amor-perfeito já possuía maturação para sugar o seio materno por 10 minutos, embora continuasse a receber complementação via sonda nasogástrica (SNG), por gavagem. Rosa estava satisfeita com o avanço da filha, mas ainda revelava insegurança diante das atuais circunstâncias. Tentou colocá-la no seio, no período da tarde, mas a RN estava sonolenta e apresentando dificuldades de sugar, por ter baixo poder de sucção e pelo mamilo materno ser plano. Sugeri que fosse colocado um bico de silicone para facilitar a pega inicial e uma posterior avaliação da fonoaudióloga. Devido ao alto grau de ansiedade e estresse, sugeri que não insistisse mais na mamada naquele momento e tentasse descansar um pouco. Rosa solicitou então auxílio para colocar Amor-perfeito em posição canguru, onde permaneceram por trinta minutos. Durante o contato, direcionava a voz para a filha, “perguntando” à mesma sobre sua dificuldade de sugar o seio materno. Enquanto permanecia ao seu lado, procurei lembrá-la que Amor-perfeito é pré-termo, não tem amadurecimento neurológico, precisando aprender a compreender mais esta fase da vida. Rosa diz: *“pensei que fosse ser mais fácil; eu sei que atrapalho tudo porque fico nervosa. Mas é que eu estava esperando tanto este momento e agora ela não quer nada com nada!”*.

O grau de estresse de Rosa piorava pelas condições (lotação) do “hotelzinho”, tornando-se uma angústia a mais. Rosa referia ter muitas mães para ocuparem e poucas vagas para serem ocupadas. Expressava que não conseguia relaxar, pois é muito *“entra e sai”*, além de telefone tocando, televisão ligada, as mães conversando ao mesmo tempo. Frente a esta situação, voltou a tocar no assunto da transferência para sua cidade, mas logo em seguida, emenda: *“não, vou ficar por aqui mesmo, aqui tá garantido o atendimento bom da minha filha, lá eu não sei. Quero continuar fazendo*

canguru e lá, falei com uma prima minha, eles não fazem não. Vou agüentar as pontas [silêncio e cabeça baixa olhando para a filha]”.

Percebia neste contexto o quanto estava pensando no processo de hospitalização o fato de estar longe de casa, do seu esposo e familiares. Rosa revelou preocupação ao lembrar que no último final de semana, antes de voltar para casa, Cravo chorou muito, dizendo que ia ser difícil segurar as pontas até o final.

No segundo horário de mamada, Amor-perfeito permaneceu sonolenta e a mãe apresentando-se com muita ansiedade. Solicitei que aumentasse novamente sua ingesta hídrica, pois poderia diminuir a produção láctea pelo grau de ansiedade elevado. Sugeri que Rosa, nos intervalos das mamadas noturnas, procurasse descansar, embora continuasse referindo que *“é um pouco difícil dormir lá”* (referindo-se ao “hotelzinho”). Despedimo-nos combinando estar juntas no dia seguinte no horário das mamadas. Na saída encontrei-me com a fonoaudióloga e solicitei que fizesse um acompanhamento de Amor-perfeito.

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
<p>Dificuldade da recém-nascida em sugar seio materno.</p> <p>Elevado grau de estresse materno durante processo de amamentação e das condições ambientais do hotelzinho.</p> <p>Interação positiva entre a tríade através do contato pele-a-pele, da fala e do toque.</p>	<p>A recém-nascida irá sugar mais satisfatoriamente quando iniciar o uso do dispositivo extra-mamário e for estimulada oralmente.</p> <p>Mãe ficará mais tranqüila se for orientada sobre o processo evolutivo da amamentação e estiver frequentando um ambiente adequado para se sentir descansada.</p> <p>A interação será continua se esta atitude for mantida e incentivada.</p>	<p>Providenciar um bico de silicone; orientar e demonstrar para os pais sobre exercícios de sucção não-nutritiva.</p> <p>Estimular a mãe à não desistir e a enfrentar os obstáculos; favorecer ambiente adequado e desejado para o descanso.</p> <p>Apontar para os pais as respostas aos estímulos que o bebê apresenta; incentivar a prática do MMC; reforçar a importância do contato íntimo e reservado entre o casal e recém-nascida.</p>

10º encontro – Adaptações como meios de proporcionar segurança no manejo inicial do aleitamento materno

Ao chegar na unidade neonatal pelo período da tarde, Amor-perfeito estava no seio materno tentando sugar com o auxílio do bico de silicone, sendo acompanhada e avaliada pela fonoaudióloga, que registrou seu parecer no prontuário da recém-nascida. Segundo minha avaliação, Amor-perfeito apresenta-se sonolenta, com baixo poder de sucção, embora em processo evolutivo. Rosa expressava estar bastante cansada. Referia que em alguns horários sua filha estava mais alerta e em outros não conseguia sugar. Disse: *“peço desculpas, mas vou para o hotelzinho deitar-me um pouco. Estou exausta!”*.

Fiquei neste período observando o comportamento de Amor-perfeito que, na ausência de sua mãe, permaneceu por três horas em sono profundo, agora já em berço aquecido e não mais na incubadora.

Cravo chegava na unidade quase ao mesmo tempo em que Rosa estava adentrando no recinto. Abraçando-se, dirigem-se ao berço aquecido e Cravo, após higienizar as mãos, senta-se em uma cadeira ao lado do berço, repousando sua mão sobre o corpo da menina. A mão encobre a filha, já que é quase do mesmo tamanho. Avaliei que podíamos dialogar, quando vejo que os pais perguntavam-me pelos progressos da filha. Seus depoimentos permitiam aprofundamento de algumas informações que ainda estavam baseadas quase que inteiramente em minhas observações.

Avaliação do Modo da Função do Papel

Desejo de tocarem na filha

“Eu tenho muita vontade de pegar nela... assim parece que ela ainda está dentro de mim. Estar com ela e pegar é uma forma de eu me reaproximar dela. Faço questão de colocar a minha mão nela, é uma forma de estabelecer um contato com a criança”
(Rosa).

“Na incubadora só dava pra botar a mãozinha assim [executa movimentos de forma parada, sem movimentos e de modo delicado]. A gente chegava e colocava só a mãozinha e tinha que ser assim com cuidado, tinha a pele fininha assim. É, mas agora

[referindo-se ao fato da criança estar em berço comum] *é bem melhor, fica uma coisa mais real. Vendo ela na incubadora a gente sentia que era filha da gente, agora era uma coisa assim tão distante, parece assim que tá lá longe, aí tem que ir com cuidado [...], tem que pegar com cuidado, não dava pra pegar no colo [...], ainda tá, mas agora posso pegar, ficar pertinho dela, não está mais distante”* (Cravo).

Reações da mãe frente ao estímulo de sucção e do papel materno

Apresentava muita vontade de iniciar o estímulo ao seio, porém durante o processo de amamentação, mostrava-se com muita ansiedade. Em alguns momentos, com irritabilidade e angústia, pois sua filha apresentava dificuldades para sugar. Amor-perfeito estava em processo evolutivo na sucção, o que requeria muita paciência por parte dos pais.

No processo de amamentação, Cravo estimulava e encorajava a esposa. Entretanto, não se sentia seguro e à vontade para implementar com sucção não-nutritiva.

Reações de Amor-Perfeito com relação à procura do seio materno

No início, quando Amor-perfeito ainda não estava “liberada” para sugar o seio materno, somente o fato de sentir o cheiro dos pais, quando em posição canguru, costumava sugar a sonda gástrica ou uma de suas mãos. Entretanto, agora, ao ter que sugar para alimentar-se, demonstrava em alguns momentos sonolência, e em outros, agitação e desordenamento. Em algumas oportunidades, tivemos que colocá-la “olho-no-olho” com sua mãe ou então com um profissional mais próximo, sendo que muitas vezes eu (enfermeira-pesquisadora) realizava esta ação de tranquilizá-la, fosse através da fala ou de um simples contato pele-a-pele. Ao ser aproximada do seio materno Amor-perfeito aparentava preferência por permanecer somente com sua mãe. Contudo, caso tivesse outro profissional próximo da tríade ou da díade mãe/filha, observava-se que, para não irritá-la e desviar-lhe a atenção, o profissional deveria manter-se calmo, mover-se vagarosamente, e ao falar, usar tom de voz baixo e rítmico, pois ao contrário podia gerar um grau de desequilíbrio, tanto no que diz respeito à sucção, quanto na “concentração” que se percebe necessária à aproximação mãe/filha. Parecia tratar-se de uma obra rara, prestes a ser “contaminada” por qualquer agente externo.

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
<p>Dificuldade da recém-nascida em sugar seio materno.</p> <p>Elevado grau de estresse materno durante processo de amamentação.</p> <p>Interação positiva entre pai/mãe/filha, através do contato pele-a-pele, da fala e do toque.</p>	<p>A recém-nascida irá efetivar o ritmo de mamada quando for favorecido ambiente tranquilo e condições favoráveis.</p> <p>Mãe ficará menos ansiosa se for proposto um manejo “próprio” para amamentar, sem regras pré-estabelecidas.</p> <p>A interação será contínua e aprofundada se esta atitude for mantida e incentivada.</p>	<p>Propiciar ambiente tranquilo; manter RN em contato privativo com sua mãe, adequar postura; oferecer apoio para os braços de Rosa; reforçar para a mãe sobre a imaturidade neurológica de sua filha.</p> <p>Deixar que a mãe inicie e promova o processo de amamentação; permanecer próximo à díade para orientar naquilo que a mãe considerar necessário apenas.</p> <p>Reforçar para os pais as respostas do bebê aos estímulos; incentivar a prática do contato cutâneo direto; respeitar as decisões e iniciativas dos pais em relação aos cuidados gerais com a filha.</p>

11º encontro – Ambivalência dos sentimentos materno e paterno frente a alta hospitalar

No dia 22 de outubro, no início da tarde, ao ter iniciado contato com Amor-Perfeito e seus pais, percebi que Rosa e Cravo apresentavam sentimentos contraditórios. Por um lado, felizes por ver a filha bem, “*fora de risco*” e com alta hospitalar para breve; por outro, algo desapontados, pois, pelo fato de em alguns horários estar sonolenta e sugando pouco, Amor-perfeito perdeu peso e necessitou reiniciar o uso de complemento via oral após as mamadas. Percebendo este desapontamento, esclareci que o fato dela estar fazendo uso de complemento não impediria, por si só, a alta hospitalar e que, juntos, iríamos avaliar as condições de saída da unidade. Neste dia, ofereci à Rosa um par de tampões auditivos para que tivesse a oportunidade de maior relaxamento durante os horários de descanso, já que se mostrava incomodada com o intenso ruído do ambiente do hotelzinho. Rosa fez uso imediato do mesmo e referiu o grande alívio produzido por esta solução tecnológica tão simples. Verbalizou posteriormente, inclusive, que estava até “*amamentando melhor*”.

Neste dia procurei manter-me um pouco mais afastada fisicamente desta família, mantendo apenas contatos esporádicos, quando requisitada, pois entendi que estavam precisando de um momento mais íntimo, somente deles, sem que alguém estivesse por perto observando ou intervindo.

Com a proximidade da alta hospitalar programada para o dia 03/11, e frente a tantos anseios, aproveitei, no dia 26 de outubro, para dialogar com Cravo e Rosa sobre as dúvidas inerentes a este novo processo que iriam passar. Com a presença de outras mães na sala dos cuidados mínimos, aproveitamos e fizemos uma roda de discussões. Percebia que as perguntas estavam mais direcionadas quanto à sobrevivência dos bebês, em diversas situações, como por exemplo: *o que vou fazer quando ela vomitar e se engasgar? E se ela ficar roxinha? Como sei diferenciar o tipo de choro? Como devo vestir minha filha* (referindo-se às diferentes estações do ano)? *Ela pode receber visitas?*, dentre outras. Pude avaliar que os pais dos neonatos pré-termo e/ou de baixo peso que se encontravam em situação clínica semelhante, também possuíam semelhantes questionamentos acerca dos futuros cuidados necessários à sobrevivência da criança, bem como possuíam anseios e inseguranças similares no que diz respeito à alta desses bebês. Percebia que para todos, sem exceção, a possibilidade de estar distante do hospital e das mãos seguras e habilidosas dos profissionais, representava um caminho incerto e tortuoso, ao mesmo tempo em que se mostrava uma trajetória de independência e de “retorno” à vida. Portanto, um evento pleno de ambigüidades e ambivalências.

12º encontro – A alta hospitalar de Rosa, Cravo e Amor-perfeito

Este foi nosso último encontro antes da alta hospitalar. Cravo não pôde estar presente, pois estava trabalhando, mas Rosa já estava um pouco mais segura e, como dizia, sentindo-se *“cada vez mais mãe... agora vou pra casa e lá somos nós quem vamos cuidar, acho que eu e Cravo vamos dar conta, mas minha mãe vai ficar comigo uma semana, depois vou aprender a cuidar mais de Amor-perfeito e deixar a casa mais de lado. Sou muito certinha, gosto tudo em seu lugar, mas acho que agora vai ter que mudar. Vou pedir para minha cunhada fazer faxina uma vez por semana e almoço*

na casa da minha sogra. Isso até eu me organizar, depois vou fazer tudo sozinha como sempre fiz”.

Depois de Rosa ter terminado os cuidados de higiene de Amor-perfeito e estando a menina aconchegada e dormindo, fomos até o “hotelzinho”. Lá, num final de tarde agradável, juntamente com outra puérpera participante do estudo e que também tinha previsão de alta para o mesmo dia, fizemos um *feedback*. Solicitei que falassem livremente sobre como tinha sido a experiência de participação neste empreendimento.

Rosa enfatizou: *“nós só temos que te agradecer. Este trabalho foi maravilhoso, não sei o que seria de nós se tu não tivesse por perto. Ensinaste tudo pra gente, e o canguru nem se fala [fica com a voz embargada]. Posso dizer que foste um anjo que caiu na nossa frente, não temos palavras. Estou falando também pelo Cravo. Todo dia a gente falava de ti. Sempre que puderes, pegue outros pais para fazer este estudo. É importante ter gente assim. Sinto que tenho muito para aprender, mas sinto que já sou mais mãe agora do que no começo. Vai dar tudo certo, sei que vai”.*

Quando Rosa terminou sua fala, naquele momento senti o quanto valeu à pena estar junto deles durante este longo período. Coloquei o meu agradecimento pela participação neste estudo e enfatizei a ela que o crescimento era recíproco, pois assim me senti no contato quase que diário com esta nova família. Combinamos de manter contato e nos despedimos, com a certeza de futuros encontros.

5.2.2 CUIDANDO DE NUVEM, CÉU, ESTRELA (GEMELAR I) E LUA (GEMELAR II)

A escolha destes nomes fictícios partiu de Nuvem que após ter conversado com seu esposo, disse: *“pensei muito em alguma coisa que pudesse representar nossos nomes; tinha que ser algo que desse para os quatro... então pensei sobre o céu, ele tem nuvens, tem estrelas, tem a lua e, se precisasse, teria sol, chuva [...], ele representa minha família... que seja dia ou noite, sempre estará unida”.*

1º encontro – Iniciando a aproximação

Após já ter tido a experiência de aproximação com um casal e sua filha, o início da relação profissional com Nuvem, Céu, Estrela e Lua ficou mais facilitada, porém

havia suas singularidades. Este primeiro contato aconteceu no dia 05 de outubro (4 dias após o parto), no período vespertino. Quando a mãe e o pai das meninas chegaram na unidade, eu já estava lá. Observei o comportamento dos dois frente a mais uma “novidade” terapêutica, já que Lua havia iniciado tratamento com fototerapia e os pais não tinham sido comunicados.

A expressão facial dos pais era de susto e receio. Olharam ao redor, pelas paredes da incubadora, mas não fizeram qualquer tipo de comentário; é como se as expectativas de melhora estivessem se dissolvendo. Próximo à Lua permaneceram pouco tempo, mas houve um cruzar de olhares constantes. Céu colocou uma de suas mãos sobre o ombro de sua esposa, que a direcionou para Estrela.

Neste momento percebi que a expressão facial logo se modificara e demonstravam maior relaxamento. Observei por mais um período e logo me aproximei do casal. Nossa conversa foi curta, pois neste mesmo dia, naquele exato momento, iria iniciar um importante contato entre mãe e filhas, pois havia sido “liberada” pela equipe, a sucção no seio materno. Aproveitei para interagir com o casal através deste processo, orientando como deveria posicionar o bebê e qual postura deveria adotar. Foi um momento especial para eles e para mim que estava favorecendo este contato entre pais e recém-nascida (s).

A primeira gemelar a sugar o seio materno foi Lua, considerada pela mãe a que tinha mais necessidade no momento. Durante a sucção a recém-nascida apresentou queda de saturação chegando a valores de 79%, sendo necessário intervir. Demonstrei com calma e segurança para os pais qual seria a forma adequada de agir nessas situações. Logo, Lua retornou aos níveis desejados de oxigenação, sendo então recolocada no seio materno. Até finalizar este processo, Lua se manteve bem e tranqüila. Logo em seguida, Estrela foi beneficiada com esta aproximação; sugou tranqüilamente o seio materno, sem apresentar qualquer intercorrência.

Após terminar este contato, quando os pais estavam se retirando do ambiente neonatal, apresentei minha proposta de estudo em uma sala reservada, sendo que ao término da minha explanação, o casal demonstrou muito interesse em fazer parte desta pesquisa. Assinaram o termo de compromisso e se despediram, alegando que

precisavam dar uma volta para espairecer e logo ir até a Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM) para fazer a ordenha manual do leite.

Permaneci na unidade por um tempo observando o comportamento das duas recém-nascidas (Estrela e Lua) e da equipe de enfermagem. Percebia que tanto Lua quanto Estrela estavam tranqüilas e aconchegadas. A equipe permaneceu próxima, observando, porém evitavam o estímulo tátil e sonoro. Aproveitei e organizei um “ninho” para ambas e coloquei um pano escuro de tom azul que é usado para cobrir a parte superior das incubadoras, diminuindo desta forma a luminosidade direta.

Ao preparar-me para deixar o hospital, resolvi entrar na CIAM para acompanhar o andamento do processo de amamentação e, para minha surpresa, quem estava fazendo a ordenha manual do leite materno era Céu, demonstrando habilidade na prática. Percebi que o mesmo sentia-se bem à vontade com aquela atividade que sua esposa lhe designou. Parecia que desta forma poderia ser mais participativo e cumpriria melhor seu papel de companheiro e pai. Despedimo-nos e combinamos nosso próximo encontro.

2º encontro – Dificuldades para interação com as filhas frente à instabilidade clínica

Ao chegar à unidade, no período vespertino, logo percebi que os pais das gemelares já se encontravam presentes e, junto ao casal, estava o padrinho de Estrela.

Nuvem estava se acomodando em uma cadeira para iniciar o processo de amamentação com Estrela, uma vez que neste dia seria auxiliada pela fonoaudióloga, pois Estrela apresentava baixo poder de sucção e não estava conseguindo estabelecer um ritmo. A mãe foi reorientada quanto à postura a ser adotada e à posição mais adequada para sua filha sugar mais facilmente.

Neste dia, Lua estava impossibilitada de receber leite materno, pois havia apresentado pela manhã uma distensão abdominal importante, com queda de saturação e cianose perioral. A dieta foi suspensa e instalada uma sonda orogástrica aberta, em sifonagem, com o objetivo de manter o estômago vazio, regredindo a distensão e o desconforto abdominal. No mesmo período em que os pais estavam presentes, foi realizado um ultrassom de abdome, pois havia suspeita de uma enterocolite. Nuvem

estava com boa produção láctea e lamentou da impossibilidade de Lua não poder mamar. Conversamos sobre a importância de continuar ordenhando e, se possível, armazenando o leite para ser administrado quando fosse necessário.

Sugeri neste momento de colocar as meninas em posição canguru, explicando pormenorizadamente do que se tratava e mostrando outros bebês em contato pele-a-pele com as mães. Os pais disseram que precisavam dar uns telefonemas e que retornariam, mas isso não aconteceu. Aguardei até a próxima mamada e então me aproximei e observei como eram as relações. Neste horário, Estrela estava iniciando com leite via sonda nasogástrica por gavagem. Enquanto a mãe segurava Estrela, Céu segurava a seringa que alimentava sua filha.

Após terminarem, deram uma olhadinha através das paredes da incubadora para a outra gemelar, Lua, e então me chamaram para dizer que no dia seguinte, após a mamada das 14 horas, iriam iniciar o contato pele-a-pele. Elogiei a iniciativa e sugeri que cada um segurasse uma das meninas para realizar a prática do MMC, ao mesmo tempo em que respondia aos questionamentos acerca dos procedimentos para vestir o avental que deveria ser usado para a prática. Nuvem comentou que a partir desse dia não ficaria mais à noite no hotelzinho, e sim na casa de uma prima sua, nas proximidades. Os pais se despediram e se retiraram da unidade.

Neste dia, durante os períodos de descanso dos pais de Lua e Estrela, e aproveitando a disponibilidade em participar da proposta cuidativa e de pesquisa, conversamos sobre algumas informações que seriam necessárias para a continuação dos cuidados. Também realizei busca aos novos registros clínicos nos prontuários das gemelares.

Avaliação do Modo Fisiológico

Estrela manteve um padrão respiratório saturando entre 98 e 100%. Alimentava-se do leite materno através da sucção direta ao seio e após complemento também de leite materno via sonda nasogástrica, por gavagem com sucção nutritiva. Sua regulação neurológica era considerada normal. Apresentava reação aos estímulos externos. Demonstrava gostar muito das carícias recebidas, do toque parado e de ouvir a voz de seus pais. Quando este contato acontecia, permanecia alerta e calma.

Lua oscilou algumas vezes o padrão respiratório saturando entre 78 e 98 %. Estava restrita com dieta zero, devido a distensão abdominal e a presença de episódios de vômitos. Apresentou icterícia neonatal, sendo necessário o uso de fototerapia. Regulação neurológica sem alterações. Apresentava reação aos estímulos externos. Quando Lua era acariciada, parecia não gostar muito, apresentando movimentos corporais intensos. Ao receber o toque parado, aconchegava-se e dormia. No contato verbal, abria discretamente os olhos e ao identificar a face dos pais, logo retornava a fechá-los.

Nuvem manteve uma produção láctea adequada.

Avaliação do Modo de Autoconceito

Primeira reação frente à notícia de internação

“Na verdade quando rompeu a bolsa [...], bem, fiquei três dias internada, foi tranquilo, estava preparada para o trabalho de parto prematuro. O que fica mais difícil é estar a um mês, amamentando duas, não conseguindo descansar direito, é aquela lida, amamenta, ordenha [...], acho que vai ser melhor em casa, pelo menos vou conseguir deitar e relaxar um pouco mais” (Nuvem).

“Que ia nascer antes eu já imaginava, todo mundo falava que segurar dois é [expressão de consolo]. Desde semana passada eu já tinha internado ela. E a mesma coisa foi na neo, por que sabia que depois que nascesse ia vir pra cá” (Céu).

Sentimentos frente à internação do bebê

“Já sabia que iriam para a UTI, já tinha vindo conhecer, tudo normal, normal não, porque quando vi elas na incubadora [expressão de tristeza]. Quando foram para a outra sala e não usavam mais o oxigênio, aí vi que elas estavam bem. A incubadora quem não sabe que é para manter a temperatura, parece que é por ter mais problemas e que eles não querem dizer. Tudo de diferente que acontecia com elas, eles [equipe de saúde] me falavam, tudo mesmo. Eu tive a sorte de ter o meu marido perto o tempo todo” (Nuvem).

“Eu já tava esperando, acho que acostumado com a idéia, por que já tinham mostrado pra nós, quando ela veio pra cá [referindo-se a cidade e ao hospital], já sabia que ia

terminar aqui mesmo, por que ela já veio com a bolsa rota. Chegando aqui já mostraram para nós, mostraram tudo e deixaram a gente calmo” (Céu).

Percepção quanto à recém-nascida

“Imaginava que elas iam nascer menores. Como pode crescer na barriga que era tão pequena daquele jeito? A única coisa que achei estranho era o tamanho do pé, que era enorme. Depois foram engordando, criando bochechinha e vi que tava ficando bonitinho” (Nuvem).

“Eu imaginava que elas iam nascer menores, porque até mostraram pra nós uma menina com 1.200g. Achavam que elas iam nascer mais ou menos com este peso, aí eu achei bem pequenininho. Depois que elas nasceram, eu assisti o parto, daí achei legal, porque eu já tava bem preparado mesmo e elas não nasceram tão pequenas assim” (Céu).

Preparação para enfrentar o momento/situação

“Eu estava preparada pra dos seis meses em diante elas nascerem. Tinha que tomar remédio para inibir o parto. Avisei no meu trabalho que eu estava limitada. Percebi também porque minha barriga já não tinha, mas elasticidade. Desde a minha primeira consulta do pré-natal já foram avisando que era pra eu me acostumar com a idéia que ia ser prematuro. Mas a gente sempre tem aquela coisinha de que vai até os nove meses [silêncio]” (Nuvem).

“Tava preparado pra ver elas daquele jeito né [dentro da incubadora], a gente tem que ter mais cuidado né, a gente acha que se sente preparado, mas quero ver em casa, com as duas” (Céu).

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Aproximação receosa por parte dos pais ao ver Lua em fototerapia.	A aproximação ocorrerá mais facilmente quando forem orientados sobre a necessidade deste procedimento.	Explicar sobre as condições clínicas da filha; orientar sobre a necessidade da fototerapia; estimular o toque e o contato verbal; favorecer o contato diário entre a pai/mãe/filhas.
Desapontamento da mãe ao saber que Lua estava impossibilitada de ser amamentada.	Estes sentimentos serão amenizados se a mãe exteriorizar suas angústias e compreender esta necessidade.	Favorecer o diálogo para que possa expressar seus sentimentos; orientar sobre os motivos que promoveram a suspensão da amamentação; propiciar um contato mais próximo com toda equipe de saúde neonatal; estimular a

<p>Risco para desmame precoce.</p> <p>Ausência dos pais no período noturno.</p> <p>“Desorganização” o recém-nascido dentro da incubadora e aumento da luminosidade.</p>	<p>O risco será amenizado se a mãe compreender a imaturidade neurológica do bebê prematuro no processo de sucção.</p> <p>A ausência será amenizada com o comportamento de aproximação no período diurno e se mantiver o leite materno no período de ausência.</p> <p>Estes efeitos estressores serão amenizados com o cuidado dos pais e da equipe de enfermagem.</p>	<p>presença e o contato com sua filha.</p> <p>Informar sobre o comportamento dos bebês prematuros frente ao processo de amamentação; incentivar a perseverar neste processo; oferecer o uso do bico de silicone; estimular a prática do MMC.</p> <p>Dialogar com os pais sobre a importância de manter condutas aproximadoras durante o dia; incentivar o contato pele-a-pele; orientar para deixar sempre que possível leite materno para o período noturno; manter os pais informados sobre as ocorrências do período noturno.</p> <p>Manter RN “organizado” e ambiente tranquilo; evitar ruídos e manuseios desnecessários; reduzir a luminosidade direta sobre o recém-nascido; manter RN envolta por rolinhos de contenção (ninho); orientar pais e profissionais sobre a importância destas condutas e na redução dos estressores.</p>
--	--	--

3º encontro – Entre duas filhas: a difícil experiência entre múltiplos sentimentos

Neste dia cheguei próximo ao horário da primeira mamada do turno vespertino. Os pais estavam presentes e pareciam participar nos cuidados. Lua ainda não estava liberada para sugar o seio materno, mas havia iniciado leite via sonda, pois o diagnóstico de enterocolite estava descartado, ficando então confirmado o diagnóstico de refluxo gástrico-esofágico (RGE), muito comum nos bebês pré-termo, por possuírem imaturidade na válvula esofágica, que permanece aberta até que atinja a maturidade desejada e se feche. Os pais referiram estar muito felizes com a notícia e de Lua estar se alimentando novamente. A mãe referiu: *“ah, tadinha, tava com tanta fome que agora que recebeu o leite, só dorme”*.

Neste dia percebi que não tocaram sua filha Lua. Talvez estivesse relacionado ao descanso da recém-nascida, mas também poderia ser pela aparência de fragilidade frente às intercorrências apresentadas. Após terem feito o contato apenas através da observação, Nuvem e Céu se direcionaram para Estrela e mais sorridentes e entusiasmados retiraram a mesma da incubadora e trocaram-lhe a fralda.

Enquanto Céu mantinha Estrela em seus braços, Nuvem acomodou-se na cadeira, colocou o bico de silicone em seu seio, que estava sendo utilizado para facilitar o processo de amamentação, visto que Estrela encontrava-se com certa dificuldade de fazer e sustentar a pega do mamilo. Ao ver que Nuvem já estava organizada, Céu auxiliava no posicionamento de Estrela nos braços de Nuvem. A recém-nascida iniciava a sucção com uma força de surpreender e conseguia manter o ritmo. Foi um progresso rápido e inesperado; parecia que realmente só precisava de uma “ajudazinha” com o bico de silicone. Céu e Nuvem se abraçaram.

Céu procurava ser bastante ativo durante o manejo das mamadas; esperava atentamente até que terminasse o tempo de sucção de Estrela e, logo, tendo em suas mãos uma seringa e uma luva, puxou uma cadeira e se sentou de modo a receber sua filha no colo. Com a língua entre os dentes, posicionou a criança entre suas pernas que estavam aproximadas, arrumou bem a cabecinha da menina em sua direção e então, com o leite já na seringa, começou a dar o leite por sucção nutritiva. Contudo, apesar de todo esforço de Céu, não foi bem sucedido, pois seu dedo era um pouco grande para a pequena boca da filha, o que dificultava a oferta do leite. Nuvem pediu licença a seu esposo e administrou o leite para Estrela, sorrindo e dizendo: *“dessa vez não deu certo né, o dedo do papai é grande demais pra sua boquinha, diz pro pai diz que você é pequenininha [...]”*.

Ao terminarem a estressante atividade, conversamos sobre a organização da incubadora e acerca dos efeitos da luminosidade sobre o bebê pré-termo. Minha intenção era a de sensibilizá-los para que compreendessem a importância do ambiente de permanência das crianças e a melhor maneira de dialogar foi comparando com o ambiente intra-uterino. Percebi que os pais logo passaram a colocar em prática as sugestões de organização da filha na incubadora, colocando-a dentro do “ninho”. Juntos, posicionavam o dispositivo de tecido escuro sobre a incubadora e se retiravam quase na ponta dos pés. Observei a saída do casal, que se despediu sem lembrar de que haviam “combinado” de colocar as meninas na posição canguru. Certamente, naquele momento, tal atividade tinha cedido lugar a outras aprendizagens igualmente significativas. Em razão disto, fiz questão de permanecer em silêncio, apesar de sentir-me ansiosa como “enfermeira”, já que avaliava que as condições “clínicas” daquela

gemelar eram extremamente apropriadas para o contato pele-a-pele. Aprendi, entretanto, como os pais, outros caminhos igualmente significativos. De qualquer modo, meus “insights” teóricos me levaram a identificar que todas as atividades e condutas que os pais estavam tendo eram fortalecedoras em relação à formação do apego... ao menos, por enquanto, com a gemelar Estrela. Minha intuição dizia que precisávamos estar mais atentos à aproximação com Lua.

Fiz os registros que julgava necessário para a continuidade do processo, troquei informações com a enfermeira e sua equipe, sobre o casal e suas filhas, e me retirei.

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Aproximação receosa por parte dos pais ao ver Lua em fototerapia.	A aproximação ocorrerá mais facilmente quando receberem informações sinceras sobre o tipo de tratamento.	Continuar a estimular o toque e o contato verbal; favorecer o contato diário entre a tríade.
Ausência dos pais no período noturno.	A ausência será amenizada com o comportamento de aproximação no período diurno e com a continuação da rotina de ordenha do leite materno, a fim de compensar o período de ausência.	Reforçar as orientações sobre a importância dos pais manterem condutas aproximadoras durante o dia; continuar a incentivar o contato pele-a-pele; estimular a deixar sempre que possível leite materno para o período noturno; manter os pais informados sobre as ocorrências do período noturno.
“Desorganização” da RN dentro da incubadora e aumento da luminosidade.	Estas condições serão revertidas com a participação dos pais no cuidado.	Incentivar pais a organizarem o ambiente de descanso das filhas; favorecer pouca ou nenhuma luminosidade direta sobre as crianças; reforçar os efeitos estressores destes estímulos.
Lua com refluxo gastro-esofágico (RGE).	As conseqüências do RGE serão amenizadas após pais terem sido orientados com os cuidados específicos.	Orientar pais sobre o RGE; demonstrar a melhor posição para a recém-nascida; demonstrar os movimentos e expressões faciais indicativos de desconforto/dor; estimular o leite materno exclusivo; incentivar a posição canguru.
Entusiasmo por Lua ter iniciado dieta.	Este sentimento se fortalecerá se a mãe mantiver maior contato com a RN e favorecer o aleitamento materno.	Estimular mãe a permanecer próxima de sua filha em todos os horários de dieta; propiciar a administração de leite materno; evitar oferecer leite artificial na ausência materna.

<p>Risco para a formação do apego.</p>	<p>O risco será diminuído se os pais continuarem a manter relações estreitas com Estrela e iniciarem o contato mais aproximado com Lua.</p>	<p>Reforçar as orientações referentes às vantagens do MMC; estimular o contato pele-a-pele entre as mamadas e/ou nos horários que os pais julgarem ser oportunos; orientar sobre as fragilidades e individualidades de Estrela e Lua.</p>
---	--	--

4º encontro – Posição canguru como estratégia na estabilidade clínica e emocional

Neste dia à tarde, percebi o quanto Lua e Estrela estavam agitadas. A fototerapia de Lua havia sido suspensa. Os pais apenas observavam e teciam comentários sobre a inquietude de suas filhas. Nuvem, em seu desabafo, referia estar extremamente cansada com toda a função que está tendo que exercer.

Lua recebeu leite por gavagem, tendo a seringa segurada por seu pai, enquanto a mãe, do outro lado da incubadora, observava e fazia o toque parado sobre sua cabeça. Durante a administração do leite, Lua estava inquieta e devido a isso, fazia pressão gástrica que resultava no retorno do leite. Pedi calma aos pais e sugeri que aguardássemos que a mesma se recuperasse, enquanto explicava o acontecido aos pais.

Durante este período, Nuvem colocou Estrela pra mamar, mas ela também estava agitada, não querendo sugar. Sua pequena e franzina face girava de um lado para o outro, ininterruptamente. Vagarosamente, procurei me aproximar e sugeri que a mão de nuvem tocasse com carinho a face de Estrela que, ao perceber o afago, logo encostou seu rosto no peito da mãe. Entretanto, logo que Nuvem se afastou um pouco, a menina retornou à expressão inicial. Céu, que prestava atenção à situação, suspirou profundamente, revelando ansiedade. Frente à inquietude nas meninas perguntei se não gostariam de “testar” a colocação das mesmas, pele-a-pele. Argumentei, procurando transmitir-lhes segurança na voz e nos gestos, que se Estrela e Lua não se acalmassem, voltaríamos a tentar o aleitamento do modo tradicional, como estávamos fazendo. O restante do leite de Lua seria infundido durante a prática do MMC.

Céu e Lua, quase que de imediato, colocaram as gêmeas em meus braços, dirigindo-se ao vestiário para a troca de roupa. Retornaram num breve período, apenas com o avental da unidade. Enquanto isso, organizei o espaço, colocando duas cadeiras entre as incubadoras, pois percebi que desta forma a família toda permaneceria bem próxima.

Primeiramente posicionei Lua em contato com sua mãe e esta, de imediato, apresentou eructação que foi percebida por todos, havendo alívio em seu desconforto gástrico. Adaptei a seringa com leite na sonda e Lua terminou de receber sua dieta tranquilamente. Céu e Lua se entreolhavam sorridentes, quase incrédulos com a resposta instantânea da filha.

A seguir, retirei Estrela da incubadora e coloquei em contato com seu pai, que assim como Lua, deu resposta positiva imediata. Céu tremia envolvendo Estrela em seus braços.

A família permaneceu neste contato por uma hora e então Céu e Nuvem saíram, pois tinham que ordenhar o leite para a próxima mamada. Retiraram-se da unidade abraçados e visivelmente satisfeitos e animados.

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Agitação das recém-nascidas.	As recém-nascidas irão se tornar mais calmas e tranquilas se estiverem em ambiente propício, conseguirem se adaptar na incubadora e mantiverem o contato pele-a-pele.	Estimular os pais a praticar o MMC; incentivar o cuidado e a aproximação com ambas as filhas.
Ausência dos pais no período noturno.	A ausência será amenizada com o comportamento de aproximação no período diurno e se mantiver o leite materno no período de ausência.	Reforçar as orientações sobre a importância dos pais manterem condutas aproximadoras durante o dia; continuar a incentivar o contato pele-a-pele; estimular a deixar sempre que possível leite materno para o período noturno; manter os pais informados sobre as ocorrências do período noturno.
Risco para a formação do apego.	O risco será diminuído se os pais continuarem o contato pele-a-pele com suas filhas.	Reforçar as orientações referentes as vantagens do MMC; estimular o contato pele-a-pele entre as mamadas e/ou nos horários que os pais julgarem ser oportunos; orientar sobre as fragilidades e individualidades de Estrela e Lua.
Cansaço físico e mental da mãe.	O cansaço físico poderá ser amenizado com o descanso noturno e com a introdução e manutenção da posição canguru. O esgotamento mental poderá ser reduzido	Reforçar o benefício do MMC, inclusive para o descanso da mãe; oferecer serviço de apoio psicológico; incentivar a participação nas oficinas realizadas pelas voluntárias; estar disponível para o diálogo franco e

	facilitando os sentimentos maternos e realizando atividades manuais.	aberto.
--	---	----------------

5º encontro – Ambivalência dos sentimentos materno e paterno no cuidado às recém-nascidas

Já, pela manhã, percebi novas mudanças. Estrela havia sido colocada em berço comum, estava com sono tranqüilo e aconchegada. Lua permanecia na incubadora e apresentou uma piora do quadro clínico. Teve importante intolerância gástrica, com vários episódios de vômito. No período foi realizada coleta de sangue para exames laboratoriais, adaptado SOG aberta, em sifonagem, puncionado acesso periférico para administração de antibiótico e feito RX.

Durante todos estes procedimentos os pais estavam ausentes. Procurei informações sobre a presença deles na unidade, porém a equipe informou que até o momento não haviam comparecido. Resolvi dar uma volta na maternidade, na esperança de encontrá-los, mas realmente não se encontravam na área hospitalar.

Retornei à unidade e procurei ao máximo estar próxima de Lua, que aparentava fragilidade e tremores. Ao cessarem as intervenções, aproximei-me devagar e, através do toque contido e de palavras suaves, fui acalmando-a e minimizando sua dor frente a tantos estímulos.

Os pais chegaram à neonatologia por volta das 10 horas e assim que entraram na sala onde suas filhas se encontravam, Céu e Nuvem foram abordados pela médica do plantão, que informou sobre todas as ocorrências durante a ausência dos mesmos. Nuvem mostrou-se calma e um tanto indiferente frente à situação, enquanto Céu ficou mais apreensivo e procurou obter mais informações sobre a gravidade de sua filha. Assim que me viu, procurou conversar sobre o ocorrido.

Neste dia, a atenção ficou voltada quase que exclusivamente para Estrela, que encheu de lágrimas os olhos de seus pais quando a viram fora da incubadora. Lua recebeu apenas uma visita rápida. Não quiseram colocar as meninas em posição canguru, ficaram restritos em somente pegar Estrela no colo e lhe dar alguns carinhos. Conversei com os profissionais da equipe neonatal no sentido de não forçarmos a participação e, caso concordassem, nem mesmo a aproximação física. Céu e Nuvem

permaneceram mais tempo fora da unidade do que propriamente dentro da mesma. Procurei respeitar a decisão e coloquei-me à disposição para conversarmos sobre seus sentimentos. Os pais lembraram a experiência com o “canguru” e se motivaram com as lembranças. Nuvem também referiu que este contato pele-a-pele teve seu início no décimo dia de vida de Estrela e Lua.

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Intolerância gástrica de Lua.	A recém-nascida terá sua função gástrica melhorada se for oferecido com exclusividade o LM e for mantida em decúbito prono.	Estimular os pais a praticar o MMC; incentivar Nuvem a ordenhar o LM no momento das mamadas.
Ausência dos pais durante estímulo doloroso de Lua.	A presença dos pais durante o estímulo ou após, proporcionaria mais conforto a Lua.	Reforçar a importância da presença efetiva dos pais próximos à filha; orientações sobre a importância dos pais manterem condutas aproximadoras e de conforto durante e após o estímulo doloroso, tais como o contato pele-a-pele, sucção nutritiva, dentre outros.
Risco para a formação do apego.	O risco será diminuído se os pais permanecerem mais tempo na unidade neonatal e aumentarem a frequência do contato pele-a-pele com suas filhas.	Reforçar as vantagens do MMC; estimular o contato pele-a-pele entre as mamadas e/ou nos horários que os pais julgarem ser oportunos.

Avaliação do Modo de Autoconceito

Reação ao ingressarem no Método Mãe-Canguru

No décimo dia após o nascimento Estrela estava pesando 1.780g, apresentava condições clínicas estáveis e não fazia uso de aparelhos, enquanto Lua pesava 1.630g, apresentava condições clínicas instáveis, fazia uso de oxímetro e tinha instalada uma sonda naso-gástrica que em algumas oportunidades era utilizada para dieta e em outras, permanecia em sifonagem. Percebi que o nível de satisfação dos pais variou com relação às filhas. Com Lua este contato pele-a-pele parecia ser quase sempre um pouco mais inseguro, em decorrência da sua instabilidade clínica. Já, com Estrela, tudo

parecia acontecer de forma mais segura e dedicada. Porém, quando eram efetivamente aproximados das duas, aparentavam ar de satisfação, mas ainda não tinham iniciativa para colocar em contato pele-a-pele. Contudo, em variados momentos, expressavam seus sentimentos e satisfações frente a possibilidade de estarem colocando suas pequeninas em posição canguru nas seguintes falas:

“a mesma coisa que estar sentindo elas dentro da gente, acho que o toque da nossa pele, assim, deixa elas quentinhas e tranqüilas. Elas ficam calmas, é maravilhoso. Antes de conversar contigo a gente tinha medo de tirar da incubadora. Outra coisa que atrapalha um pouco é o fato de ter que ordenhar. Quando elas mamavam rapidinho, até dava. Às vezes achava que nem adiantava colocar só meia horinha, toda aquela função de tira roupa, bota roupa [...], mas agora eu sei que vale à pena. Em casa vou ter bastante tempo e se Deus quiser vou fazer” (Nuvem).

“Achei muito legal, elas ficam bem calminhas. Às vezes a Nuvem tava dando de mamar para uma e eu já tava com a outra no peito. Isso ajuda a acalmar aquela que está com fome. Depois a gente trocava e aquela que já tinha mamado arrotava na posição canguru e já dormia. Acho que elas gostam muito. Gostei porque elas ficam bem tranqüilinhas, calminhas, é diferente [...], é uma sensação boa [gesticula com a cabeça em sinal positivo]. Me fez bem, ver que quando elas tavam comigo ficavam mas calminha do que na incubadora. A gente coloca nessa posição [demonstra como segura a filha quando na posição canguru], elas ficam bem melhor, pra mim é bom” (Céu).

Alguns comportamentos apresentados pelos pais ainda me geravam inquietudes, principalmente no que dizia respeito às diferenças que faziam no modo de aproximação entre Estrela e Lua. Quando eu ou outro profissional de saúde da equipe neonatal nos referíamos à Estrela, demonstravam satisfação e orgulho pelo desempenho que a mesma estava tendo. Ao falar de Lua, entretanto, percebia que o interesse não era tão significativo e que pouco se dedicavam às questões que a envolvessem. Levava a pensar que estas reações eram o reflexo dos medos e incertezas dos pais perante a instabilidade clínica que gerava dúvidas com relação a sua sobrevivência. Este medo da perda levava a um distanciamento inconsciente ou talvez até mesmo consciente de Nuvem e Céu com relação à Lua. Aproveitei o ambiente

propício e conversamos sobre como se sentiam ao estarem próximos, ao prestarem os cuidados e quais as dificuldades que estavam sentindo. Deste modo estaria avaliando o modo de função do papel e indiretamente, obtendo algumas respostas que ainda não estavam claras do ponto de vista do processo cuidativo.

Avaliação do Modo da Função do Papel

Sentimentos com relação às filhas

“Tô fazendo tudo para elas; o que a mãe faria por um filho. Tô aprendendo a dar o melhor, o sentimento é muito forte, acho que daria minha vida por elas” (Nuvem).

“Ah! é muito bom, a gente quase não tem palavras, né? Dá trabalho, mas vai passar esta fase!” (Céu).

Desejo de tocarem nas filhas

“Com a Lua acho que tenho medo, pelo fato de estar com sorinho, tenho medo de fazer mal, sinto bastante peninha. Via ela sugar a mão e não poder receber o leite...me cortava o coração e eu não conseguia tocar nela. Com a Estrela é diferente, ela só tá ali para ganhar peso, é mais fácil da gente chegar. Para a gente agüentar a situação da Lua e superar, a gente arranca forças da Estrela...para agüentar e ter força para ver a Lua daquele jeito! Tenho vontade de tocar na Lua, mas tenho muito medo” (Nuvem).

“Quando elas estavam na incubadora, eu tava preparado para só olhar e pouco tocar, por que elas eram prematuras e já sabia que ia ser assim, que iam ficar meses lá dentro, mas logo, logo já vão sair. No bercinho é diferente, ela tá lá, tá ali, mais perto, diminui a distância” (Céu).

Vontade e sentimentos de participarem nos cuidados com as filhas

“É uma coisa maravilhosa, me senti nas nuvens em dar de mamar, tirando a gravidez e as gracinhas que elas fazem, a melhor coisa é a amamentação. Aprendi tudo muito rápido, dei banho sozinha, elas [referindo-se à equipe de enfermagem], ficaram só olhando. O que aprendi foi dar banho, amamentar e dar o complemento pela sonda e via oral, acho muito importante. Quando chegar em casa, tô craque fazendo tudo isso! [expressão de felicidade e confiança]” (Nuvem).

“Legal, né! A gente tá aprendendo. Vocês mostraram tudo como tem que fazer, é tranqüilo. Já me sinto mais pai. Estou achando tranqüilo, ajudo a Nuvem a dar o complemento, troco fraldas, só de xixi [risos], coloco para arrotar. Tô conseguindo. Tenho que ajudar, são duas, né!” (Céu).

Expectativas de contribuição da equipe de enfermagem a fim de exercer o papel de pais na prática do MMC

“Na verdade vocês me ensinaram no começo... depois eu quero fazer tudo sozinha, tenho que me virar. Em casa só vou ter o Céu pra me ajudar. Mas a equipe é ótima, sempre que preciso me ajudam” (Nuvem).

“Aprendi tudo com vocês. Agora sei que vou conseguir ajudar Nuvem quando estiver em casa” (Céu).

Dificuldades sentidas ao desenvolverem o papel de pais

“Consegui me aproximar desde o começo; acho que é instinto de mãe. Até agora estou agindo natural, mas não aprendi ainda quando elas choram de cólica ou de outra coisa” (Nuvem).

“Está sendo tão difícil quanto quando fiquei sabendo que ia ser pai; fiquei uma semana bem sem saber o que ia fazer. Liguei pra mãe direto, falando com a mãe. O susto aumentou quando fiquei sabendo que eram dois, aí fiquei mais uma semana, depois já fiquei conformado. Mas agora é aceitar né! A gente tava só namorando há dois anos, mas [silêncio], é bola pra frente” (Céu).

Estímulos que facilitaram a aproximação e interação precoce com as filhas

“Acho que tudo né, desde a amamentação, banho, tudo facilita. Principalmente quando foi para o berço. Na incubadora parece uma barreira, no berço não, eu posso beijar, pegar [...]. Quanto mais proximidade, melhor” (Nuvem).

“Todo o pessoal conversando, mostrando, incentivando a gente a fazer, e o contato pele-a-pele também” (Céu).

Em alguns momentos de nossa conversa, comentava com o casal, dizendo que percebia uma aproximação mais efetiva com Estrela e um pouco menos com Lua; comportamentos estes apresentados principalmente pela mãe. Mas, neste desabafo de Céu e Nuvem, compreendi que era pelo fato de Lua estar instável, pois seria muito mais fácil aceitar o luto de um bebê em que houve o desapego, do que por aquele em

que foi dedicado tempo e atenção. Outro sentimento expresso por Nuvem é pelo fato de Lua aparentar extrema fragilidade e os momentos de descanso serem vitais à sua sobrevivência, por isso evitava tocar, acariciar e aconchegar.

Durante o diálogo reforçava a relevância de interagirem com Lua, realizando contato verbal e não verbal; precisavam mostrar à ela que, independente de instabilidade atual, os pais a encorajavam a seguir e lutar pela vida. Informei também que, apesar de, em alguns momentos, ter sido necessária a suspensão do leite materno, levando-a ao “sorinho”, Lua estava ali e certamente precisava da atenção dos pais. Enfatizei que a presença dos dois era indispensável para sua sobrevivência e que a equipe, embora estivesse atenta, não poderia, em momento nenhum, substituir o amor e o afeto dos pais. Durante esta conversa várias vezes percebi lágrimas nos olhos de Céu e de Nuvem. Seus semblantes, ao final, pareciam traduzir sentimentos de alívio. Sugeri que Nuvem voltasse a ficar à noite no hotelzinho, pois uma vez que Lua estava apresentando intolerância gástrica, seria melhor que a mesma sugasse no seio e não precisasse receber leite artificial, que demora mais a fazer digestão. Nuvem concordou e foi procurar a assistente social para pleitear uma vaga.

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Pais receosos frente a instabilidade clínica de Lua.	Este sentimento irá se amenizar quando os pais compreenderem melhor seus papéis, o estado clínico da filha e tiverem segurança nos cuidados prestados pela equipe neonatal.	Favorecer a aproximação entre pais e filha; manter os pais informados sobre o estado de saúde da recém-nascida; estimular os pais a fazer contato verbal e não verbal; inserir os pais no cuidado; encorajar a praticar o MMC.
Risco para a formação do apego com Lua.	O risco será diminuído se os pais permanecerem mais tempo no hospital e se continuarem o contato pele-a-pele com suas filhas.	Incentivar a permanência no hospital por um período maior; estimular o contato pele-a-pele entre as mamadas e/ou nos horários que os pais julgarem ser oportunos.
Interesse materno de voltar a alojar-se no “hotelzinho”.	A permanência em tempo integral na maternidade trará benefícios no ganho de peso das recém-nascidas e aproximará a Mãe de sua filha Lua.	Elogiar a decisão; encaminhar à assistente social para verificar a possibilidade de vaga no “hotelzinho”.

6º encontro – O esforço de Nuvem para assumir os cuidados com as filhas gemelares

Percebi novas mudanças no dia de hoje, ao chegar na unidade, no período vespertino. Estrela continuava evoluindo bem, em berço comum e recebendo leite materno intercalado com leite artificial quando da ausência materna. Estava tendo ganho de peso diariamente, sem perdas intercaladas. Já, Lua, obteve grande sucesso no seu quadro clínico, que apesar de estar mantendo venopunção periférica, voltou a sugar o seio materno e agora se encontrava também em berço comum. A mãe, Nuvem mostrava-se mais disposta e confiante na recuperação de Lua. Repete que acredita, a cada dia, em sua melhora. Diz que estava com muitas esperanças de receber alta na próxima semana. Pergunto sobre seu esposo e ela responde que Céu precisou voltar a trabalhar, mas no final da semana retornará. *“Sinto muita falta dele, ele é muito companheiro, me ajuda a ordenhar, e olha que isso não é fácil, estou muito feliz”*.

Neste dia acompanhei de perto todos os movimentos de cuidado estabelecidos por Nuvem com relação às filhas e percebi que procurava expressar seus sentimentos e conversar com elas. A certa altura, olhou-me e disse: *“olha, hoje pela manhã eu fiz canguru e elas gostaram, vou fazer mais vezes. A Lua não vomitou nenhuma vez, tá ficando melhor, vou seguir suas dicas, estão dando certo”*

Quando terminou os cuidados de higiene e de amamentar as meninas, Nuvem estabeleceu trinta minutos de contato pele-a-pele com cada uma. A seguir, fomos até a CIAM, tendo desta vez que ordenhar sozinha, pois seu esposo estava ausente e era quem fazia esta prática. Mas Nuvem soube se virar bem e comentou que havia conseguido leite no hotelzinho e iria ficar esta semana para amamentar Estrela e Lua em todos os horários.

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Aumento da independência materna no exercício do processo de cuidar das filhas.	Os sentimentos de fortalecimento do papel materno serão reforçados sempre que Nuvem exercitar o contato íntimo com as filhas.	Estimular o contato pele-a-pele e proporcionar momentos em que Nuvem fique mais independente da equipe para realizar os cuidados rotineiros na unidade.

Sentimento de tristeza de Nuvem, frente a ausência de Céu.	Este sentimento reduzirá Nuvem compreender a necessidade de manter uma estabilidade financeira.	Estimular sua participação nas oficinas de trabalhos manuais e de sua presença mais efetiva na unidade neonatal.
--	---	--

7º encontro – A motivação demonstrada ao perceber-se protagonista do papel materno

Neste dia cheguei ao hospital pela manhã muito ansiosa para saber como havia sido a noite com a presença de Nuvem na unidade e, para minha satisfação, Estrela e Lua sugavam o seio materno em todas as mamadas, não fizeram uso de leite artificial, sendo que Lua tolerou muito bem a dieta.

Observei que havia registros no prontuário apontando que a mãe havia “feito canguru” em diversos momentos com as filhas. Elogiei Nuvem, que já se encontrava na unidade, e ela logo comunicou que as meninas haviam recebido a visita da avó materna. Disse: *“estou feliz por tudo, mas sabe pelo que mais? Tive a oportunidade de mostrar pra mãe que eu já consigo ser mãe e que cada dia me sinto mais amadurecida... principalmente pelo incentivo que tenho recebido da enfermagem.*

Percebi, com seus depoimentos espontâneos, que Nuvem estava internalizando o papel materno e adquirindo segurança progressiva no cuidado com as gemelares. A cada interação que tinha com ela, ficava mais forte a percepção de que para ela, o valor da maternidade estava muito ligado à responsabilidade para com as filhas e ao seu efetivo desempenho em cada um dos cuidados prestados às crianças. Por outro lado, os dados levantados com relação à Estrela e Lua mostravam que ambas estavam mais calmas, serenas, com sono tranquilo e quase sem interrupções, aconchegadas, mantendo a temperatura corporal, sugando efetivamente, ganhando peso e mantendo-se com seus sistemas fisiológicos estáveis.

A presença materna em todos os períodos para realizar o processo da amamentação e a realização do contato pele-a-pele fez com que Lua se mantivesse estável e tanto Lua quanto Estrela adquirissem o peso necessário para receber alta hospitalar e pudessem ingressar na terceira etapa do MMC.

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
Reforço no desempenho do papel social.	Sua auto-estima aumentará ainda mais, caso seja facilitada sua permanência na unidade, desenvolvendo cuidados diretos às prematuras.	Auxiliar no desenvolvimento da confiança e competência para cuidar das filhas; Incentivar os progressos e a presença mais constante na unidade; apoiar o processo de aleitamento para que as gemelares continuem aumentando de peso e tenham alta da maternidade.
Formação do apego em franco estabelecimento.	O vínculo mãe-filhas será reforçado a cada nova aproximação.	Elogiar a iniciativa materna no desempenho das atividades com as filhas; reforçar o contato pele-a-pele.

8º encontro – Avaliando o estabelecimento do vínculo pais-filhas

No início da tarde os pais já estavam presentes na CIAM, realizando a ordenha do leite. Céu retornou para Florianópolis e logo assumiu todas as suas “funções” como companheiro e pai, conforme seus próprios valores. Nuvem refere ter diminuído a produção láctea e não estar conseguindo leite para o complemento das duas. Diz que Estrela mama no peito e depois recebe complemento de leite artificial e que Lua suga no seio e recebe o complemento de leite materno, pois acha melhor dar seu leite para Lua que às vezes apresenta episódios de vômito, a dar para Estrela, que está bem e tolera o leite artificial.

Lua teve perda de peso, mas estava relacionado com o fato de ter iniciado sucção na mama e ainda apresentar alguns episódios de êmese. Frente à atual situação e percebendo que os pais continuavam com reações positivas, apesar das intercorrências, incentivei-os novamente a colocarem as meninas em contato pele-a-pele.

Enquanto Nuvem estava amamentando Lua, Estrela estava em posição canguru com seu pai; trocavam carinhos e olhares. As crianças aconchegavam-se, sentiam a proteção. Percebia que, apesar de o MMC não estar sendo efetivo e contínuo – em face das circunstâncias volúveis das condições físicas das recém-nascidas –, o processo parecia ser prazeroso para toda a família.

Aproveitamos e conversamos um pouco sobre como estavam se sentindo frente ao processo de amamentação, os sentimentos de apego e como sentiam a distância

quando Céu retornava para o trabalho. Assim, pude compreender melhor todas as atitudes e perceber a evolução que os pais tiveram até o dia de hoje.

Quanto à reação da mãe frente ao estímulo de sucção, é notável sua evolução. No primeiro contato da mesma com Lua, houve meu auxílio, e no segundo, contou com o auxílio de uma Técnica. Em ambas as oportunidades, observou atentamente os procedimentos realizados para a promoção da pega, qual a melhor posição para o bebê, dentre outras. Na mamada seguinte, Nuvem, por iniciativa própria, posicionou a menina em seu colo, conversou com ela e então, procurando seguir as orientações sobre os procedimentos para facilitar a pega e a sucção da criança, ofereceu a mama com alguma desenvoltura. Mostrava sinais de alegria e satisfação: *“sem palavras! É uma coisa que a gente se sente bem, é a melhor parte saber que elas estão se alimentando da gente e ganhando peso por causa da gente”* (Nuvem).

Após Nuvem ter amamentado suas filhas, Céu entrava em ação e oferecia, através de sucção nutritiva, o complemento alimentar. No começo era um pouco desajeitado, mas com o tempo, tornou-se habilidoso: *“acho que a Nuvem tá gostando muito de dar o peito. Eu ajudo a dar o complemento, é bom. No começo, às vezes era um pouco difícil por que o meu dedo era muito grande pra boquinha delas, mas agora já peguei o jeito”* (Céu).

Quando perguntei como se sentiam como pais e se achavam que haviam conseguido manter uma relação de apego, responderam:

“dentro da barriga a gente tá conversando com elas mas não sabe como é. Melhora a relação depois que nasce. Antes gostava, só que agora é mais....conheci, peguei afeto. Tudo muda, me sinto mais segura e preparada para criar elas. Agora, aqui, já sinto que estou bem preparada para ser mãe” (Nuvem).

“Sinto muito amor por elas; agora são três na minha vida. Tomara que logo elas possam ir embora. No começo, quando elas nasceram, eu não via as meninas como minhas, sabes? Sei lá, eu gostava e tudo, porque sabia que era pai e porque queria ter filhos, mas era ainda assim, distante. Elas nem bem gente eram...eram doentinhas, pequenas, frágeis, quase nada... mas agora é diferente... eu peguei amor. Não troco por nada! É uma sensação maravilhosa. Espero que a Lua fique bem para poder receber alta, porque a Estrela já está em condições de alta, mas falta ela também.

Tem que sair as duas juntas, né? Só estou preocupado com a Nuvem né, por que já tá aqui há algumas semanas, ela fica cansada e eu vou ter que voltar a trabalhar na outra semana. Ela tem que ser bem forte para cuidar das meninas. A Estrela tá bem, mas a Lua perdeu peso, tá mais difícil, aí eu fico preocupado” (Céu).

“Céu faz muita falta! Sorte é que fica pouco tempo longe. Ele me ajuda a ordenhar, dá complemento, faz canguru. Sabe que ordenhar cansa um monte!!! mas logo, logo, ele volta” (Nuvem).

“Trabalho direto pra poder voltar” (Céu).

DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO
<p>Participação efetiva de Céu no processo de amamentação.</p> <p>Formação do apego em franca expansão.</p> <p>Preocupação dos pais diante da perda de peso da filha.</p>	<p>Sua participação torna-se cada vez mais intensa ao sentir-se útil no sentido de realizar ordenha manual, bem como ao estimular sucção nutritiva e não-nutritiva.</p> <p>A formação do apego se fortalece pela constância dos cuidados e do contato pele-a-pele.</p> <p>Estes sentimentos irão tornar-se suportáveis se os pais compreenderem que agora a criança necessita sugar vigorosamente o seio para conseguir o alimento e comprovarem que outros pré-termo, em situação semelhante, também apresentam o mesmo déficit passageiro.</p>	<p>Apoiar suas ações e elogiá-lo perante sua esposa e filhas.</p> <p>Continuar promovendo o casal como responsáveis pelos cuidados das filhas, elogiando seus esforços e ajudando-os na manutenção do contato pele-a-pele sempre que desejarem.</p> <p>Dialogar com os pais, promovendo que exteriorizem seus sentimentos; explicar o mecanismo de produção e drenagem mamária e a fisiologia da deglutição da criança pré-termo; apresentá-los a outros pais que vivenciam situações semelhantes, incentivando a dialogarem sobre o assunto; mostrar a curva de ganho e perda de peso de outros recém-nascidos que apresentam situações similares e estejam em processo de transição da forma de alimentação.</p>

9º encontro – A interdependência familiar: caminhos para a alta

Neste dia meu objetivo era ir até a unidade neonatal e ficar apenas como expectadora, evitando intervir na rotina estabelecida pela família de Nuvem e Céu, registrando como se portavam e como aconteciam as relações afetivas. Ambas as recém-nascidas já estavam de alta, cuja efetivação deveria ocorrer na próxima semana.

Passei a maior parte do tempo, tanto no período vespertino, quanto noturno, “ao lado” da família, sem tomar iniciativas e transferindo esta responsabilidade para o casal. A observação do modo de interdependência familiar mostrava-se bastante promissor.

Avaliação do Modo de Interdependência

Interação dos pais com as recém-nascidas

Observei em todos os momentos o casal. Por uma semana, Nuvem permaneceu no hospital, ininterruptamente, durante as 24 horas do dia e Céu, somente durante o dia. Enquanto Céu estava junto de Nuvem, a presença era mais efetiva nos horários das mamadas e nos cuidados de higiene e conforto. Em alguns momentos, a frequência era maior, pois praticavam o MMC de modo intensivo, principalmente agora, quando o momento da alta se avizinhava.

Forma de toque: No início o casal realizava o toque em forma de carícias, porém, após ter sido orientado sobre a técnica do “toque parado” e de ter efetivamente comprovado que os bebês pré-termo e/ou de baixo peso reagem mais positivamente à técnica, passaram a realizá-lo. Em contato pele-a-pele, aconchegavam suas filhas com uma mão nas costas e a outra na cabeça das recém-nascidas.

Expressão oral: Nuvem buscava fazer o contato através da fala, quase sempre em forma de perguntas e respostas, como se tivessem tendo um diálogo, com entonação suave e carinhosa. Céu, por sua vez, é de poucas palavras, não modifica a sua maneira de falar, apenas usa tom baixo, parecendo não querer assustar.

Contato olho-a-olho: tanto Nuvem quanto Céu buscavam sempre estar muito próximos e observavam atentamente as expressões faciais apresentadas por suas filhas. Porém, mesmo ambos despendendo atenções, Céu neste sentido era mais observador e procurava olhar mais próximo, enquanto Nuvem estava mais para o desempenho das ações cuidativas.

Emparelhamento: o processo de aproximação foi mais facilitado com Estrela, pois esta, desde seu nascimento, não apresentou instabilidade e permanecia na unidade apenas para ganhar o peso necessário para a alta hospitalar. Enquanto com Lua este processo foi mais dificultoso. Os pais, receosos pela sobrevivência da recém-nascida, evitavam apegar-se. Contudo, após várias conversas e alternativas de aproximação, foi possível manter próximos pai, mãe e filha. Ao ingressarem no MMC os pais

perceberam os benefícios e se sentiram mais confiantes voltando a apegarem-se com Lua.

Relacionamento entre os pais: havia muito companheirismo entre o casal. Era perceptível o carinho, o respeito e a cumplicidade em todos os momentos vivenciados. Céu procurava sempre envolver-se nos cuidados, não só das filhas, mas também se concentrava nas necessidades da companheira. Parecia ter assumido por completo a sua nova constituição familiar.

Manifestações apresentadas pelos pais ao ouvirem o choro das filhas: em alguns momentos era dispensada a atenção imediata, em outros aguardavam um pouco para ver até quando ia o choro. Quando Estrela chorava, geralmente relacionavam à fome, mas quando era Lua, pensavam ser alguma dor.

Manifestação do desejo de colocarem as recém-nascidas em contato pele-a-pele: no começo foi dificultoso ingressar a tríade no MMC, devido à rotina estabelecida pelo casal e de certa forma “imposta” pelo sistema hospitalar, como o empenho da díade em ordenhar o leite materno em volume suficiente para as duas filhas; o cansaço por não estarem conseguindo ter um local adequado para repousarem; dentre outras, porém com o passar do tempo, percebendo a instabilidade clínica de Lua, passaram a fazer com um pouco mais de frequência. Porém, não foi atingido o ideal que esperávamos, mas o importante é que durante o contato pele-a-pele, os pais se entregavam de “corpo e alma” àquele momento.

Modo como às recém-nascidas eram seguradas no momento de interação com os pais (“holding”): de forma segura e afetuosa. Gostavam muito de pegar no colo e fazer mimos.

Forma com que aconteciam as trocas afetivas: utilizando como via os cuidados de rotina e no modo de aproximação, através do toque e da fala.

Modo como os pais percebiam a relação afetiva com suas filhas desde o nascimento até o momento que ingressaram no MMC: *“eu sempre gostei de estar próxima delas, pegar, parecia que ficava um bebê mais parecido com os outros. O canguru é bom porque a gente sente elas bem pertinho e elas gostam. Sinto que ficou mais próximo”* (Nuvem).

“É muito legal; enquanto Nuvem dá de mamar para uma, a outra tá recebendo um colinho, não chora e fica calminha esperando a vez. É muito bom poder ajudar elas ficarem bem” (Céu).

Interação das recém-nascidas pré-termo com os pais

Comportamento/manifestações das recém-nascidas ao ouvir a voz dos pais: Estrela ficava alerta, observadora e fazia movimentos corporais. Lua abria os olhos, observava e voltava a fechá-los. Pouco realizava expressão facial ou movimentos corporais.

Expressões manifestadas pelos bebês ao serem tocadas por seus pais: Estrela, ao receber carícias, parecia gostar, mas logo apresentava movimentos corporais descoordenados e Lua ficava agitada e inquieta quando recebia carinho em forma de carícias. Ambas, ao receberem o toque contido ou estando em contato pele-a-pele, demonstravam harmonia e satisfação. Ficavam calmas e logo relaxavam e dormiam.

Reações dos bebês ao serem colocadas em contato pele-a-pele com seus pais: tanto Estrela quanto Lua iniciavam o contato alertas e, ao sentirem-se relaxadas e seguras, costumavam ficar por um período acordadas, principalmente Lua, e depois dormiam.

10º encontro – Encerrando o processo cuidativo com a família de Nuvem e Céu

Este foi nosso último encontro antes das recém-nascidas receberem alta hospitalar, que estava prevista para o dia 03/11/2005. Como neste dia eu não estaria presente em virtude de estar participando do Congresso Brasileiro de Enfermagem realizei, juntamente com os pais, uma avaliação bidirecional dos nossos encontros e, quem sabe, desencontros também. Céu não pôde estar presente, pois estava em sua cidade à serviço. Nesta ocasião, reuni Nuvem e Rosa (outra participante deste estudo que teria alta no mesmo dia), para fazermos um encerramento de nossos encontros.

Nuvem iniciou agradecendo todo esforço e paciência que tive, em especial com ela, e por não ter julgado seu comportamento com relação à Lua: *“depois daquela nossa conversa sobre a minha dificuldade de me aproximar de Lua foi que percebi que a Lua talvez precisasse mais de mim do que Estrela e eu estava fazendo ao contrário. Obrigada mesmo por ter me mostrado o caminho”*.

Após Nuvem ter expressado seus sentimentos, eu também a agradei pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional e por tudo que aprendi no contato diário com sua família. Referi, inclusive, que a experiência vivenciada permitiu responder aos objetivos do estudo. Ao final, Nuvem abraçou-me carinhosamente e referiu que, mais do que auxiliar no meu trabalho, ela identificou que a enfermagem tem um importante papel a cumprir no cuidado às famílias que se encontravam em situações similares.

Assim, finalizou-se este processo cuidativo entre eu, Nuvem, Céu, Estrela e Lua, com a satisfação de ter aproximado e favorecido a formação do apego durante o período de internação e com expectativas futuras.

5.2 REFLETINDO SOBRE A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NO PROCESSO CUIDATIVO COM OS PAIS E SEUS RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO

No transcorrer deste estudo, desempenhei diferentes papéis, estando imbuída, em sua maioria, da função de pesquisadora, porém, por se tratar de uma investigação que envolveu uma prática assistencial, atuava como enfermeira. Mas não posso negar que algumas vezes deixava vir à tona meus sentimentos maternos e minha experiência como mãe. Em alguns momentos entrava em ação, auxiliando e favorecendo algumas práticas; em outros, ficava apenas como expectadora, observando todos os movimentos dos pais, dos bebês e da equipe de saúde neonatal. Minha atuação sempre envolveu muita negociação com os pais inseridos neste estudo, principalmente com relação à minha presença e forma de intervenção. Acredito que, deste modo, promovi a participação mais ativa e afetiva no processo de cuidar, ao mesmo tempo em que procurei garantir os direitos dos mesmos, durante todas as etapas deste percurso.

Apesar de terem poucas tríades (pai-mãe-bebê) inseridas no contexto neonatal quando iniciei o processo cuidativo, uma vez que, em sua maioria, os recém-nascidos estavam acompanhados apenas pela mãe, gostaria de enfatizar que os participantes deste estudo sempre estiveram de algum modo facilitando o desenrolar deste trabalho, ainda que, em alguns momentos, já bastante estafados pelo processo de hospitalização.

O cuidar destes sujeitos com relação à formação no apego no MMC teve altos e baixos. No começo, como na maioria dos casais que tiveram o nascimento prematuro, foi um tanto conturbado, principalmente pelos múltiplos sentimentos que afloravam tanto no homem como na mulher, necessitando mais a minha presença enquanto facilitadora deste processo. Já, quando aparentemente fortalecidos e adaptados à nova realidade, a interação entre pais e filho parecia fluir com menos entraves. Contudo, quando algo inesperado acontecia ou quando iniciavam novas etapas, como a amamentação, que exigia mais dedicação e paciência, era novamente chamada a atuar de modo mais íntimo com a família. Todo o processo cuidativo com todos os casais e recém-nascidos aconteceu desta forma, ou seja, num constante “ir” e “vir”, que me parecem ser característicos de jornadas vitais como esta, repleta de ansiedades, medos, incertezas e intensos períodos de incongruências sentimentais.

Assim, procurei seguir sempre o tempo de cada um dos sujeitos envolvidos, uma vez que apesar das nossas relações terem sido sempre permeadas por respeito e empatia, Ribeiro (2005, p. 57) destaca que “o tempo para a interação é fundamental, pois sem tempo não há vínculo; é ele que possibilita a realização dos elementos intersubjetivos”.

As teorias adotadas para este empreendimento profissional e científico me facilitaram fazer um desenho do meu dia-a-dia no contexto neonatal, de modo bastante próximo aos participantes. A teoria do apego me fez perceber os aspectos mais subjetivos desta proposta, mergulhando em um universo pouco trabalhado pelas enfermeiras, inclusive por mim, que é o da psicologia do desenvolvimento, que nos faz compreender cada estágio que os casais vivenciam ao se tornarem pais prematuros e um tanto despreparados. Já, a teoria da adaptação, mostrou-me de forma mais sistemática todos os estímulos internos e externos que os sujeitos teriam que enfrentar para alcançarem suas metas. No entanto, algumas dificuldades surgiram no decorrer do estudo, primeiramente porque apesar das teorias se complementarem, não havia alguns conceitos bem definidos, como por exemplo, o de enfermagem, necessitando de maior dedicação de minha parte e sucessivas leituras até conseguir extrair com maior profundidade a essência das teorias. Outro fator importante é que a linguagem utilizada pela teórica Roy é um tanto complexa, me levando a discutir com outros

profissionais que já haviam utilizado como referência a teoria da adaptação em seus estudos, com a finalidade de lapidar determinados pontos até então obscuros.

A metodologia utilizada esteve sempre em consonância com as teorias e com o objetivo deste estudo. Sempre tive em mente que o instrumento de coleta de dados adotado seria flexível, não seria algo rígido, até mesmo porque estava amparada pelas trilhas de um estudo de natureza qualitativa. As técnicas adotadas se complementaram de tal modo que seria quase impossível excluir alguma delas no decorrer do trajeto empreendido. Algumas vezes me sentia angustiada pelo fato de ter tantas observações e registros a fazer e que acabavam se acumulando até ao final do encontro, exigindo muita concentração e um constante repensar, considerando que se eu parasse para fazer algum registro no momento em que estava junto ao casal e o bebê, mesmo que fosse por questão de minutos, com certeza perderia valiosos *flashes* da realidade. Contudo, quando porventura algo “fugia” aos meus pensamentos, a equipe me fazia resgatar, fosse através do diálogo como também através dos registros efetuados no prontuário do bebê.

A equipe de saúde neonatal foi sem dúvida extremamente importante no desenrolar desta proposta, considerando que minha permanência neste serviço foi por curto espaço de tempo e que a promoção do apego no MMC está diretamente ligada ao modelo assistencial adotado pelos profissionais. Penso que o processo cuidativo adotado neste estudo e aceito pela equipe, principalmente de enfermagem, veio a contribuir para o repensar das práticas do serviço de neonatologia, no que tange as relações afetivas entre pais e bebês pré-termo e/ou de baixo peso.

Pensando que a tríade necessita de alguém que facilite as aproximações no ambiente de cuidados intensivos, acredito que tanto os pais precoces quanto o bebê que de certo modo é um ser indefeso e incapaz de sobreviver sem a presença de um cuidador competente, enquanto enfermeira, sempre atentava para que minhas atitudes estivessem refletindo estímulos positivos sobre esta família, agregando saberes e condutas humanizadas compatíveis com as necessidades do momento, estimulando que a equipe demonstrasse um relacionamento acolhedor como modelo de atendimento.

Assim, os pais passavam a entender que a equipe de saúde, principalmente a de enfermagem, liderada pela enfermeira como “ser simbólico e central no processo de interação”, fazia parte desta etapa de suas vidas (SILVA; BOCHI, 2005, p.185).

5.3 REFLETINDO SOBRE AS PERCEPÇÕES DOS PAIS A RESPEITO DA APROXIMAÇÃO PRECOCE COM O FILHO PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO

Ao estudar as tríades participantes desta pesquisa, analiso de forma global as percepções que tive através do processo de observação, entrevistas, associações entre teoria e prática, amparada pela literatura, pela prática do MMC e guiada pelo processo cuidativo.

O modo como os pais percebiam o contato precoce com seu bebê pré-termo e/ou de baixo peso estava diretamente direcionado aos aspectos facilitadores e complicadores desta aproximação. A facilitação da permanência dos pais no ambiente neonatal, bem como a forma como foram recebidos pela equipe de saúde são fatores intervenientes e que transformaram as percepções destes pais frente às necessidades inerentes deste processo e sobre as vantagens oferecidas pelo MMC.

As mulheres-mães, principalmente, relataram como foi importante a possibilidade de serem encorajadas por outras mães que estavam vivendo o mesmo momento e estavam inseridas no MMC, ou do incentivo daquelas que já haviam experienciado a prematuridade e o Método, para aceitarem mais facilmente a situação atual e conseguirem se aproximar dos filhos, tendo aliviados os sentimentos negativos e conflituosos. Segundo Edwards (2002), neste momento de aproximação com os pais, é muito importante que os filhos se sintam acolhidos e amados, para tanto é necessário que todos os sentimentos de culpa e medo do homem e da mulher estejam amenizados.

Ao ingressarem na prática do MMC os pais conseguiam perceber, sentir e compartilhar, muitas vezes, sensações bastante conflitantes. Suas preocupações acerca do fato de precisar permanecer no hospital após o nascimento pareciam desaparecer por alguns instantes, em vista da fragilidade com que ficavam diante da vinda inesperada de uma criança ainda tão imatura e débil em termos físicos, neurológicos e comportamentais. De modo geral, os pais acreditam que a aproximação precoce com

seus bebês só trará benefícios, mas como já aponte anteriormente, apresentam, quase ao mesmo tempo, sentimentos contraditórios que remetem a ações contraditórias. São duas dimensões de igual valor que geram sentimentos ambíguos, o de querer se aproximar do filho, tê-lo em seus braços o quanto antes, manter o contato pele-a-pele através da posição canguru, e o de aceitar suas diferenças físicas/comportamentais, além da incerteza quanto à sobrevivência. Powell (2002) considera difícil esta relação do querer aceitar as mudanças impostas pela vida, apresentando sentimentos positivos e ter que superar as tristezas pela perda do bebê tão idealizado.

Apesar do casal perceber e exteriorizar a importância deste contato o mais precoce possível, percebem também que tal processo exige mudanças e empenho por parte dos mesmos. Segundo Gotardo e Silva (2005), quando há necessidade de internação de uma pessoa que amamos, em especial um filho, todo o equilíbrio do sistema familiar é afetado, levando à desequilíbrios emocionais com diferentes intensidades, provocando sentimentos de impotência, culpa e desesperança.

Todos os pais e bebês inseridos neste estudo, com os quais pude compartilhar os progressos desta aproximação, transgrediram em suas ações desde o momento em que se apegaram uns aos outros. Para os pais a hospitalização ficou mais amena, o retorno ao lar mais próximo e as relações afetivas mais concretizadas após terem adotado o MMC como parte da “rotina assistencial” ao recém-nascido.

O que considero importante em todo o desenrolar do processo cuidativo é que os pais conseguiram identificar a necessidade de estarem juntos do seu bebê, praticarem o “canguru”, mas também explicitaram que, para que possam adaptarem-se progressivamente, precisam de apoio por parte da equipe interdisciplinar da unidade neonatal e especialmente, clamam pela particularização e individualização da assistência. Segundo Toma (2003), para o alcance do sucesso do MMC e conseqüentemente, das relações afetivas, é necessário não apenas vontade e iniciativa por parte dos pais, mas também do apoio seguro e compreensivo de toda equipe interdisciplinar da unidade neonatal e, em especial, da equipe de enfermagem.

No decorrer dos dois capítulos que seguem, apresento o mapa analítico sobre os aspectos facilitadores e complicadores da formação do apego durante a prática do MMC que auxiliarão na promoção de maior densidade às idéias que comecei a apontar

aqui. Acredito que o conjunto de reflexões acerca destes aspectos certamente contribuiu para impulsionar a construção do conhecimento sobre o processo de vinculação dos pais com seus filhos pré-termo e/ou de baixo peso, sob o ponto de vista da enfermagem e para além dele.

6 ASPECTOS PROMOTORES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO APEGO DURANTE A PRÁTICA DO MMC

“Cante para seu nenê, embale-o, dance e converse com ele, responda aos balbucios. Ele vicejará em corpo, mente e espírito; saberá desde os primeiros dias o quanto é amado e estimado”.
(Lisa O. Engelhardt)

Apresento neste capítulo a análise global dos aspectos promotores do processo de formação do apego entre pais e filhos. Conforme apresentei no capítulo da metodologia, a interpretação e a análise continuada de todos os dados coletados levaram-me à eleição de algumas categorias e subcategorias que traduzem os aspectos promotores da formação do apego, revelando uma ampla composição, cuja compreensão nos auxilia no complexo processo de aproximação entre o casal e o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, e vice-versa.

Os aspectos facilitadores da promoção do apego englobam 5 categorias, assim distribuídas: a) a categoria 1, denominada de **“Preliminares da formação do apego: o percurso vivenciado antes de chegar à unidade neonatal”**, é composta das subcategorias: “Preparo do casal para enfrentar as mudanças de rumo na gravidez”, “Presença do acompanhante no centro obstétrico” e “Olhar, tocar, sentir o bebê no momento do nascimento: do filho idealizado ao filho real”; b) a categoria 2, denominada **“Atenção e acolhimento da equipe neonatal”**, é composta pelas subcategorias: “O cuidado ‘cuidadoso’ da equipe gerando segurança para os pais”, “Intercâmbio de informações entre a equipe e os pais acerca das condições clínicas do recém-nascido” e “Sempre tem um que dá mais atenção: referência profissional durante a hospitalização”; c) a categoria 3, **“Participar ativamente do cotidiano da unidade”**, envolve as subcategorias: “Ter liberdade para ir e vir no ambiente neonatal” e “Ter a possibilidade de ficar junto da criança em tempo integral ajuda a entender suas necessidades e seus progressos”; d) a categoria 4, **“Trocar experiências com outros pais que vivenciam situações similares”**, e) a categoria 5, denominada **“Ter a oportunidade de re(conhecer-se) no papel de mãe, de pai e de filho”**, que é composta pelas subcategorias: “Responsabilizar-se pelo cuidado direto à criança”,

“‘Colar-se’ ao filho: o contato corporal ajudando a superar a sensação de que a criança é ‘quase nada’”, “Ser chamado pelos membros da equipe de ‘mãe’ e de ‘pai’” e “O aleitamento materno como elo de aproximação mãe-pai-filho”.

6.1 PRELIMINARES DA FORMAÇÃO DO APEGO: O PERCURSO VIVENCIADO ANTES DE CHEGAR À UNIDADE NEONATAL

A formação do apego entre pais e filhos antecede o momento de hospitalização para o nascimento propriamente dito. O desejo comum dos casais deste estudo em expandir suas famílias, para o presente ou para um futuro não tão distante, a confirmação da gravidez planejada ou não, parece trazer aos casais a sensação de estarem mais “completos”, como família, e conscientes das responsabilidades atribuídas a esta nova etapa de suas vidas. Com todas as mudanças oriundas deste momento tão singular o casal começa a se preparar para receber o bebê. Ambos, mulher e homem, passam então a procurar um serviço de saúde que, em suas concepções, seja adequado para o enfrentamento das necessidades que advirão do processo gravídico, tanto do ponto de vista clínico, quanto de apoio psicossocial, que possa ter profissionais que orientem, sanando as dúvidas e que conduzam o casal e o bebê que está por vir, para um nascimento saudável e seguro. Os casais com os quais convivi na condução deste estudo, jamais esperavam e sequer imaginavam que pudesse vir a ocorrer um nascimento prematuro no momento em que recebiam a notícia da gravidez, assim, a preocupação, no início da vivência da gestação, girava em torno da necessidade de um pré-natal bem assistido. Percebi que isso fortalecia os elos entre o homem e a mulher, que passavam a se unirem mais e a inserirem o novo ser gerado à unidade familiar. Esta sensação de acolhimento descrita por eles me levou a interpretar que aí se iniciava algo, de modo precoce, que poderia associar à promoção do processo de afeiçoar-se ao filho que estava por vir.

Mais tarde, com os sinais de parto prematuro, os casais procuram um hospital-maternidade a fim de que a mulher possa ser avaliada e provavelmente encaminhada para um centro obstétrico que possua condições tecnológicas e humanas para receber a situação adversa, assegurando o parto e o nascimento com a atenção merecida. Como no caso da totalidade das famílias assistidas e pesquisadas neste estudo que, por serem

do interior do Estado, tiveram que acorrer à maternidade do HU, melhor preparada para a assistência à mulher e ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso. Observei que para a maioria dos casais, o fato de estarem “preparados” para o evento precoce, favorecia a aceitação mais rápida da situação, ajudando a promover a aproximação com a criança e entre o homem e a mulher, mesmo diante da necessidade quase unânime de encaminhamento do neonato à unidade neonatal, em transporte de urgência.

A partir da inserção do casal no centro obstétrico, quase toda a ansiedade e sentimentos com relação à chegada do bebê se tornam mais amenos. Ao esposo-pai é possibilitada sua permanência ao lado da mulher, assumindo o papel de acompanhante, sendo-lhe explicada a importância deste acompanhamento durante o trabalho de parto e parto. A mulher, por sua vez, tem a possibilidade de escolher qual será este acompanhante, podendo ser o seu companheiro ou outra pessoa que considere fundamental para este momento tão especial.

O significado do nascimento e a chegada do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, para os pais, é muitas vezes “inexplicável”, mas, ao mesmo tempo, traz certo anseio de “conferir” as características do seu bebê. Um fator de relevância neste momento, tanto para pais e bebê, quanto para a continuidade da aproximação afetiva na unidade neonatal, é que seja propiciado algum contato entre a tríade, podendo ser este contato através do olhar, do sentir e/ou do tocar, favorecendo o desenrolar das relações e da formação do vínculo pais-bebês, superando mais facilmente o período de adaptação.

6.1.1 PREPARO DO CASAL PARA ENFRENTAR AS MUDANÇAS DE RUMO NA GRAVIDEZ

Para os casais, o início de um pré-natal com assistência adequada, associado a um possível cuidado “diferenciado” por parte dos profissionais, – no sentido de acolhimento, preparo técnico e condutas corretas e específicas para cada “caso” – significa a segurança de um parto fisiológico. Um “bom” pré-natal, para os pais, está associado ao fato de a gestante submeter-se aos exames e procedimentos específicos, fazendo com que tenham maior conhecimento do que está por vir, de como está o

andamento da gravidez, dentre outros. Esta atenção os prepara de algum modo para o nascimento propriamente dito, mesmo que no meio do caminho surja a notícia de que algo não vai bem e que, provavelmente, o nascimento será antecipado. Coutinho et al. (2003, p.717) sustentam esta idéia ao afirmarem que o pré-natal é considerado para o casal como sendo um “preditor significativo do prognóstico do nascimento”.

Associado a isto, quando por meio deste contato entre o casal e o profissional, é dado a notícia de que ao invés de um, serão dois bebês, tanto os pais quanto o profissional pré-natalista, passam a ter um novo olhar sobre a condução desta gestação, levando a considerá-la de alto risco. Assim, as consultas do pré-natal passam a ser mais cautelosas, ocorrendo maior preparo, sendo que o trabalho de parto prematuro é colocado como possibilidade para o casal, que passa a buscar mais informações, torna-se mais preparado e não apresenta tantos desafios considerados como intransponíveis no momento do nascimento. Para Marques e Rudge (2002), a determinação precoce da gravidez de gemelares traz um acompanhamento mais específico, uma vez que as grandes chances de nascerem com baixo peso e com algum agravo de saúde estão diretamente ligadas à prematuridade. Enfatizam ainda que muitas vezes os pais são assistidos por profissionais pouco gabaritados que negligenciam ações mais específicas de atendimento.

Em concordância com a literatura acessada durante o trabalho de campo, pude constatar neste estudo que os pais que tiveram a possibilidade de ficar sabendo de antemão da gemelaridade ou de alguma situação que predispuesses ao nascimento antes do tempo normal de findar da gestação, foram assistidos durante o pré-natal de modo diferenciado, ou seja, já tinham sido alertados da grande incidência de partos prematuros associados ao baixo peso nestes casos, como se evidencia na fala de Nuvem: “*desde a minha primeira consulta do pré-natal já foram avisando que era pra eu me acostumar com a idéia que ia ser prematuro*”. Assim, com este diagnóstico, ao darem entrada na maternidade em decorrência de algum sinal de início de trabalho de parto, o casal recebeu orientações direcionadas, foi-lhe apresentada a sala de parto e a unidade neonatal, sendo alertados das possibilidades de seus recém-nascidos ingressarem na UTI neonatal até que tivessem condições clínicas de irem para casa. Esta forma de conduzir e preparar o casal para o nascimento precoce traz mais

segurança, conforto e diminui as frustrações ao perceberem que seus bebês apresentam algumas características e demandas cuidativas que os diferenciam dos bebês nascidos a termo.

Mesmo a gravidez estando no rumo adequado, sem intercorrências, o profissional de saúde que conduz o pré-natal deve orientar os pais com as orientações específicas de cada trimestre de gestação, dentre estas a amamentação, além de dar como precaução algumas orientações abrangendo algo sobre bebês pré-termo e/ou de baixo peso para que, com o inesperado de um nascimento prematuro, os pais tenham mais preparo e segurança para ultrapassar as dificuldades inerentes à situação, não apenas do ponto de vista clínico, mas também existencial. Este desejo de saber sobre as possibilidades de intercorrências no decorrer da gravidez é tão forte que fica evidenciado na fala dos outros dois casais do estudo: *“ter informações antes dela nascer seria bem importante, a gente iria se acostumando com a idéia”* ou ainda: *“se soubesse antes, seria muito bom”*.

Percebo que esta necessidade está aflorada na maioria dos pais que esperam ter uma gravidez normal e com nascimento a termo, quando comparados àqueles que de certo modo já estavam previamente informados sobre as mudanças de rumo da gestação. Não há como negar que o acontecimento da gravidez favorece as relações e o apego, mas tão semelhante pode ser o desapego por algo que possa vir a acontecer de forma menos esperada. O casal que foi preparado para o parto prematuro apresenta menos conflitos e necessidades de realinhar alguns sentimentos provenientes deste tipo de experiência. Serruya, Lago e Cecatti (2004) alertam que é sempre bom considerarmos que o pré-natal tem não só o objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade, mas também de promover um vínculo com o parto.

6.1.2 PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO

A possibilidade das gestantes serem acompanhadas durante todo o período do pré-parto e parto no centro obstétrico é considerado por elas um fator determinante para a sua segurança, garantindo total apoio neste momento de grande espera. D’Orsi (2005) diz que ter uma boa assistência no parto e estar em companhia de alguém em que a gestante possa confiar traz a possibilidade de maiores benefícios para a mulher e

seu bebê, além de ser uma medida importante para a humanização do nascimento, o que envolve aproximação, geração e fortalecimento de vínculos entre pai-mãe-recém-nascido. A participação do homem pode se resumir em simplesmente permanecer ao lado de sua esposa e segurar-lhe a sua mão, ou até mesmo realizar massagens, estimular e acompanhar na deambulação no período de dilatação e encorajar no período expulsivo. Percebe-se que estas ações vêm a contribuir para a interação entre o casal e, mais tarde, para a aproximação precoce entre pais e filhos pré-termo e/ou de baixo peso.

No hospital foco do estudo, todas as mulheres parturientes têm a possibilidade de escolherem um acompanhante que permanecerá ao seu lado no pré, trans e pós-parto, sendo que na sua maioria, pelo que pude observar, o acompanhante de escolha é o esposo/companheiro. Em algumas situações como a de Coala, entretanto, a mãe da parturiente é que acompanhou todo o andamento do trabalho de parto, devido à impossibilidade de seu esposo em exercer este papel, por ter que permanecer em casa cuidando de outro filho do casal.

As mulheres participantes deste estudo, de forma geral, declaravam sentimentos de segurança pela presença de alguém da família. Mesmo Nuvem, que já esperava desde o começo de sua gravidez por um parto prematuro, devido à gemelaridade, expressou sensações positivas perante a possibilidade da presença do companheiro. Isto aparecia como mais um lenitivo perante a vulnerabilidade da situação em que se encontrava, traduzindo-se como um forte significado de proteção e de aumento da auto-estima.

Mesmo já estando previamente preparada para esta situação de prematuridade, a maioria das mulheres-mães sente a necessidade de alguém que as encoraje e lhes dê força para a ultrapassagem desta “montanha russa” de sentimentos obscuros oriundos do puerpério imediato, como se percebe neste relato de Nuvem: *“eu tive sorte de ter meu marido o tempo todo perto de mim. Ele me ajudou a aceitar melhor o parto prematuro”*.

Do ponto de vista do acompanhante, ter a possibilidade de estar com alguém significativo, de forma constante, garantindo a continuidade da confiança obtida anteriormente, desde os primeiros momentos do pré-natal e depois, todos os passos até

o nascimento do bebê, confere percepções de renovação da responsabilidade de proteção, afeto e carinho, que é vista como algo extremamente benéfico, pois, para Silva e Bocchi (2005) envolver-se no cuidado e ter a possibilidade de servir como referência positiva para alguém, é humanizar todo o processo do nascimento. Por exemplo, ser esposo, acompanhante e pai transfere uma responsabilidade triplicada, de ações de cuidado que possivelmente nenhum de nós profissionais poderia suprir. Além deste compromisso com o cuidado realizado pelos homens às suas mulheres no momento do parto, é certo que a presença do parceiro eleva o grau de satisfação da assistência recebida durante o parto conforme estudos realizados por Domingues, Santos e Leal (2004). É algo tão especial para o acompanhante que nem mesmo a situação de risco que está enfrentando reduz a atenção e o incentivo para que a mulher possa superar todos os acontecimentos, bem pelo contrário, a força surge tão intensamente que mesmo sem se dar conta, o casal se conforta mutuamente. É o pensar e agir inconsciente do “eu te ajudo” e “você me ajuda” e assim, juntos, conseguiremos superar todos os obstáculos que vieram e os que ainda virão.

Cravo deixa claro em sua fala que também está enfrentando seus limites, mas que ao conseguir dar força para a esposa, acredita que será mais fácil encarar todas as dificuldades, como podemos ver: *“ah, a gente tem que enfrentar. Eu ainda estava assustado, mas tinha que dar força para a Rosa. Foi muito bom ver minha filha nascer”*.

No momento em que se concretiza o momento do parto é de extrema importância para as mulheres, ter alguém em quem possam confiar e se apoiar. Para Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005), a presença do acompanhante é benéfica, sem nenhum risco ou prejuízo aparente. Os benefícios são maiores ou não, dependendo das características assistenciais dos hospitais, da pessoa que está como acompanhante e do tempo e tipo de suporte que a mulher recebe durante todo o período em que permanecer no centro obstétrico. Neste estudo, em nenhum momento a presença do acompanhante configurou-se como um prejuízo aparente, ao contrário, todas as famílias com as quais convivi referiram expressões altamente relevantes para este tipo de participação; inclusive no que tange à formação do apego entre os membros da família e entre esses e o novo integrante que está chegando antes do previsto. Percebo

que na situação de prematuridade o acompanhante traz mais conforto e esperança para a mulher não só no momento do parto, mas também no transcorrer de todo o período de hospitalização em que os pais se confortam mutuamente frente às fragilidades e incertezas que alguns bebês pré-termo e/ou de baixo peso acabam tendo que enfrentar.

6.1.3 OLHAR, TOCAR, SENTIR O BEBÊ NO MOMENTO DO NASCIMENTO: DO FILHO IDEALIZADO AO FILHO REAL

No momento do nascimento os pais enfrentam sentimentos ambivalentes: do querer que seu filho nasça saudável e do medo de terem que enfrentar determinada situação de doença com seu bebê. Mas, independente destes sentimentos, é certo que os pais busquem por uma aproximação ali mesmo na sala de parto. Poder olhar, tocar e sentir a criança traz mais segurança e a sensação de proteção transmitida através do contato pele-a-pele. Os casais do estudo mostraram como foi importante ter algum contato com seus bebês por ocasião da chegada “ao mundo”. Para eles este contato tem um significado muito especial, ou seja, o de ser um importante marco no exercício da maternagem e da paternagem. Este momento serve também para “conferir”, com extrema naturalidade, se o bebê corresponde às suas expectativas de ser perfeito, ser um bebê forte, com saúde, apesar da prematuridade e do baixo peso. É um momento especialíssimo para que sejam “conferidas” até mesmo as semelhanças físicas com o casal, ou seja, passam a comparar se o bebê real correspondeu aquele tão idealizado durante a gestação.

Com o nascimento prematuro os pais passam, neste breve contato, a certificarem-se também dos aspectos de fragilidade da criança e começam a compreender que devido à instabilidade clínica do recém-nascido, este contato deve ser de curta duração; quase um “sopro”. Mesmo sendo pouco tempo de aproximação entre pais e filho, o casal confirma o quão importante se faz este contato. É o momento de sentirem-se pertencentes um ao outro, de identificarem-se, de (re)conhecerem-se e de transmitirem ao recém-nascido segurança e afeição, ainda que por um pequeno lapso de tempo. Estes sentimentos que afloram nos pais no momento do nascimento são percebidos nos exemplos dos seguintes relatos de Cravo e Nuvem: *“quando eu vi deu meio um impacto mesmo. A nossa menina era tão pequenininha [...] mas o amor*

já existia. Ver ela ali foi fundamental”; “[...] o importante para mim naquele momento é que elas ficassem bem. Sabia que não podiam ficar, mas olhar e tocar foi muito importante porque eu senti as duas”.

Para D’Orsi (2005), este contato físico na sala de parto é de extrema importância, porém em muitos locais ainda é mais comum ter o contato visual do que o corporal, e menos freqüente a prática de levar o bebê ao seio, principalmente nos casos de bebês pré-termo e/ou de baixo peso.

A importância das primeiras relações entre pais e filho no primeiro minuto de vida favorece o apego e, certamente, o desenvolvimento futuro desta criança, como avaliam alguns autores. Percebi que este momento é muito significativo para suas vidas. Este contato parece tão especial e significativo que se porventura ele não ocorrer, as necessidades psicológicas da criança, a conexão emocional entre pai-mãe-bebê e o comportamento de apego podem ficar comprometidos, conforme descrevem Brum e Schermann (2004). Acredita-se, portanto, que a qualidade da interação inicial mãe-bebê é um importante fator mediador entre os eventos perinatais e o desenvolvimento sociocognitivo da criança.

Outro fator importante nessas relações é que os pais compreendam a necessidade de transferência para a unidade neonatal logo após o nascimento, sendo este talvez o maior alvo de insegurança dos mesmos. Porém, mesmo com a necessidade de mudança de ambiente, a equipe do centro obstétrico deve propiciar o ver, o sentir e o tocar entre pais e recém-nascido. Alguns estudos, à exemplo de Brum e Schermann (2004), demonstram que fornecer informações aos pais sobre as capacidades dos recém-nascidos para a interação é uma ação capaz de fomentar a sensibilidade e a responsividade materna/paterna, podendo auxiliar na sincronia entre pais e recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso e conseqüentemente na formação de um apego seguro. Estes dados comprovam que se pode conseguir uma maior qualidade de vida tanto para o bebê quanto para sua família com ações simples em saúde.

Winnicott (1971) é sábio em suas palavras quando diz que “quando olho, sou visto; logo, existo. Posso agora me permitir olhar e ver”. Desta forma a troca de olhares entre pais e bebê logo após o nascimento possibilita esse fazer-se conhecer,

favorecendo posteriormente o período de adaptação entre pais e filho no período de hospitalização.

6.2 ATENÇÃO E ACOLHIMENTO DA EQUIPE NEONATAL

Nesta categoria, a idéia central da discussão é refletir a respeito de como está sendo oferecido o acompanhamento aos casais pelos profissionais da unidade neonatal para que, juntos, equipe e pais, possam lutar rumo aos mesmos ideais, para que o homem e a mulher consigam se sentir acolhidos e para que recebam a atenção necessária para conseguirem superar suas dificuldades. Afinal, pelo que pude perceber na pesquisa, a equipe de saúde neonatal torna-se um grande e forte pilar que sustenta quase todas as circunstâncias que possam vir a estar presente no cotidiano dos pais que ali estão em decorrência da necessidade de internação do pequeno bebê.

Por sua vez, a subcategoria “O cuidado ‘cuidadoso’ da equipe gerando segurança para os pais”, vem pontuar a forma como os pais e os bebês se sentem próximos e acolhidos pelos profissionais. O que os casais buscam é que o cuidado não seja apenas realizado como obrigação e meramente tecnicista, mas que esteja aliado a um gesto de carinho, uma voz suave e um toque seguro. Além dos pais esperarem este tipo de comportamento do cuidador, em relação à criança recém-nascida, eles esperam também que este cuidado se estenda a eles próprios, já que estão submetidos a tantas e tão inesperadas tensões, principalmente nos primeiros dias pós-parto, quando estão imersos em sentimentos incertos, ora positivos, ora negativos, que podem ser amenizados, conforme forem recebidos e acolhidos pela equipe de saúde.

Na subcategoria “Intercâmbio de informações entre a equipe e os pais acerca das condições clínicas do recém-nascido” a idéia central descrita está relacionada à necessidade que os pais têm de saberem cada passo da internação para que possam participar e terem maior consciência dos progressos do filho, bem como a necessidade de maiores intervenções, garantindo a participação materna e paterna nos cuidados, e na prática do MMC, favorecendo mais precocemente as relações.

A subcategoria “Sempre tem um que dá mais atenção: referência profissional durante a hospitalização”, por fim, mostra a necessidade que os pais têm de adotar um “facilitador” que esteja inserido no ambiente neonatal como referência, para que

possam obter informações sobre o bebê de forma mais segura e direcionada, solicitarem algo, tirem dúvidas e até mesmo serem ouvidos em seus desabafos.

6.2.1 O CUIDADO “CUIDADOSO” DA EQUIPE GERANDO SEGURANÇA PARA OS PAIS

O papel que os profissionais de saúde exercem durante todo o tempo de permanência do bebê na unidade neonatal é de suma importância para as famílias. Percebi durante o contato com os casais desta pesquisa que, mesmo mantendo certa distância, que era limitada pelos vidros que separam as salas da unidade neonatal e o corredor, geralmente buscavam observar todos os movimentos de cada pessoa que se aproximava para manusear e cuidar do bebê, ficando atentos na forma de tocar, segurar e interagir com o recém-nascido. Todos os cuidados realizados são criteriosamente identificados e assimilados pelos casais que posteriormente passam a repeti-los em suas ações, no cotidiano. O profissional passava a ser para eles alguém que promoveria a inclusão no ambiente neonatal e seria um mediador das relações afetivas com o bebê.

Pude também perceber e confirmar, a exemplo do estudo realizado por Lamego, Deslandes e Moreira (2005) que, à medida que os casais iam se familiarizando com todo o processo de hospitalização, levando em consideração a situação clínica do filho, assim também os profissionais integrantes da equipe tendiam a se aproximar com mais intimidade da família, pois já não se encontravam mais como estranhos e sim como parceiros, numa mesma corrente de “concentração” em torno dos progressos da criança.

Para Alonso (2003, p. 67) “o modo como se dá essa aproximação é absolutamente determinante na qualidade das relações a serem estabelecidas entre equipe e família”. A autora descreve ainda que as relações pais-equipe, bem como equipe-pais poderão se tornar próximas ou não, dependendo de como o casal percebe os movimentos da equipe, podendo se tornar exemplo de cuidado para os pais. Costa (2005) colabora ainda afirmando que a tríade deve ser o grande foco de atenção da equipe, uma vez que pai-mãe-filho estão inseridos no MMC favorecendo que o cuidado seja compartilhado entre o casal e os profissionais.

Para que esta relação de cuidado traga benefícios a todos, é necessário que os profissionais empreguem assistência individual a cada casal e bebê, considerando suas particularidades, principalmente quando as incertezas com relação à sobrevivência do neonato prevalecem, sendo necessário uma maior interação entre aqueles que estavam lutando pelos mesmos objetivos.

Quando essa etapa começava a tomar o lugar da incerteza e do temor inicial da morte, era notória a procura pelo aprofundamento e solidificação de todas as relações dentro da unidade neonatal, fossem elas pais-bebê, pais-equipe ou equipe-neonato, aumentando visivelmente, principalmente no homem e na mulher, a preocupação em explorar mais detalhadamente a “forma” como os profissionais se ocupavam do recém-nascido no dia-a-dia da assistência. Ao aprofundar o olhar ou ter tempo para explorar outros ângulos ainda não percebidos, em face da extrema ansiedade que tomava lugar nos primeiros dias ou semanas da internação, a mãe e o pai da criança passavam a verbalizar uma expressão que no início do estudo não me chamou particular atenção, mas foi ficando forte com o passar do tempo; trata-se do uso do termo “cuidado cuidadoso”. Os pais da criança falavam sobre isso como se não fosse suficiente verbalizar apenas “cuidado”. O adjetivo “cuidadoso”, para os pais, parece mais ajustado a uma forma especial da equipe relacionar-se com o recém-nascido, quase como se fosse ela mesma a família da criança. Os seguintes verbatims exemplificam a idéia: *“mas uma coisa que a gente vê é o cuidado cuidadoso que o pessoal da equipe [...], qualquer coisa já olha, vê os batimentos, a temperatura, eles estão sempre cuidando com dedicação, sempre carinhosos, nos dão bastante segurança saber que está em boas mãos”*; *“a gente vê que [aqui] é bem cuidada, tudo bem certinho, atendimento bom também pra gente. Tudo bem cuidadoso”*.

O “cuidado cuidadoso” oferecido pela equipe da unidade neonatal promove segurança e, especialmente, confiança. O fato de saber que a criança está em “boas mãos”, como disse um dos pais, oferece uma dose suficiente de otimismo, principalmente frente à necessidade dos pais terem que se ausentar da instituição. Em alguns momentos durante os contatos com os participantes desta pesquisa, aconteceu do homem e/ou da mulher ter que se ausentar do hospital ou até mesmo da cidade, deixando a criança sob inteira responsabilidade dos profissionais, o que para os casais

em estudo nunca foi um empecilho, considerando que a equipe sempre prestou um cuidado “cuidadoso” aos recém-nascidos, fornecendo toda a atenção necessária neste período, conforme podemos perceber na fala de Coala e Leão: *“todo mundo cuida bem dela, fico até mais tranqüila. Meu outro filho de três anos está sentindo muito minha falta. Eu queria muito poder ir até em casa para ver como ele está. Moro longe, mas sei que aqui elas cuidam bem, com atenção, com cuidado [...]”*; *“vou ter que voltar para minha cidade, pois preciso arrumar um emprego para dar conta deles todos. Ainda bem que o pessoal aqui ta sempre olhando e cuidando com muito cuidado”*.

Ter a certeza que o filho está recebendo a assistência devida e consciente por parte daqueles que prestam o cuidado direto é a garantia de menos uma preocupação no decorrer da internação, tornando-se um grande estímulo que impulsiona os pais a se aproximarem mais rapidamente do bebê e terem a oportunidade de mostrarem para si mesmos e para toda a equipe que o cuidado que prestam à criança é tão ou mais cuidadoso do que aquele proporcionado pelos profissionais.

6.2.2 INTERCÂMBIO DE INFORMAÇÕES ENTRE A EQUIPE E OS PAIS ACERCA DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DO RECÉM-NASCIDO

Gaiva e Scocchi (2002, p.1) esclarecem que “a comunicação é uma atividade que intermedia as relações [...], através de diálogo, de troca de informações e de mensagens não verbais”. Este esclarecimento ajuda a interpretar mais uma das subcategorias que dizem respeito à atenção e aproximação dos pais com a equipe neonatal. Quando ocorre o nascimento antes do previsto, muitas vezes os pais deixam de receber informações importantes já mesmo durante a gravidez, estendendo-se ao serem internados na maternidade e posteriormente no centro obstétrico. Muitas vezes a única informação que os casais recebem é de que nascerá um bebê pré-termo, possivelmente de baixo peso, e que necessitará de internação na unidade neonatal. Estas informações são concretizadas do ponto de vista materno e paterno a partir do momento em que o recém-nascido vem ao mundo, porém, na situação de prematuridade, isto é de alguma forma “quebrado” pelas intervenções da equipe de saúde que, rapidamente, leva o neonato para alguma das salas de internação do serviço de neonatologia, conforme vimos na descrição da primeira categoria. É tudo tão

instantâneo que nem mesmo é dado ao homem e à mulher a possibilidade de assimilarem esta “passagem” de dentro do útero para fora dele, uma realidade que por determinado tempo abrigou o bebê e o manteve próximo, em contato com seus pais; para um novo mundo cercado de tecnologia, com diferentes sons, elevada luminosidade e pessoas circulando de um lado para o outro em suas atividades, e que até então, não faziam parte de suas vidas.

Chegado o momento dos pais irem até a unidade neonatal re(conhecer) o filho, é certo que alguém lhes dará atenção, por ser uma rotina previamente estabelecida pelo serviço, mas não se pode garantir o tempo e nem mesmo a qualidade desta atenção, sendo necessário muitas vezes um repensar constante das ações diárias dos trabalhadores deste serviço. Percebo que mesmo que tenham sido recebidos e conduzidos até a incubadora em que o bebê está alojado e fornecidas algumas informações a respeito das condições clínicas do recém-nascido, muitas vezes os pais estão tão assustados, tensos, cercados por sentimentos de medo e culpa por ter gerado um bebê aparentemente tão frágil, que nem ao menos conseguem se lembrar do profissional que os acolheu. Nesta pesquisa, ao perguntar para os participantes qual tinha sido o profissional que os recebera e fornecera as primeiras informações com relação ao filho, recebia a resposta unânime de que não lembravam quem havia sido, justificando que naquele momento seus olhares, pensamentos e sentimentos estavam voltados exclusivamente para o ambiente, para os equipamentos e, sobretudo, ao filho. Passadas algumas horas ou até mesmo dias, os pais já estão um pouco mais situados no ambiente e conseguem corresponder às expectativas da equipe em trocar algumas informações sobre todo o processo de hospitalização, que irão enfrentar juntos, até que o neonato esteja em condições de ir para casa.

Portanto, o contato entre o casal e os profissionais passa a ser algo constante e de singular importância, pois é através deste diálogo com a equipe que os pais poderão estar a par de todos os progressos (ou não) que a criança venha a ter, bem como os avanços das díades (homem-mulher; mãe-bebê; pai-bebê) ou da tríade (pai-mãe-filho) frente aos cuidados e o contato diário através do toque, da fala ou simplesmente na troca de olhares que simbolize um afeiçoamento entre pai-mãe-filho.

Os pais anseiam que a cada entrada deles na unidade uma informação lhes seja passada, tendo a garantia de que os profissionais não estejam “escondendo nada”. A ponte entre a assistência e os progressos do bebê está fortemente ligada, assim como a intenção do casal para com o seu bebê.

A segurança materna e paterna consiste em saber com precisão quais as condições clínicas do neonato, considerando que alguns pais trilham os seus caminhos conforme o que for dito a eles. É comum na rotina diária que estas informações não sejam passadas como os pais esperavam, mas a cada palavra e gesto demonstrado pelo profissional mais próximo torna-se para os pais a certeza de que a equipe se importa realmente com a recuperação da criança.

Percebe-se que não é apenas o cuidado do profissional ao bebê que modifica todos os sentimentos que envolvem os pais neste processo de enfrentamento da prematuridade, mas também, o modo de aproximar os pais dos filhos, através das informações com relação ao estado de saúde do neonato, procurando dar maior ênfase nos progressos, tanto do bebê quanto dos pais. Roy (1984) alerta que este é um excelente modo de fazer com que o homem e a mulher consigam melhor superar as dificuldades do dia-a-dia e alcancem mais rapidamente as respostas efetivas com relação ao seu recém-nascido.

É fundamental, conforme aponta Costa (2005), que a equipe tenha o discernimento de identificar qual é o melhor momento para a troca de informações, bem como, respeitar o tempo de cada família e individualizar a assistência.

Em muitos momentos o homem e a mulher estavam apenas de corpo presente, pois suas mentes pareciam imersas em inúmeras interrogações: será que serei capaz de fazer tão bem como o profissional? Ou: não consigo fazer com agilidade ainda, acho que vou atrapalhar o andamento do serviço, dentre outras situações que colocam os pais em situações de desvantagem perante o profissional. Certamente estas indagações dos pais são amenizadas quando a equipe consegue perceber tais impedimentos que distanciam o casal do bebê e aproveitam o momento para que juntos, pais-equipe-bebê, possam crescer um pouco mais nas questões referentes às relações afetivas com o recém-nascido pré-termo. Nestas relações é importante que os profissionais favoreçam

meios para “que o tempo passado em conjunto seja realmente significativo para ambos”, conforme apontam Monticelli e Elsen (2005, p. 170).

Outra forma que ambos, pais e equipe tinham para se comunicarem, era através de expressões corporais, tais como um sorriso, a tonalidade da voz, uma mão sobre os ombros do pai ou da mãe, enfim, gestos que denotam carinho, respeito e compreensão. Tal modo de comunicação é citado por Monticelli (2003) como sendo um momento único, em que todos almejam os mesmos objetivos e nada melhor que alcançá-los por meio da dialogicidade e das trocas permeadas por genuínos interesses.

Porém, Lamego, Deslandes e Moreira (2005) descrevem que ao realizarem um estudo em uma unidade de terapia intensiva neonatal, evidenciou-se que em inúmeras vezes que ocorreram alguma intercorrência ou mesmo certa dificuldade de diálogo entre o casal e a equipe, os pais eram desencorajados a se aproximarem do recém-nascido, principalmente com relação ao toque, regredindo ou até mesmo quebrando o início dos contatos afetivos. Em contrapartida, no decorrer do presente estudo, percebia-se a satisfação tanto do homem quanto da mulher quanto aos cuidados e a atenção dispensados no período em que estiveram na unidade. Percebeu-se ainda, que quando as informações recebidas eram positivas, os pais relaxavam e aceitavam com maior naturalidade todo o processo de internação, principalmente quando ouviam que a criança dali para frente só permaneceria internada para “ganhar peso”. É como se o bebê-pai-mãe estivesse recebendo uma medalha a cada grama adquirido, como podemos perceber neste relato: *“os médicos me disseram que Estrela está aqui só para ganhar peso, mas Lua não, ela está mais doentinha. Eles me falam tudo o que está acontecendo, não me escondem nada”*. No entanto, como se pode observar neste mesmo relato, quando o recém-nascido apresentava um quadro instável, como no caso de Lua, era comum os pais se afastarem, na tentativa inconsciente de não se vincularem à criança, como que “protegendo-se” em caso de uma possível perda. Cunha (2000) confirma a possibilidade deste tipo de ocorrência em seus estudos, ao relatar que o depoimento dos casais está fortemente ligado a diversos sentimentos, principalmente o medo que assombra a maior parte dos sujeitos desde o início da experiência vivida.

Portanto, fazer um intercâmbio de informações entre pais-equipe promove gradualmente uma maior aproximação, superando os obstáculos de forma mais segura e estreitando os laços afetivos.

6.2.3 “SEMPRE TEM UM QUE DÁ MAIS ATENÇÃO”: REFERÊNCIA PROFISSIONAL DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Frente à necessidade de internação do bebê, o desafio de manutenção dos vínculos familiares torna-se desafiador por si só. Diante disto, percebi que dar atenção, acolher e estimular a presença constante dos pais junto ao filho são atitudes do profissional, que são valorizadas pelos pais, que passam a observar e a ter a equipe como participante e referência durante o decorrer da internação. Os casais deste estudo demonstraram insegurança e inexperiência no que se refere à aproximação com o filho recém-nascido e com relação a desenvolverem cuidados a um bebê pré-termo e/ou de baixo peso. Era tudo muito novo para todos. Tornou-se perceptível que tanto o homem quanto a mulher necessitam de um tempo para assimilarem o acontecimento do parto prematuro e a necessidade de internação do bebê.

Assim sendo, os casais buscavam no serviço alguém que viesse servir de referência e a quem pudessem recorrer a qualquer momento, independente das circunstâncias, servindo como um guia tanto dentro como fora da unidade. Além disso, alguém que lhes mostrasse o caminho para que tivessem uma ligação mais íntima com o bebê. Percebi que procuravam algum profissional que se destacava dentre os outros membros da equipe, como numa espécie de seleção cuidadosa e baseada, primordialmente, no respeito e no carinho, antes mesmo que na competência técnica ou clínica. Com este objetivo, muitas vezes intrínseco, os pais começavam a observar todo o profissional que se aproximava da criança, percebendo o modo com que a cuidavam, e então identificavam qual o que mais tiveram afinidade e neste, passavam a depositar toda a segurança e crédito. Geralmente, pelo que pude observar nos casais do estudo, a escolha repousava naquele profissional que dava mais atenção, que procurava mantê-los sempre informados e que realizava o cuidado com mais suavidade. Esta escolha ajudava-os na superação dos obstáculos e fazia com que aceitassem melhor a situação crítica e complexa que estavam vivenciando.

Deste modo, somente no dia-a-dia das relações é que o casal acaba se identificando com algum profissional e a ele atribui a responsabilidade de promover o contato com o bebê, e o acolhimento do casal. Na verdade percebi, durante minhas observações em campo, que os casais parecem pedir um “colo”, que alguém com experiência lhes acalentassem e os ajudassem a superar cada estágio em direção à formação do apego, como é descrito pelos autores Klaus e Kennell (1993) e Brazelton (1988), como sendo o modo gradativo e seguro em que ocorrem as aproximações entre pai-mãe-bebê.

Mesmo que a equipe neonatal esteja, na maioria das vezes, em sincronia, e voltada para princípios filosóficos calcados na humanização da assistência, à exemplo dos princípios que guiam o próprio Método Mãe-Canguru, ou seja, entre outras ações, buscando facilitar e promover as relações afetivas, afim de que os pais desempenhem, o quanto antes, seus papéis sociais, certamente terá algum profissional mais significativo para a família do bebê internado. Este, aos olhos dos pais, dará atenção diferenciada, dispensando mais tempo aos pais e ao recém-nascido, com maior grau de dedicação, buscando mantê-los sempre informados sobre as condições clínicas da criança. Tal profissional também é aquele que, sob o ângulo familiar, têm maior paciência para inserir tanto o homem quanto a mulher nos cuidados diários à criança, além de incentivar a realizarem cada vez mais o contato pele-a-pele.

Durante o período em que convivemos, muitas vezes ouvi do homem e da mulher que a minha presença, bem como o fato deles estarem participando deste estudo era algo muito especial, pois atribuíam à minha pessoa, enquanto enfermeira e pesquisadora, o papel de “tutora” da família. Cravo enfatiza em sua fala esta escolha, dizendo: *“você vai sempre estar por aqui? Nossa, vai ser muito bom saber que tem alguém com quem vamos poder contar, ainda mais que a Rosa vai ficar sozinha, eu só venho nos finais de semana e fico muito preocupado com ela. Agora fico mais tranqüilo que você vai ajudar ela e a nossa filha”*.

Este fazer parte destas vidas foi desafiador, pois carregava a responsabilidade de mostrar aos casais todas as fases e obstáculos que iriam passar dentro daquele ambiente, até que conseguissem definitivamente sentirem-se seguros, encorajados e afeiçoados ao recém-nascido. Deste modo, conforme apontam Gaiva e Scochi (2002),

é mais provável que o homem e a mulher que compartilham suas vidas com aqueles que compõem a unidade neonatal, busquem esclarecer suas dúvidas com aquele que está numa relação mais próxima, e no caso dos casais aqui descritos, a presença mais próxima do cotidiano das famílias era eu, enquanto facilitadora das aproximações, ou outro integrante da equipe de enfermagem.

Outra questão forte que os casais buscam nesta referência profissional é que, possivelmente, partirá deste os ensinamentos para o cuidado com o bebê durante todo o período de internação e também quando se aproximar o momento da alta. Todos os rituais de cuidado que o profissional desenvolve são vistos pelos pais como sendo espelhos em que estará refletido o seu próprio futuro, mais próximo ou mais distante, enquanto pai e mãe de um bebê pré-termo e/ou de baixo peso. Neste sentido, o presente estudo vem corroborar com outros, à exemplo do de Monticelli (2003), revelando que o cuidado dos pais para com o seu bebê, em qualquer unidade de internação hospitalar, passa a ser uma ferramenta de intercâmbio de conhecimentos com a equipe de saúde.

A superação dos efeitos do nascimento precoce e o estabelecimento dos sentimentos positivos, que são efetivamente promotores nas relações, só poderão vingar a partir do momento que for possibilitado o contato de forma mais contínua e duradoura entre pais e filhos. Para que estas mudanças ocorram devemos levar em consideração a necessidade das famílias serem acolhidas na unidade neonatal e terem uma boa relação com a equipe.

Lamego, Deslandes e Moreira (2005) enfatizam que este tipo de aproximação entre os profissionais e os usuários do sistema de saúde formal trata-se de relações que estão sempre voltadas para as individualidades, para o uso consciente e apropriado da tecnologia hospitalar e para o efetivo acolhimento do bebê e sua família. Em síntese, os dados mostram que a comunicação efetiva entre a tríade e os profissionais deve ser embasada num processo que promova de forma simétrica e genuína o desenvolvimento do diálogo, pois este é uma das principais ferramentas para a viabilização, manutenção e aprofundamento paulatino das interações entre pais e filhos nascidos prematuramente e/ou com baixo peso.

6.3 PARTICIPAR ATIVAMENTE DO COTIDIANO DA UNIDADE

Aos poucos, o convívio diário dos pais no ambiente neonatal e as interlocuções que ocorrem com os profissionais da equipe vão enfraquecendo a sensação de estranhamento, fazendo com que o cenário tenha o seu “peso” diminuído. Para os casais o que realmente importa é que com o decorrer do tempo consigam ultrapassar as dificuldades iniciais, entrando e saindo da unidade da forma “mais natural possível”; entretanto, segundo seus depoimentos, isso não se dá de uma hora para outra, mas requer paciência, compreensão e atitudes pró-ativas da equipe neonatal.

Mesmo que mergulhados em sentimentos ainda ambivalentes e cerceados pelo futuro incerto, o pai e a mãe do neonato reforçam o desejo de se sentirem “livres” para circular nas dependências da unidade (talvez a única “liberdade” que realmente possam desfrutar no atual momento) e, em complementaridade, que possam ter o direito de permanecerem com a criança o tempo que acharem necessário e prazeroso. Em suas percepções, estes são dois aspectos promotores do apego com a criança, uma vez que auxiliam no entendimento das suas necessidades e os ajudam a exercitar a paternagem e a maternagem, preparando-os para o momento do retorno ao domicílio.

6.3.1 TER LIBERDADE PARA IR E VIR NO AMBIENTE NEONATAL

A satisfação dos pais frente à flexibilidade dos horários, bem como a autorização expressa e aceita por todos os profissionais quanto às suas presenças na unidade de internação neonatal, sem que haja obstáculos para suas idas e vindas, são princípios que facilitam o apego, pois ambos expressam sentimentos de acolhimento e, sobretudo, expressam que a mulher e o homem não precisam pedir permissão para a equipe para que sejam “pai” e “mãe”. São atitudes que os levam a sentimentos de pertencimento no cotidiano assistencial, ou seja, a sensações de inclusão, e não de afastamento.

Em muitos serviços este livre acesso dos pais é mais restrito, levando a um contato e envolvimento menos efetivo. Os casais que circulam pelo ambiente neonatal não devem ser vistos como intrusos ou como alguém que vai apenas para fiscalizar o trabalho da equipe, mas sim, conforme apontam Fonseca et al. (2004), a importância

dos pais neste espaço é de serem aliados, principalmente no processo de assistência junto ao filho pré-termo e/ou de baixo peso, reduzindo a ansiedade e aumentando a autoconfiança. Portanto, à medida que a família vai sendo inserida no espaço da unidade neonatal, ela passa a trazer consigo uma vivência mais calorosa, humana e afetuosa.

Para os casais estudados, a possibilidade de ter as portas “abertas” era sempre enfatizada como algo que os deixava menos angustiados e conseguiam perceber os progressos do bebê diariamente, como podemos perceber na fala de Leão: *“gosto de estar aqui, por perto, vendo ela crescer, cuidar dela. Ela ta cada dia mais bonitinha e ta até criando uma carninha. Ainda bem que eu posso entrar a qualquer hora e a Coala, então, nem se fala. Seria tão bom se todos os pais de bebês prematuros pudessem ter esta mesma oportunidade”*. Para os pais, esta é a certeza de que estão por dentro de tudo que está acontecendo com seu filho, além ser um lenitivo frente ao longo caminho que ainda terão que percorrer.

O contato entre pais e filhos não só deve ser propiciado, mas, sem dúvida, incentivado, sem sofrer restrições, pois para o pré-termo o fato de ser colocado pele a pele com seus pais, favorece o seu amadurecimento neurocomportamental, fazendo regredir as características de sensibilidade e imaturidade, provenientes do nascimento prematuro. Ferreira, Vargas e Rocha (1998, p. 113), defendem que “para o bebê, o princípio do prazer deve predominar”, ou seja, esse prazer está diretamente ligado a todo tipo de troca afetuosa entre pais-recém-nascidos, favorecendo os aspectos maturacionais e promovendo respostas efetivas.

É importante enfatizar que estas ações são benéficas e proporcionam uma intensa interação entre a tríade pai-mãe-filho, e caso não seja oferecido ao homem e à mulher o livre acesso e a liberdade de ir e vir, é provável que o estabelecimento do vínculo e do apego entre a tríade fique prejudicado e conseqüentemente, o cuidado também. Percebi no ambiente estudado que a flexibilidade da equipe com relação a livre permanência dos pais no setor facilitou que os casais estivessem presentes na unidade neonatal sempre que desejaram, gerando com isso maior envolvimento, compromisso e relações mais harmônicas entre os membros da família.

6.3.2 TER A POSSIBILIDADE DE FICAR JUNTO DA CRIANÇA EM TEMPO INTEGRAL AJUDA A ENTENDER SUAS NECESSIDADES E SEUS PROGRESSOS

O recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso tem suas especificidades e singularidades que só poderão ser compreendidas pelos pais a partir do momento em que estes conseguirem superar os sentimentos e sensações do parto prematuro, passarem a aceitar a situação atual e tiverem o compromisso de ficar junto ao filho. Estas são condições indispensáveis para que os pais possam perceber as necessidades e os progressos da criança, diariamente, no transcorrer desta jornada que, muitas vezes, é percebida pelos pais como sendo extremamente pesada e obscura. A partir do momento em que o homem e a mulher conseguem este contato de forma integral, tanto as suas necessidades de afeiçoamento, quanto a do bebê, começam a serem aprimoradas, no sentido de amadurecê-las, superando gradativamente todo o processo de internação e produzindo então respostas efetivas.

Segundo Roy (1984), geralmente estas respostas efetivas estão relacionadas com algumas reações inatas dos indivíduos, mas há também aquelas que se encontram relacionadas com o ambiente em que estão inseridos, ou seja, os pais querem seguir seus instintos materno e paterno, porém, muitas vezes, são coagidos pelo ambiente inóspito da neonatologia. Com a promoção do contato precoce e de alguns estímulos oferecidos pela equipe, os casais passam a superar tais dificuldades e respondem de forma positiva nas trocas afetivas com o bebê e vice-versa.

Os pais participantes do estudo foram unânimes em afirmar que quanto maior foi a frequência e a duração do tempo de permanência junto aos recém-nascidos, melhores foram as chances de compreenderem o comportamento “imaturo” do mesmo. Os bebês pré-termo e/ou de baixo peso têm o sistema neurológico ainda em desenvolvimento, fazendo com que sob determinados estímulos apresentem comportamentos pouco desejados e esperados tanto pelo pai quanto pela mãe. Algumas ações de proximidade com o neonato, como por exemplo, o contato tátil em ritmo de carícia, gera no bebê irritabilidade e estresse, que são expressos por movimentos corporais intensos e muitas vezes acompanhados de choro, causando nos pais tristeza e incertezas nesta relação. Porém, o modo de comportamento do recém-

nascido se dará diferentemente quando o homem e a mulher perceberem no dia-a-dia, ou até mesmo em decorrência da orientação transmitida por algum profissional, que tais sinais de agitação serão abolidos quando a criança receber o toque contido. A partir daí o casal passa então a compreender melhor o significado de cada gesto realizado pelo filho e consegue mais naturalmente deixar aflorar tanto o papel materno quanto o paterno.

Durante este estudo percebi que para os casais era muito mais fácil perceberem a imaturidade do recém-nascido frente às características físicas, do que compreenderem sua imaturidade neuropsicomotora. Foi necessário, inúmeras vezes, resgatar as diferenças de comportamento e reações do bebê a termo com relação ao pré-termo, pois percebia que quando o neonato não correspondia ao esperado pelos pais, era como se tudo estivesse em “estaca zero” e, que todo o “investimento” feito até o momento havia sido em vão. Os pais achavam que somente eles tinham afeição à criança e que o bebê pouco estava se “importando” com os sentimentos materno e paterno.

Outro fator importante destacado foi a frequência com que o casal ia à unidade neonatal, destacando que quanto maior o tempo de permanência deles no setor, maior era o conhecimento sobre o modo de comportamento do bebê, identificando qual a melhor forma de se aproximarem e se vincularem ao filho. Para Klaus e Kennell (1993) somente com o contato diário é que os pais poderão sentir-se responsáveis pelas respostas do bebê e então, já familiarizados com o filho, conseguirão estabelecer um maior vínculo afetivo.

Muitas vezes percebia que o choro do bebê era a forma de aproximá-lo dos pais. Era comum, no cotidiano neonatal, que os membros da equipe fossem primeiramente identificar a causa do choro através da exclusão de tentativas, como por exemplo, olhavam se a fralda estava suja; se havia algo ao redor da criança que estivesse gerando incomodação ou dor; se o soro estava correndo fora da veia, dentre outros. Somente após terem descartado todas as probabilidades é que recorriam aos pais, em especial à mãe que, geralmente, era quem permanecia com maior frequência no ambiente hospitalar. Com a chegada do casal ou mesmo apenas da mãe, era incrível! Bastava ouvir a voz suave, sentir o toque-presença, que o bebê aos poucos cessava o

choro, ficando alguns minutos em alerta, atento à voz e olhando para a face de quem lhe dirigia o afago, como querendo dizer um “muito obrigado por vocês existirem”, e logo adormecia. Enquanto pesquisadora e enfermeira, eu ficava cada vez mais fascinada pelo poder “calmante” que tanto a mãe quanto o pai exerciam sobre o filho, e de como a criança se sentia protegida e amparada por seus genitores. É um conjunto de dados inter-relacionados que merece, inclusive, maior aprofundamento. Mas também acredito que esta compreensão foi promovida em razão de perceber que realmente os pais se sentiram importantes para o filho, que conseguiram identificar os seus limites enquanto homem e mulher e compreenderam as necessidades biopsicosociais de seu recém-nascido.

No convívio com os casais percebia que a quase totalidade deles identificava que a recuperação clínica do recém-nascido estava diretamente ligada à sua transferência da UTI para a sala de cuidados intermediários e mínimos, bem como a saída do bebê da incubadora para o berço. Estas mudanças conferiam um elevado grau de satisfação e a certeza de que os riscos estavam amenizados, como podemos perceber nas falas de Cravo e Coala: *“quando a gente vê lá na incubadora é uma coisa, agora depois que sai da UTI e passa para esta sala é bem melhor. E depois que colocaram ela no bercinho nem se fala, fica tudo mais real”*; *“fiquei mais feliz quando ela mudou de sala e melhor ainda quando ela foi para o berço, porque ficou mais calminha. Ela não gostava de ficar lá dentro”*.

As mudanças de salas e da incubadora para o berço não mudaram apenas os sentimentos dos pais, mas também revelaram mudanças comportamentais significativas nos bebês, pois com a saída da UTI para a sala de cuidados intermediários, deixaram para trás não só o ambiente como também todos os equipamentos que constantemente emitiam sons desagradáveis, e muitos desses, associados aos procedimentos e ao manuseio excessivo, geravam dor e desconforto. Quanto à transferência da incubadora para o berço, as reações eram ainda mais significativas, deixando as crianças calmas, aparentemente mais acolhidas, denotando ao berço um mundo sem “barreiras”, mais caloroso e facilitador das trocas afetivas com seus pais.

6.4 TROCAR EXPERIÊNCIAS COM OUTROS PAIS QUE VIVENCIAM SITUAÇÕES SIMILARES

Muitas vezes o casal acredita que a vivência do parto e nascimento prematuros é algo bem particular, ou seja, que só acomete à sua família. Esta percepção é construída a partir das sensações de medo e apreensão geradas pelo acontecimento inesperado e incerto que, por períodos variados, de certa forma dilui os sonhos e transforma a realidade em um “fardo pesado” demais para se superar. Mas ao ingressarem na unidade neonatal, paulatinamente começam a perceber que esta realidade também faz parte da vida de tantas outras famílias, e então, ao perceberem que possuem “parceiros”, o pai e a mãe prematuros parecem conquistar força renovada para lidar com a situação e, aos poucos, dialogando com esses pares, são levados a uma melhor aceitação e superação das frustrações, tornando o dia-a-dia mais ameno.

Porém, apesar de estarem vivendo situações similares, percebi que os casais levavam certo tempo até conseguir se sentirem à vontade para compartilhar sensações, significados ou experiências. Geralmente o contato partia do casal que estava há mais tempo com o filho internado na unidade neonatal, sendo que o diálogo, para a maioria, começava com palavras de conforto do tipo: *“você vai ver como ele (o bebê) vai ficar bem”*, ou, *“não se preocupa, todo mundo aqui é legal e ajudam bastante”*.

No início as palavras são poucas e a troca de olhares mais intensa. Com o passar dos dias, estando mais situados e se sentindo mais acolhidos, os pais começam a “alargarem” o olhar, prestando mais atenção nas demais pessoas que circulam no ambiente e então, num determinado momento, se dão conta que ali há outros pais e outros recém-nascidos prematuros, de baixo peso ou com sérios problemas clínicos. A partir daí, começa a acontecer uma progressiva aproximação, sendo que as atividades da vida diária com o bebê, intercaladas com a entrada e saída dos pais da unidade neonatal, dão o “tom” sobre o tempo de duração e a intensidade dos encontros entre eles. Percebi que as interações mais íntimas ocorriam geralmente nos horários das mamadas; no momento em que estavam com o bebê em posição canguru; nas oficinas oferecidas pelo serviço voluntariado da instituição; no “hotelzinho”; na Central de Incentivo ao Aleitamento Materno, enquanto as puérperas ordenhavam; ou simplesmente nos corredores da maternidade.

Percebiam a importância deste convívio, pois formavam boas amizades, proporcionando períodos de descontração e relaxamento, à exemplo de Rosa, ao dizer como se sentia neste convívio: *“é muito bom conversar com os outros pais que estão aqui, que têm filhos pequenos igual a nossa; aprendemos com isso. Quando vou para a oficina fazer trabalhos manuais, damos boas risadas para descontrair”*.

Conforme apontam Fonseca, Scochi e Mello (2002), as trocas de experiências entre os pais configuram um grande aprendizado que muitas vezes é intermediado pela enfermeira que atribui maior significado a estas relações e na continuidade neste processo de crescimento coletivo. Alonso (2003) complementa a idéia, ao enfatizar que estas relações se tornam mais do que uma troca de ensino e aprendizagem do cuidado; representam a possibilidade de proximidade com alguém mais sensível, que favoreça expressar mais facilmente seus sentimentos.

Além de obter maior aprendizado através do exercício coletivo e da escuta sensível, os pais dos bebês pré-termo, muitas vezes, sentiam que a carência da rede familiar ficava amenizada, pelo fato de compartilharem bons e maus momentos, tendo quase sempre um “ombro amigo” para desabafarem suas angústias, medos e incertezas. Era comum também ver as mulheres incentivando umas às outras nos horários das mamadas, principalmente na madrugada, que muitas vezes, era vencida pelo cansaço físico das mesmas.

No decorrer do estudo, aproveitava a boa relação que havia entre os casais, me aproximando daquele que mais efetivamente havia superado as dificuldades e estava convicto de que o contato pele-a-pele promoveria uma interação maior com o bebê, incentivando que os mesmos expressassem aos demais pais os avanços que tiveram nas relações pais-mãe-filho e promovendo para que dessem depoimentos sobre os benefícios que sentiam ao realizarem o contato. Quando os casais ouviam os depoimentos desses outros pais, eu percebia que havia uma expressão facial e corporal que era algo diferente de quando eu mesma dizia ou qualquer outro membro da equipe. Ao se sentirem mais estimulados, após a conversa com os pais “experientes”, os neófitos então aparentavam maior disposição para “testar” a posição, mesmo que ainda um pouco titubeantes. Era como se a palavra dos pares fosse mais forte e verdadeira;

afinal, quem estava falando dos progressos eram pais que estavam na mesma situação e que já haviam percorrido um pedaço maior desta estrada que parecia não ter fim.

Estas relações foram tanto para mim enquanto enfermeira-pesquisadora, quanto para os profissionais que pertenciam a este contexto, muito significativas, pois é importante perceber que isso pode ser usado como um instrumento fundamental de apoio para a introdução e permanência do trio no MMC.

A conversa que ocorria quando as mulheres que participavam das oficinas era vital, pois as trocas lá ocorridas eram tão positivas que, ao se dirigirem, logo em seguida, para a unidade neonatal apresentavam-se mais soltas, sorridentes e entusiasmadas para continuar cuidando do filho e, particularmente, para colocar o filho em contato corporal, gerando com isso, um contato mais prazeroso da mãe com o bebê.

Os benefícios que a troca de experiência com outros pais pode trazer são apontados por diversos autores, porém Vasconcelos, Leite e Scochi (2006) enfatizam que a instituição que acolhe pais e bebês pré-termo deve estar preparada para direcionar os casais, em especial a mulher, para alguma atividade que favoreça o diálogo e consiga apoiá-los nos momentos de dificuldade pelo qual a família poderá ou já vem passando dentro de uma unidade de alta complexidade assistencial. Somente com a viabilidade dos pais trocarem experiências, terem momentos de reflexão e de descontração, é que o processo de hospitalização se tornará mais ameno e mais propício para a (re) construção do apego.

6.5 TER A OPORTUNIDADE DE (RE)CONHECER-SE NO PAPEL DE MÃE, DE PAI E DE FILHO

Em nosso meio, quando ocorre o nascimento de uma criança normal e a termo, frequentemente mãe e filho permanecem alguns dias na instituição maternidade e em seguida retornam ao domicílio. Uma vez em casa, geralmente a família recebe visitas de parentes, vizinhos, conhecidos, colegas de trabalho e outras pessoas de suas relações sociais que, de imediato, cumprimentam o homem por ter se tornado 'pai' e a mulher, por ter se tornado 'mãe'. Mesmo que não seja o primeiro filho, o fato de serem reconhecidos e festejados como tal, paulatinamente, auxilia na incorporação desses

papéis sociais. Mesmo na maternidade, enquanto pais e bebê estavam inseridos no contexto do alojamento conjunto, já foram se familiarizando com algumas responsabilidades até então nada comuns no cotidiano dos casais, principalmente se são pais de primeira viagem. Ao verem e sentirem o recém-nascido em seus braços o homem e a mulher percebem que tudo se tornou mais real e que agora precisam incorporar estes papéis no seu dia-a-dia.

A literatura é pródiga em relatar que o papel social da mulher está muito ligado ao contexto familiar, que envolve a organização do lar, o cuidado com o marido, e principalmente o cuidar, criar e educar os filhos. Ainda há as que além de realizarem todas estas funções, estão ligadas também a alguma ocupação profissional, aumentando suas obrigações diárias. Já, para o homem, a sociedade delega as obrigações financeiras e administrativas de sustento de sua família. Muitos ainda se sentem como sendo o “chefe de família” e pouco participam da educação dos filhos. Muitos homens pouco se vêem realizando as tarefas vistas como sendo femininas, principalmente no cuidado ao seu bebê; pré-termo então, nem se fala! Nos casais estudados o comportamento materno se confirmou, já o comportamento paterno mostrou justamente o contrário, tendo a participação ativa do homem no processo de cuidar e nas relações com o filho, assumindo por inteiro sua função de pai. No entanto, algumas literaturas já vêm trazendo esta transição do ser homem e do ser pai. Ficou evidente nesta pesquisa que um fato importante que motivou o homem a estar próximo e inserido no cuidado da criança é que desde que recebeu a notícia que iria ser pai, fez questão de acompanhar cada passo da gestação. Mas nada foi fácil, principalmente porque a gravidez não havia sido planejada. Monticelli (1994, p. 148) destaca que “a chegada de um novo ser humano instaura a necessidade de reorganização de alguns papéis que pareciam estar consolidados antes da chegada do recém-nascido”. Os pais precisam de alguma referência, seja ela familiar ou profissional, para conseguir desvendar os mistérios da maternidade e da paternidade, buscando aprimorar seus instintos no decorrer dos nove meses de gestação.

Mas e quando ao invés da criança nascer aos nove meses de gestação, ela se antecipa e vem ao mundo antes do previsto? Certamente os pais sabem de suas responsabilidades e atribuições, mas muitas vezes isto fica ofuscado pelo temor de não

conseguir dar conta daquele bebê que ali está e que difere por completo do esperado e planejado por eles. Neste caso, os pais podem até imaginar as necessidades da criança, porém não conseguem trabalhar com seus sentimentos, uma vez que estes contradizem um sonho. Surge então a necessidade de reorganizarem seus planos, postergando a volta para casa e permanecendo por um período mais longo dentro do hospital.

Para a maior parte dos casais com os quais trabalhei foi difícil aceitar a chegada precoce do recém-nascido, exceto um casal que devido à gemelaridade vinha se preparando para a chegada antecipada dos bebês; mesmo assim o pai e a mãe sofreram frente à necessidade de não poderem se manter tão próximos como planejavam. Somente a partir do momento em que identificavam melhor a situação e passavam a fazer parte dela é que conseguiam assumir a maternagem e a paternagem, expressos através do cuidado direto à criança e pela iniciativa do casal em praticarem o MMC mais efetivamente.

6.5.1 RESPONSABILIZAR-SE PELO CUIDADO DIRETO À CRIANÇA

O papel exercido pelos pais durante todo o período de adaptação pós-natal é um ensaio para que realmente compreendam as múltiplas fases que o bebê pré-termo e/ou de baixo peso vai passar. Este exercício, também de certa forma “precoce”, exige um redimensionamento na forma com que os pais são inseridos na unidade neonatal e, mais que isso, como são levados a se relacionarem com o filho, não apenas de forma a manifestarem expressões faciais ou orais de carinho e afeição, aprenderem a apreciar os progressos, ou mesmo serem conduzidos a tocarem os filhos de modo “correto”, mas como executores de cuidados aos mesmos, tornando-se um preditivo para a convivência no contexto domiciliar. Muitas vezes o simples movimento de ir e vir proporciona para os pais mais autonomia com o recém-nascido, favorecendo as relações afetivas.

Em uma unidade neonatal é comum percebermos mais o movimento corporal dos profissionais do que dos pais. Geralmente os casais ficam observando como tudo acontece e atribuem à equipe a responsabilidade de realizar os cuidados diretos a criança, sem se envolverem com o bebê. Porém, muitas vezes, pode ocorrer o contrário, ou seja, dos pais quererem assumir o filho e a equipe pouco perceber este

interesse por parte deles, ou até mesmo agirem mecanicamente, pois argumentam que não conseguem transferir as responsabilidades do cuidado para os pais. Outro fator importante é que os pais pensam que enquanto o bebê estiver internado, quase que na condição de um ‘doente comum’, é que somente a equipe poderá se envolver no cuidado.

Enquanto estava acompanhando os casais e seus filhos na unidade neonatal, via como tudo acontecia, da vontade que o pai e a mãe daquele bebê tinham de fazer tudo aquilo que era feito por terceiros, misturado com a insegurança. Percebia que quando um profissional pedia auxílio para o pai ou para mãe, ambos se olhavam como que quisessem dizer: *“será que vou dar conta?”* Nestes momentos eu, enquanto facilitadora, entrava em ação encorajando os mesmos a assumirem gradativamente os cuidados que lhes fossem atribuídos em busca de uma maternidade e de uma paternidade mais real.

A partir do momento em que percebiam que os cuidados ‘simples’ de higiene e conforto, de alimentação e afeto ‘poderiam ficar’ sob suas responsabilidades, o homem e a mulher mudavam suas expressões e, primordialmente, passavam a se interessar mais pelas visitas ao filho, a se aproximarem com maior interesse do recém-nascido e a vislumbrarem novas qualificações no que diz respeito ao desempenho de seus papéis para o vínculo familiar. O depoimento de Rosa auxilia nesta compreensão: *“agora me sinto mais útil. Ah! Eu me senti mais mãe dela, porque na verdade quem estava cuidando eram as enfermeiras, eu não assumi o meu papel totalmente, então quando eu fiz alguma coisa eu tive muita alegria e bastante satisfação”*. Era em ocasiões como essa que os casais deslanchavam no processo da formação do apego. Para este “acordar”, no caso de Rosa e Cravo, por exemplo, foi necessário passarem para um longo período de adaptação, que lhes fazia compreender tudo o que estava a sua volta, fazendo-os aceitar melhor o evento da prematuridade, sentindo o filho como sendo seu e não da unidade. Para a equipe era notório que o bebê era um paciente, um ser humano dependente dos seus cuidados para sobreviver, mas para os pais, eu acreditava ser algo bem mais superior a isto, pois era acrescido de afeto, de identificação pessoal e principalmente, de amor familiar; algo que a equipe não supre.

Isto confirma a declaração de Bowlby (2002), de que o tempo de aproximação dos pais com o seu bebê poderá variar de acordo com o ambiente físico, das pessoas que ali se encontram e que participam do cuidado. O apego só irá acontecer quando o casal conseguir superar suas dificuldades e expressarem seus sentimentos através do toque, da fala, do contato visual, dentre outros. Para que tais expressões e sentimentos aconteçam, nada mais próximo e facilitador do que os pais conseguirem realizar o cuidado de forma integral ao bebê, atribuindo aos profissionais apenas os que não lhes compete e que exija um grau de conhecimento técnico científico mais específico para promoção e restauração da saúde do recém-nascido.

Assim, quando os pais despertavam para o cuidado, é como se aquele período em que só se mantinham por perto fosse um estágio de aprimoramento de suas habilidades, conforme podemos perceber no relato de Nuvem, que dizia saber dar bem o banho porque a enfermeira mostrou como deveria ser feito: “*aprendi tudo muito rápido [...], aprendi foi dar banho, amamentar e dar o complemento pela sonda e via oral, acho muito importante* [expressão de felicidade e confiança]. *Me sinto mais mãe*”. Queirós e Jorge (2004, p. 71) acreditam que “durante a atuação de cuidados com a criança, sempre encontramos espaço para a educação em saúde, especialmente no contato com a criança e sua família”.

É interessante registrar que quando os pais assumem o cuidado direto com a criança é comum que eles coloquem em prática algumas características culturais, que vêm passando de geração em geração, principalmente os casais que possuem outros filhos ou que acompanharam e realizaram os cuidados a um bebê, como por exemplo, colocar roupa amarela quando a criança está com icterícia, com a finalidade de que a mesma regrida mais rapidamente. Frente a estas atitudes cabe a nós, profissionais, orientar sobre os cuidados, mas não nos cabe julgar, afinal conforme descreve Queirós e Jorge (2004, p. 72), “é preciso entender que o ser humano possui sua história, suas experiências de vida resultantes do convívio familiar [...]”, e que são rituais ligados ao sistema familiar de saúde, portanto, ajudam a solidificar a incorporação dos papéis sociais.

6.5.2 “COLAR-SE” AO FILHO: O CONTATO CORPORAL AJUDANDO A SUPERAR A SENSACÃO DE QUE A CRIANÇA É “QUASE NADA”

Quando aos pais é oferecida a oportunidade de realizarem o contato pele-a-pele com o pequeno bebê, é como se estivessem conseguindo findar o processo gestacional que foi bruscamente interrompido. Percebe-se que o corpo e seus movimentos são aliados importantes para a troca de sentimentos entre pais e filho, pois o contato corporal transfere desde emoções comuns, como também aquelas com maior complexidade, através do calor transferido do adulto para o bebê. Algumas alterações biológicas também foram percebidas por mim ao observar as reações do neonato frente a uma maior proximidade com seus pais. As mais significantes foram as alterações cardíacas e respiratórias, pois os bebês mantinham a frequência cardíaca nos limites da normalidade ou com uma leve taquicardia, bem como o padrão respiratório que se mantinha sem queda de saturação, denotando a importância desta ação de proximidade.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração refere-se à manutenção da temperatura corporal do neonato, que sofre mudanças quando em contato pele-a-pele, mantendo a criança aquecida e estável, o que gera um grau de satisfação ainda maior nos pais, como se pode conferir no depoimento de Cravo: *“eu gostei muito quando fiz o canguru, pude botar no colo. É uma posição tão gostosa, parece assim que a gente se sente bem, também assim [...]. Um dia fiquei ali com ela, aí botaram o termômetro, ela tava geladinha, aí colocaram em contato pele-a-pele, coladinha em mim, colocaram o cobertorzinho, parece que tudo ficou mais real, mas até que ta lá dentro a gente ta vendo e tudo o mais. Quando a gente ta perto é tudo mais real, a gente se sente mais útil, né, a gente ta segurando, ta juntinho, ta quentinho, a criança esta se sentindo bem. Antes ta agitadinho, depois, fica calminho, é muito bom”*.

Frente ao contato corporal com o pai ou com a mãe, o recém-nascido apresenta comportamento de afeição e de comodidade. Era comum perceber que ao serem colocados na posição canguru os bebês ficavam por um período em alerta interagindo com os pais e com o ambiente e, em seguida, embalavam no sono do aconchego fraternal que perdurava até a chegada da hora de retornar para a incubadora. Para o casal, este contato transferia a sensação de estar gradativamente superando a idéia de

que a criança é um “quase nada”, passando a ser mais otimista e buscando maior incentivo, principalmente com relação ao aleitamento materno. Este contato, conforme descreve Mota, Sá e Albuquerque (2005), melhora as respostas sensório-motoras do recém-nascido, diminui o estresse bilateralmente, além de favorecer, definitivamente, a interação pais-bebê.

Enquanto observava os pais “colados” ao filho, vislumbrava muitas sensações e emoções, e procurava sempre dar sentido a elas, pois só assim poderia perceber onde estavam ocorrendo as facilidades e dificuldades de se estabelecer o apego. O importante é podermos sentir a intensidade e a qualidade dos sentimentos durante esta forma de aproximação, pois acredito que quando os pais se disponibilizam a ter o filho em seus braços, é porque possivelmente já superaram algumas dificuldades e estão conseguindo maior aproximação com a criança. Percebe-se claramente que o toque das mãos, o colo, as carícias, a fala carinhosa, os cuidados e a proteção dos braços e do calor do pai e da mãe proporcionam, como argumentam Lanzillotti e Shiratori (2006), experiências de tranquilização, necessárias para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, contribuindo generosamente para a sua vida futura, em suas relações sociais.

6.5.3 SER CHAMADO PELOS MEMBROS DA EQUIPE DE “MÃE” E DE “PAI”

O “ser mãe” vem, ao longo dos anos, recebendo muitos significados, sendo o mais corriqueiro, na linguagem popular, no sentido de ser aquela que ama incondicionalmente o filho, que o acolhe, que o afaga, que sofre, e até mesmo, que dá sua vida por ele. Com o “ser pai” talvez o significado seja desprovido de tanto sentimentalismo e mais voltado para questões práticas, como aquelas relacionados aos recursos econômicos para prover o sustento familiar. No cotidiano de uma família é comum também que, em determinados locais da nossa sociedade, como nos postos de saúde, em consultórios, colégios, dentre outros, os pais não sejam mais chamados por seus nomes, e sim de “pai” e “mãe”, fazendo com que percam indiretamente suas identidades pessoais de homem-esposo, de mulher-esposa, resumindo-se apenas à função paterna e materna. No entanto, no caso dos casais que acompanhei durante este

estudo, acontecia justamente ao contrário, esta identificação era extremamente valorizada e agradável. Ser chamado de pai e mãe representava, para eles, a denotação de suas responsabilidades e compromissos, além de reafirmarem a si mesmos, de forma subjetiva, que aquele bebê que está dentro da incubadora “lhes pertence”.

Os pais que têm seu filho pré-termo parecem necessitar ainda mais desta denominação, por não se sentirem muitas vezes prontos para tal experiência. Com o decorrer das aproximações, eles acabam se acostumando com a situação e passam a aceitar mais facilmente esta relação de pai-filho, mãe-filho; acreditando ser um modo carinhoso que a equipe tem de se comunicar com o casal, tornando mais determinante e próximo o convívio. Leão e Rosa expressam bem estas transformações que estimulam os pais: *“sabes que eu já sou pai de outro, mas não é por isso. É que agora é diferente. A gente é pai, mas era pra vir bem depois, não agora. Então eu gosto que me chamem de pai. Parece que me acorda. Foi tudo tão inesperado”!* Ou então: *“quando chego na unidade logo vou ver minha filha, aí, quando entro, gosto de que me chamem de mãe. – ‘Mãe quer pegar’ aquele negócio [...]. ‘Daí já faz bem para o ego, então eu gosto que me chamem de mãe, acho carinhoso ser chamada assim”.*

Outra necessidade a florada tanto no homem quanto na mulher é que essa nomenclatura, de pai e mãe, parece redefinir e enfatizar suas escolhas, papéis e atribuições no cuidar do bebê, destacando o que há de melhor na maternidade e na paternidade, conseguindo mais facilmente vincular-se ao filho. Em contrapartida, é muito forte quando pré-julgamos o comportamento de alguns pais sem saber por quais dificuldades de enfrentamento estão passando. Assimilar todas as mudanças na rotina das famílias já foi bem discutido neste capítulo, mas com relação ao significado que atribuímos ao “ser pai” e ao “ser mãe” é que devemos ficar mais atentos. Para alguns pais, como no caso de Céu, é um choque esta passagem de homem para pai. Em alguns momentos em que estive inserida no ambiente neonatal, pude ouvir de algumas pessoas não somente da equipe, mas também de outros pais, que se a forma de aproximação com o filho não fosse aquela “padrão”, com muito carinho, diálogo e cuidado, com uma relação constante, não mereciam ao menos serem chamados de pai e de mãe, denotando a imagem de que a mãe deve agüentar tudo para o bem de seu filho, e que o homem deve ser forte, seguro e pouco demonstrar seus sentimentos.

Esta forma de raciocínio de que a mulher tem o dever de criar e cuidar de todos os filhos, certamente está atribuído conforme aponta Alonso (2003, p.74), como sendo “inerente ao próprio papel de preservação da vida familiar”, papel este atribuído ao gênero feminino. A mesma autora ainda destaca que, perante o papel que a mulher exerce no contexto domiciliar, a ela cabe a responsabilidade de zelar pelos integrantes desta família (ALONSO, 2003).

Deste modo entendemos melhor quando os pais-homens pouco querem tocar e assumir os cuidados de saúde e os de higiene e conforto de seu bebê pré-termo, preferindo apostar na sensibilidade materna. Nos casais que acompanhei pude perceber que era mais comum a mulher se aproximar mais rapidamente para assumir o cuidado, e que o pai era um coadjuvante neste processo. Contudo, em alguns casos como o de Leão, foi ele quem mais rapidamente assumiu esta responsabilidade.

Era freqüente perceber as expressões de surpresa do homem quando eu, por exemplo, o incentivava a ter o filho em seus braços, a fazer troca de fraldas, a participar do banho, dentre outras atividades de necessidades diárias. Frente a estas possibilidades, e porque não dizer, novas responsabilidades paternas, cheguei a ouvir a seguinte frase de um dos homens-pais (entre a incredulidade e o interesse): “*mas o homem também pode fazer tudo isso? Pensei que só a mãe é que poderia fazer essas coisas!*”. Talvez estes questionamentos surjam em decorrência do modelo que nossa sociedade espera de um homem neste momento, sendo aquele que serve apenas de apoio e esperança para sua esposa.

Porém, está cada vez mais comum na unidade-campo deste estudo, bem como em outras, a presença masculina executando o cuidado ao recém-nascido, de forma habilidosa e carinhosa, e se entregando por completo ao momento de aproximação.

Estudos encaminhados por Tronchin e Tsunehiro (2006) confirmam esta tendência do envolvimento paterno no cuidado no ambiente neonatal, o que para as autoras, este é um forte preditivo nas relações futuras. O fato dos pais-homens disporem de pouco tempo para permanecerem com o filho, me fez perceber que estes aproveitavam melhor todos os momentos, se entregando por completo, favorecendo um elevado envolvimento com o bebê, com trocas intensas de calor humano e

afetividade, vindo garantir um apego seguro e ao mesmo tempo, capacitando o pai para o cuidado domiciliar desta criança.

Frente a todo o envolvimento que houve dos casais estudados para com o filho, com participação ativa tanto do homem quanto da mulher, foi fácil compreender esta satisfação que sentiam e declaravam ao serem chamados de pai e mãe, e também, como era perceptível nas reações do recém-nascido esta forte referência no cuidado e nas trocas afetivas.

6.5.4 O ALEITAMENTO MATERNO COMO ELO DE APROXIMAÇÃO MÃE-PAI-FILHO

A amamentação está ligada não só ao sustento do filho, como também ao contato corporal, que proporciona inúmeras sensações. Poder amamentar o bebê pré-termo e/ou de baixo peso configura um avanço no processo de internação para os pais. A prematuridade é um fator determinante que distancia consideravelmente o início da sucção do neonato diretamente no seio materno, conforme ocorreu com todos os recém-nascidos participantes deste estudo. Geralmente a rotina dispensada a esses bebês era de iniciar a alimentação com o leite materno via sonda; posteriormente passavam a receber o leite por seringa, que era oferecido através de estímulos de sucção nutritiva realizados na maioria das vezes pelo pai ou pela mãe; para, mais à frente, estando mais amadurecidos e clinicamente em condições, o bebê ser levado ao seio para ter os primeiros contatos com o leite saindo diretamente das mamas maternas.

Para as mulheres principalmente, este tão sonhado momento era esperado com muitas expectativas, como de contato físico, de afeto e de poderem finalmente cumprir com uma das únicas funções exclusivamente materna, o ato de amamentar. Para as puérperas estudadas, este momento eleva o ego e contribui diretamente para se apegarem de forma mais concreta ao filho, se sentindo extremamente útil, conforme podemos perceber no depoimento de Nuvem: *“sem palavras! É uma coisa que a gente se sente bem, é a melhor parte saber que elas estão se alimentando da gente e ganhando peso por causa da gente”*. Mas, para muitas mulheres, também passa a ser uma forma de expressão entre o corpo do neonato e da mãe que “perpassa o poder de

imposição”, de estar realizando apenas mais uma etapa do MMC, mas sim todo envolvimento afetivo, de reconhecimento que se estabelece nesta aproximação entre pais e filho (NAKANO, 2003, p. 358). A presença paterna no momento da amamentação contribui de inúmeras formas, dentre elas o de incentivar, apoiar e auxiliar sua esposa, como por exemplo, colocar o bebê para eructar após a mamada; além de ter a possibilidade de manter-se próximo ao filho.

Apesar da inexperiência, os casais estudados nunca pensaram em não amamentar o bebê, pelo contrário, queriam oferecer com maior frequência, para que a criança adquirisse maior tamanho, atingindo o peso necessário para a alta hospitalar e continuação dos cuidados em nível domiciliar.

Todas as mulheres sabiam da importância do leite materno para o recém-nascido. Aliás, para todas elas, isso era indiscutível. Também tinham algum conhecimento prévio de que quando se tratava de pré-termo e/ou de baixo peso, tornava-se ainda mais essencial, diminuindo ou até mesmo abolindo consideravelmente o uso de leite artificial. Para as mulheres puérperas, declarações científicas, como as de Vannuchi et al. (2004), por exemplo, de que o leite materno é o único que atende as peculiaridades do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, fortalecendo seu sistema imunológico, eram perfeitamente compreendidas e tinham consciência de que, além disso, também fortalecia o elo entre pai-mãe-filho. Durante a permanência no MMC, a questão não estava relacionada ao conhecimento dos casais a respeito dos benefícios da amamentação; o que estava em pauta era a operacionalização de tais conhecimentos. Percebia que precisavam de muito auxílio, incentivo e carinho para levarem à cabo seus objetivos e para que colocassem em prática os saberes prévios ou que iam adicionando durante a vivência destes dias de internação no pós-parto.

Bowlby (2002) e Roy (1984) compartilham a mesma idéia de que as respostas produzidas tanto pelos pais, quanto pelo neonato, ao estar em contato com o seio materno, é de que estas sejam uma das formas mais específicas de comportamento de apego que se pode ter entre os pais e os filhos, pois é neste momento que ocorre uma sincronia de movimentos corporais, aliado as trocas de olhares e de carícias, determinando o envolvimento e a intensidade das relações.

7 ASPECTOS COMPLICADORES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO APEGO DURANTE A PRÁTICA DO MMC

“Não adianta não chorar, não falar, não gritar, não desabafar. Porém nem sempre as pessoas que estão a nossa volta sabem como ouvir, o que falar e como aconselhar”.
(Odete dos Santos)

Neste capítulo são apresentados os aspectos complicadores da formação do apego durante a prática do MMC, seguindo a mesma linha de raciocínio e tendo a mesma intencionalidade da análise feita com relação aos aspectos promotores. Neste momento, são descritas em cada categoria e respectivas subcategorias, o que eu, enquanto pesquisadora pude observar e extrair do diálogo e das observações com os casais e recém nascidos participantes deste estudo. Durante a pesquisa constatei que muitos fatores realmente contribuíam para a perspectiva da formação do apego entre pais e filhos, mas em muitos momentos a situação era contrária, gerando sentimentos diversos e, algumas vezes, originavam indecisões frente ao futuro do neonato e deles próprios, enquanto pais precoces, levando a se questionarem se já estavam prontos para enfrentarem as dificuldades inerentes deste processo, a fim de estabilizar a afetividade recíproca e mútua com o recém-nascido.

Os aspectos complicadores da formação do apego englobam 6 categorias, assim distribuídas: a) a categoria 1, denominada de: **“Dificuldade inicial para ultrapassar o desafio de serem pais prematuros”**, é composta das subcategorias: “sentimentos de culpa, medo e insegurança dos pais com relação ao parto e nascimento prematuros”, e “desapontamento dos pais frente à impossibilidade de acolherem o filho ao nascer”; b) a categoria 2, denominada de: **“Equipamentos e ações da equipe neonatal frustrando a aproximação pai-mãe-filho”**, é composta das subcategorias: “a incubadora vista como barreira”, e “atitudes da equipe de saúde, durante a realização de procedimentos dolorosos no recém-nascido, gerando ansiedade e ‘dor’ também nos pais”; c) a categoria 3 foi denominada de: **“Desconhecimento e inabilidade dos pais com relação à imaturidade do RN para iniciar e manter o processo de amamentação”**; d) a categoria 4 foi denominada de: **“Entre a vontade de**

permanecer na instituição e a saudade de casa: conflitos permanentes e persistentes durante o processo de hospitalização”; e) a categoria 5 foi denominada de: **“Múltiplas, intensas e complexas demandas para cuidar do bebê ou o cansaço materno/paterno e as especificidades do cuidado ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso”**, e f) a categoria 6, por fim, foi denominada de: **“Insegurança dos pais ao levar o recém-nascido para casa”**.

7.1 DIFICULDADE INICIAL PARA ULTRAPASSAR O DESAFIO DE SEREM PAIS PREMATUROS

Este talvez seja o primeiro passo que o homem e a mulher tenham que dar para conseguir trilhar os caminhos que a prematuridade exige dos pais. Pode-se dizer que para todos os casais estudados, este foi um grande obstáculo a ser transposto, sendo que alguns conseguiram receber a notícia com mais “preparo”, como no caso de Nuvem e Céu, por saberem que a gestação era gemelar e que, nesses casos, é comum o parto acontecer antes dos nove meses de gestação. Já, para os outros, mesmo que tendo alguma perspectiva durante a gestação, de que o parto poderia ser prematuro, a realidade logo após o nascimento abalou suas expectativas e precisaram de acompanhamento mais intenso no momento da notícia inesperada de ter um filho pré-termo.

As dificuldades começam a surgir quando o homem e a mulher sentem-se de “mãos atadas” por não terem “nada a fazer e ter que aceitar a situação”. Os primeiros conflitos que surgem estão relacionados aos sentimentos variados que atingem o casal, talvez mais intensamente à mulher, em decorrência do pós-parto, um período considerado crítico e sensível. Além de todos os sentimentos negativos é relevante acrescentar que os casais tinham tudo planejado em suas mentes com relação ao momento do parto; planejamento este, decorrido do diálogo entre eles e com o restante das famílias, sobre como seria o parto; qual o tipo de parto que preferiam que ocorresse; as sensações “a serem provadas” na hora do nascimento, quando chegasse o derradeiro momento de segurar o filho nos braços pela primeira; o aguardado início da amamentação, dentre outros. Mas o desapontamento e a frustração por terem seus desejos diluídos é tão forte que, aliados às demais demandas pós-natais, acabam

dificultando o processo de aproximação entre eles e o bebê, postergando “a troca” entre a tríade.

7.1.1 SENTIMENTOS DE CULPA, MEDO E INSEGURANÇA DOS PAIS COM RELAÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO PREMATUROS

Com o nascimento de um filho pré-termo todos os planos do casal se transformam do dia para a noite, frustrando expectativas e colocando-os em uma realidade sem atrativos e longe do que esperavam, tanto para si próprios, quanto para o recém-nascido. Os sentimentos de culpa, medo e insegurança do homem e da mulher afloram ao perceberem o início do trabalho de parto, acabando com as últimas esperanças de levarem a gravidez até o final, passando a ter a certeza de que nada mais têm a fazer, a não ser, colaborarem para que tudo ocorra da melhor forma possível, torcendo para que o bebê nasça sem anormalidades e, mais do que tudo, que sobreviva!

Apesar de tudo ter acontecido dentro do que a equipe considerava ideal para um nascimento precoce, os pais deste estudo julgaram o momento do parto como sendo “aterrorizante”, no sentido de não saberem o que iria acontecer posteriormente.

Foi muito duro para estes pais terem que se separar do bebê logo após o nascimento e não poderem desfrutar daquele momento tão esperado. Referem terem sentido um misto de preocupações, sendo que dentre as mais apontadas por ambos, estavam aquelas relacionadas ao medo e insegurança com relação à sobrevivência do filho, bem como a culpa e a frustração de não terem conseguido levar a gestação até o final. Era muito comum ouvir a seguinte frase: “*mas por quê tudo isso aconteceu com a gente?*”.

Percebeu-se nos casais que a separação que tiveram do filho logo após o parto foi muito conflitante, gerando ainda mais inquietudes e um elevado grau de tristeza, principalmente por compartilharem o mesmo espaço no período pós-parto com mulheres que tiveram bebês a termo, saudáveis e que estavam desfrutando este momento com o recém-nascido aninhado ao seu lado, enquanto elas, mal sabiam onde, com quem e como estava seu tão sonhado filho. Toda esta situação de separação representava um grande vazio, transformava a euforia em disforia, levando mais

notoriamente a mulher a um processo depressivo que a distanciava ainda mais do contato com a criança.

Padovani et al. (2004) destacam a importância que a equipe tem de identificar o mais rápido possível estes sentimentos negativos que possam se elevar a um grau mais grave, vindo a afetar as relações entre pai-mãe-filho, dificultando o enfrentamento adaptativo da situação da prematuridade, levando a um estresse psicológico tanto materno quanto paterno, necessitando de uma intervenção mais direta e segura por parte da equipe de saúde.

A partir daí, é que podemos justificar a dificuldade que os casais apresentaram para filtrar e processar todas as informações transmitidas pelos profissionais, no primeiro contato com o ambiente neonatal, bem como, com a criança. Quando os pais passaram a frequentar mais a unidade neonatal, e conseguiam observar mais detalhadamente o bebê, foi notável que os sentimentos próprios do nascimento prematuro ficaram ainda mais exacerbados, prolongando o período de afastamento entre pais e filho. Não só o nascimento antecipado denota as múltiplas sensações e sentimentos do casal, mas principalmente as características físicas, motoras e cognitivas do recém-nascido pré-termo nada correspondem com o esperado pelos pais. O bebê é magrinho, tem a pele fina, as partes do corpo são desproporcionais, apresenta-se hipotônico, possui reações descoordenadas frente a determinados estímulos e tem pouca interação com o mundo exterior. Frente a todos esses acontecimentos é quase que humanamente impossível que os casais não tenham um desequilíbrio, tanto em nível pessoal, como familiar, ficando muito difícil enfrentar a hospitalização de um filho, principalmente pelo fato de não terem a certeza de sua sobrevivência. Este processo de luto é descrito por Brazelton (1988) como sendo algo já inconscientemente esperado, e destaca que todos os sentimentos negativos e todas as dificuldades dos pais de se adaptarem a nova realidade são inevitáveis.

Durante o decorrer desta pesquisa ficou evidenciado este processo de luto vivenciado pelos casais, sendo necessário conduzi-los em cada etapa da internação, aproximando-os, ou melhor, reaproximando-os da criança, incentivando os pais individualmente e/ou coletivamente, a superarem diariamente suas dificuldades.

Kenner (2001) debruçou-se exatamente sobre o que os pais sentem em cada uma dessas etapas, descrevendo-as como sendo estágios. Na primeira, ela aponta a negação, dizendo que os pais preferem acreditar que o pior não aconteceu ao seu filho, que ele está bem e logo irá para casa; na segunda, é a raiva que exprime o sentimento de culpa pela condição do pré-termo; com o tempo é aprimorado este sentimento. Então eles passam para a terceira etapa, que consiste na negociação, buscando na religião um apoio extra; na quarta etapa vem a depressão, os pais “acordam” para a realidade, podendo agir de duas formas, calando-se, mas mantendo-se próximos, ou ausentando-se por completo, negligenciando o cuidado. Por fim, a quinta etapa consiste na aceitação, quando os pais começam a se inserir no cuidado, se tornam mais próximos e afetuosos com a criança.

Percebeu-se que os casais deixaram clara a passagem por cada uma dessas etapas, sendo muito parecidos os comportamentos, diferindo apenas no tempo de superação de cada uma destas etapas, necessitando de uma constante adaptação por parte do homem e da mulher para o enfrentamento da realidade.

7.1.2 DESAPONTAMENTO DOS PAIS FRENTE À IMPOSSIBILIDADE DE ACOLHEREM O FILHO AO NASCER

O que os pais esperam logo após o momento tão especial do nascimento é a possibilidade de acolherem o filho, ter um contato corporal que concretize e os faça sentir o “verdadeiro sentido” de serem pais. Mas, muitas vezes, como no caso dos casais em estudo, todas essas expectativas ficaram apenas na vontade, pois o contato corporal não foi possibilitado e os pais tiveram a sensação de que o processo de nascimento ficou inacabado. A quebra dos projetos feitos para cada fase do nascimento é rompido pelo nascimento prematuro e principalmente pela retirada brusca do bebê próximo dos pais, sendo levado para um ambiente nada familiar e à mercê de diferentes estímulos. Carraro (1998) diz que o estado emocional do casal irá depender da forma como foi direcionada a assistência aos pais no momento do nascimento. O casal por sua vez, permanece no centro obstétrico “sozinho”, sem o filho aninhado, cheirando e sugando o seio materno e não ouvindo e sentindo a presença paterna.

Sem esta possibilidade de estarem em família, se descobrindo e se fazendo conhecer, Ferreira e Vieira (2003) destacam em seus estudos que toda separação ocorrida de forma brusca, sem que haja um contato mais próximo entre pais e filho no momento do nascimento, pode acarretar no futuro, danos tanto no desenvolvimento do bebê, quanto no senso de competência dos pais, abalando a relação de apego.

Esse momento de transferência do neonato para a unidade neonatal faz romper “o sonho de sair do hospital com seu filho no colo, levando-o para casa” (SALES, et al., 2006, p.22). No pensamento dos pais esse momento se configura como sendo um período de isolamento entre eles e o bebê, onde lhes é retirada a possibilidade de tocarem e cortejarem a criança, fazendo perder todo o sentido do preparo para o nascimento, o de acolhimento dos primeiros minutos de vida daquele ser que foi gerado, na maioria das vezes, com tanto amor e carinho. A separação da tríade faz aumentar os questionamentos relacionados à sobrevivência e exacerbando os sentimentos negativos, como de ansiedade e insegurança, conforme descrito na subcategoria anterior.

No cotidiano da vida desses casais era normal experimentarem diferentes sentimentos, mas o que ficou marcado com maior intensidade foi a impossibilidade de acolherem o filho ao nascer, gerando um profundo desapontamento, conforme percebido na fala de Nuvem e Céu: *“quase nem pude ver minhas filhas quando nasceram, foi tudo muito rápido e logo levaram para a neo”*; e, *“mostraram pra gente bem rapidinho, nem consegui ver direito, achava importante ver bem elas, mas acho que é porque elas tinham que ir para a neo, rápido. Não me senti pai”*. Os casais tentaram, na medida do possível, aceitar as condições que lhes estavam sendo impostas, na tentativa de minimizar a tensão, o medo e a angústia. Porém, não sem muita angústia e sensação de “vazio”.

Para Sales et al. (2005, p. 21) gerar um filho pré-termo e/ou de baixo peso não exprime o verdadeiro sentido da palavra mãe e pai, mas com certeza os transforma em uma existência que “ouve, vê e conhece; imagina e espera; alegra-se e angustia-se, no contexto de sua facticidade”. Portanto, fica fácil compreender que a maternidade e a paternidade, mesmo sendo paulatinamente construídas ao longo da gravidez, são reafirmadas no momento do nascimento, mas só se concretizam quando os pais podem

ter o filho em seus braços, sentindo o calor de seu corpo, conseguindo transmitir afeição e cuidados atenciosos.

Não poderia deixar de fazer uma rápida análise do ponto de vista comportamental dos recém-nascidos deste estudo, ao serem privados do contato corporal com seus pais, considerando que o contato físico, conforme aponta Bowlby (2002), é uma propensão inata do neonato, que tende a apresentar comportamentos positivos neste contato, como os de tranqüilidade e satisfação, favorecendo o apego.

Todos os bebês do estudo apresentaram alguma manifestação corporal que era indicativa de sua insatisfação perante a separação. Tal insatisfação ficou evidenciada no comportamento de Amor-perfeito que tremia e se agitava dentro da incubadora, sua posição corporal expressava desassossego e desproteção; Já Estrela, foi transportada na mesma incubadora de sua irmã Lua, que apoiava sua mão sobre o rosto da irmã. Com os olhos bem arregalados parecia não entender nada do que estava acontecendo, mas provavelmente “sabiam” que não tinham mais a proteção do ventre materno.

Assim, acredito que as crianças, ao sofrerem a separação no nascimento e ingressarem no ambiente neonatal, sendo expostas a diferentes estímulos, tornam-se ainda mais necessitadas da presença materna e paterna, buscando neles a sua referência para a superação do trauma provocado pelo nascimento prematuro.

7.2 EQUIPAMENTOS E AÇÕES DA EQUIPE NEONATAL FRUSTRANDO A APROXIMAÇÃO PAI-MÃE-FILHO

O ambiente neonatal, em princípio, não é nem um pouco atrativo do ponto de visto materno e paterno, principalmente por se configurar num local de angústia, temor e incertezas. Os equipamentos nada conhecidos dos pais favorecem o afastamento do recém-nascido, deixando que o mesmo fique “à mercê da tecnologia” e longe dos cuidados familiares. Seria incoerência de minha parte desfazer todos os méritos que a tecnologia vem ao longo dos tempos trazendo para as unidades neonatais, proporcionando maior sobrevivência aos bebês pré-termo e/ou de baixo peso. Contudo, é fato que os equipamentos providos com sons e luminosidade distanciam os pais do neonato, frustrando mais uma vez as expectativas de aproximação através do contato pele-a-pele com a criança.

No entanto, o ambiente neonatal não é somente constituído de equipamentos, alta tecnologia, mas também, de profissionais que operam os aparelhos e manipulam constantemente os recém-nascidos. Assim, os estímulos não surgem apenas do maquinário e seus “apetrechos”, mas também das mãos do cuidador que realiza procedimentos especializados e quase sempre promotores de dor no bebê.

É comum esta mesma equipe de saúde neonatal assumir por completo todos os cuidados do bebê, tendo muitas vezes certo “poder” sobre o mesmo. Quando isto acontece, os pais começam a acreditar que ali dentro daquele ambiente, somente os profissionais é que podem e devem cuidar, acolher e suprir as necessidades do prematuro, cabendo a eles apenas observar de longe como tudo acontece no dia a dia. Carraro (1998) atribui a forma como os profissionais se relacionam com os pais como sendo um dos grandes causadores deste pensar do homem e da mulher, não havendo uma relação terapêutica entre pais, bebê e equipe. Torna-se difícil para estes casais se sentirem realmente mãe e pai daquele recém-nascido, considerando a dificuldade e o pouco estímulo que eles têm de colocar em prática a maternagem e a paternagem tão esperada. Essas atitudes profissionais afastam cada vez mais os pais de suas funções, dificultando a vinculação pai-mãe-filho, sendo um grande obstáculo a ser vencido no decorrer na internação neonatal

7.2.1 A INCUBADORA VISTA COMO BARREIRA

A incubadora está dentre os equipamentos mais apontados pelos pais como interveniente no processo de aproximação com o filho, sendo literalmente uma barreira que separa o bebê do mundo externo e principalmente das trocas afetivas através do toque e do contato corporal com os pais, além de transmitir uma sensação de frieza.

Os casais estudados conseguiam perceber a importância da permanência do filho na incubadora, mas referiam que os limites que o aparelho impunha e a quantidade de fios que ficavam em contato com o bebê é que “atrapalhava”. A incubadora, para os pais, evidenciava os limites que eles tinham que ter e que enquanto o recém-nascido estivesse ali dentro sempre dependeriam do auxílio de algum profissional para poderem ter o bebê em seus braços e em posição canguru, desfazendo o que acreditavam ser o “verdadeiro” sentido da maternidade e da paternidade, como

podemos perceber no relato de Rosa e Cravo: *“a incubadora então, nem se fala! Enquanto minha filha permaneceu na incubadora, eu sempre esperei a disponibilidade de alguém que me ajudasse a colocar ela em contato pele-a-pele comigo. Não gosto de ficar pedindo. Sabe o que é[...], é que vejo elas [referindo-se às profissionais de enfermagem] sempre fazendo alguma coisa, em função, e acho que se eu pedir para elas me ajudarem eu vou atrapalhar, fico sem graça...”*, e *“vendo ela na incubadora a gente sentia aquilo ali como uma barreira, não podia ser a filha da gente. Era uma coisa assim tão distante, parece assim que tá lá longe, aí tem que ir com cuidado [...], tem que pegar com cuidado, não dava pra pegar no colo [...]”*.

Alguns pais, como no caso de Coala, evidenciavam não só o que sentiam enquanto pai e mãe, mas também, o descontentamento da criança em estar ali dentro. Percebiam que para a recém-nascida, o toque nas paredes da incubadora era algo familiar, mas não tão agradável, afinal, limitava de certo modo, seu contato direto com os pais. A constante permanência do neonato na incubadora dificultava, em alguns momentos, que os pais provassem um contato mais íntimo com o filho e, em conseqüência, privava o bebê do aconchego, do acolhimento materno e paterno, através do contato pele-a-pele.

Os casais sabiam da necessidade da incubadora, que este equipamento mantinha a criança aquecida, que proporcionava proteção e aparentemente “assegurava” a sua recuperação, ou seja, aparentavam ter a compreensão que é algo indispensável no caso de neonatos pré-termo e/ou de baixo peso. Mas, enquanto pais, nem sempre esta percepção vem em primeiro plano. O que parece ressaltar é que a “preferência” repousa sempre na necessidade do contato mais íntimo, no sentido de ter o pequeno bebê nos braços, colado ao seu corpo, denotando ser um bebê mais real, além do prazer que sentem com este contato tão íntimo.

O contato corporal não só se torna prazeroso para o homem e para mulher, como traz inúmeros benefícios à família como um todo, conforme destaca Volpi (2004), com relação ao desenvolvimento neuropsicológico do bebê, que vai amadurecendo diariamente. Já, para os pais, conforme observado em campo, este contato beneficia não só o amadurecimento do filho, como também transfere a eles um grau maior de responsabilidades, possibilita o “se fazer conhecer” de pais para filho e

vice-versa, estreitando as relações afetivas. Na percepção dos pais, aquela “caixa” aquecida era, de certa forma (embora “reconhecendo” seus benefícios mais imediatos), uma intrusa na relação.

O manuseio do equipamento, pelos casais, também era algo que não lhes trazia conforto, pois sempre achavam que ao abrir as portinholas estariam prejudicando o filho em decorrência dos ruídos que, sem intenção, ocasionalmente, provocavam. Sabiam que o bebê que nasce pré-termo não deve estar exposto a ruídos, pois já haviam percebido que isso os deixava extremamente “irritados”. Assim, com receio de atrasar o seu desenvolvimento ou mesmo de deixar a criança hiperativa, tanto o homem quanto a mulher procuravam poupar o filho deste desconforto.

Toda esta situação levou muitas vezes os casais deste estudo a sofrerem algum abalo emocional, principalmente as mulheres, tendo maiores dificuldades no enfrentamento adaptativo e na promoção do apego. Neste sentido, a teórica Roy (1984) esclarece que é normal e às vezes necessário que os pais percebam e demonstrem seus limites, suas dificuldades adaptativas, pois somente assim é que os mesmos irão aceitar e até mesmo solicitar voluntariamente a ajuda da equipe e, particularmente, da enfermagem, uma vez que é ela que permanece com o recém-nascido nas 24 horas e tem o papel de articular o processo de aproximação entre pais e filhos.

Contudo, as frustrações dos casais era algo visível, só ficando amenizadas quando de fato, operacionalizavam o contato corporal íntimo com a criança, gostando de ouvir dos profissionais que estavam fazendo essa prática em “substituição à incubadora”. Essa situação evoca Vasconcelos (2004), quando diz que tais práticas favorecem e dão sentido às relações de “doar-se um para o outro”.

Assim, é reforçada a premissa de que a aproximação entre pais e filho deve ocorrer desde os primeiros contatos, independentemente das circunstâncias que o bebê se encontra e para que a vinculação entre eles não fique prejudicada, mesmo que a permanência da criança na incubadora seja um obstáculo a ser superado pelo homem e pela mulher. Para tal, a equipe de saúde neonatal, conhecedora de todo o aparato tecnológico, deve orientar, estimular e propiciar os momentos de encontro entre a tríade até que o casal tenha vencido mais este desafio no processo de hospitalização do recém-nascido.

7.2.2 ATITUDES DA EQUIPE DE SAÚDE, DURANTE A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DOLOROSOS NO RECÉM-NASCIDO, GERANDO ANSIEDADE E “DOR” TAMBÉM NOS PAIS

Estudos que comprovam e promovem discussões relacionadas à dor que o recém-nascido tem ao ser manuseado inadequadamente, bem como, nos procedimentos invasivos, são certos. Mas o que talvez tenha se perdido neste meio é que a dor que os pais sentem ao verem seu filho sofrendo também é muito grande, gerando ansiedade e impotência por não poderem acalantar o filho naquele momento difícil. A perversidade da questão não está no fato da “dor” propriamente dita, já que alguns procedimentos são promotores deste sintoma, pela reação fisiológica aos estímulos dolorosos neonatais, mas está ligada, muitas vezes a um certo descaso da equipe com relação à utilização de técnicas de contenção da dor, ocorrendo o mesmo com relação ao “convite” aos pais para que participem de momentos como esses.

Constantemente as equipes de saúde neonatal vêm sendo capacitadas, aperfeiçoadas e alertadas sobre os danos que os estímulos dolorosos causam no bebê, e sobre quais técnicas aplicar para amenizar tais estímulos. Porém, durante esta pesquisa pude perceber o esquecimento freqüente de algumas medidas simples que amenizam a dor do recém-nascido e, conseqüentemente de seus pais.

Dentre as técnicas mais utilizadas e que podem ser oferecidas para que o casal realize é a de contenção crâneo-caudal, que proporciona maior segurança para a criança, e a sucção não-nutritiva, que pelo prazer de sugar ameniza consideravelmente a dor do bebê. Não é preciso ser um profissional para distinguir quando a criança está ou não sentindo dor, basta estar atento a comunicação não verbal que o bebê expressa, linguagem esta tão peculiar que se manifesta através de movimentos corporais intensos, de flexão e extensão das extremidades, do choro, da mímica facial. Além dessas manifestações, é certo que a dor causa repercussões orgânicas, percebidas através da alteração da freqüência cardíaca e da freqüência respiratória, e também das alterações emocionais, sendo estas que motivam mais os pais, em decorrência da sensibilidade do momento, a se projetarem como protetores e acalentadores do recém-nato.

Os profissionais precisam codificar a linguagem de dor e sofrimento tanto do bebê quanto dos pais para prevenir maior grau de estresse, pois os estímulos dolorosos acabam provocando alterações no desenvolvimento global do pré-termo, e conforme apontam Venâncio e Almeida (2004), o contato com os pais neste momento possibilita uma estimulação positiva para a criança. O contato pele a pele faz uma diferença significativa no tempo de duração do choro e do tempo para o consolo, como medida protetora dos pais.

O contato corporal que aproxima pais e filho deixa o neonato quietinho, de olhos fechados e bem relaxado, trazendo a sensação de ser um prolongamento do ambiente intra-uterino. A possibilidade dos casais em realizarem uma contenção dócil, prolongada e afetuosa, é considerada por Lanzillotti e Shiratori (2006) como sendo um grande instrumental para o desenvolvimento da arte de cuidar, podendo ser acrescentado aqui que o estímulo tátil está diretamente ligado a formação do apego entre pais e bebê. Portanto, o que os casais querem dizer ao darem seus depoimentos sobre como se sentiam ao ver o filho tendo dor deve ser levado em consideração pela equipe de saúde neonatal, uma vez que há uma grande diferença entre o olhar dos pais e o dos profissionais com relação à dor que o recém-nascido possa estar sentindo.

7.2.3 PROFISSIONAIS DEIXANDO DE OPORTUNIZAR O EXERCÍCIO DA MATERNAGEM E PATERNAGEM

Entrar no ambiente neonatal já é uma grande dificuldade para os casais que têm o filho ali internado; pior ainda é quando os pais não vislumbram o cuidado, o acalento e a proteção para com seu filho. O fato da rotina hospitalar permitir a presença dos pais na unidade neonatal não significa a sua inclusão no processo de cuidar e que possam contemplar a maternagem e a paternagem. É preciso, tal como aponta Vasconcelos (2004), que os profissionais transfiram para os pais esta responsabilidade e possibilidade de estar mais próximo da criança.

A equipe parece não acreditar na competência materna e paterna; esquecem, ou realmente não “incorporaram” ainda a idéia que, para que os pais consigam se libertar dos medos e traumas do nascimento prematuro e se acharem preparados para assumir o filho, os pais passam por cinco estágios que são apontados por Klaus e

Kennell (1993) e Brazelton (1988), como sendo preditivos para a formação do apego. Nestes estágios os pais primeiro buscam receber notícias das condições clínicas do filho; passando para o segundo estágio que o de observação do comportamento do bebê ao ser manuseado pelos profissionais; percebem os movimentos responsivos do recém-nascido, mas ainda não conseguem assumir suas responsabilidades em sua totalidade. Superado este estágio o casal se aproxima e começa através do toque a se envolver com o filho para finalmente estarem seguros, passando a identificar o bebê como seu filho, estabelecendo o vínculo afetivo.

De certa forma, a equipe não consegue identificar a evolução que ambos, homem e mulher, tiveram desde que se inseriram no ambiente neonatal. Porém, é preciso que a equipe compreenda todo o processo de adaptação que o casal passa para então exercer a maternagem e a paternagem, sendo que, para Roy (1984), é através do modo de interdependência que as necessidades afetivas serão estabelecidas.

Durante a pesquisa era comum que os pais chegassem “combinados” para prestarem os cuidados juntos; cuidados como dar um simples banho na filha, mas eram acometidos por uma grande decepção ao adentrarem no setor, percebendo que aquela atividade já havia sido realizada e que seus planos haviam se diluído. As expectativas para a realização do cuidado eram grandes, principalmente quando o pai-homem não estava presente de forma constante, sentindo assim, a necessidade de se aproximar do bebê e auxiliar sua esposa nas tarefas, afinal, é também sua a responsabilidade enquanto pai. O desapontamento era algo muito forte, conforme podemos observar na fala de Cravo e Céu: *“vim para cá só pensando como seria dar o banho na nossa filha, mas não deu”, e “gosto de ajudar Nuvem com as meninas, afinal duas não é fácil. Mas às vezes quando a gente chega, elas já deram banho, trocaram e até deram o leitinho na seringa”*.

Não podemos dizer que não haja interesse dos casais em se aproximarem do filho através do cuidado, mas sim, a necessidade que a equipe tem de deixar “todo serviço encaminhado”, com a unidade em ordem, garantindo que todos os procedimentos sejam realizados com garantia, dentro dos horários estabelecidos, sem quebra na rotina e atropelos no final de seu turno de trabalho.

Há certo anseio dos pais em conseguirem iniciar e aprimorar os cuidados ali mesmo na unidade neonatal, uma vez que o próprio MMC exige que os pais tenham total independência para ingressarem na segunda etapa, e este, aliado à segurança afetiva, para então receberem alta hospitalar e poderem finalmente desfrutar da terceira etapa em seu domicílio.

Por sua vez, vale ressaltar que não eram só os pais que sentiam esta frustração e desapontamento frente à impossibilidade de exercerem a paternagem e a maternagem, mas também o recém-nascido que, ao ser cuidado pelo pai ou pela mãe, ou por ambos ao mesmo tempo, apresentava comportamento diferenciado. A interação do bebê com o pai e com a mãe configurava aquele momento como algo singular no processo de vinculação, demonstrando estar sentindo um grande prazer ao receber o toque suave e carinhoso das mãos do genitor, a afetividade na troca de olhares, a atenção no som da voz e o aconchego do emparelhamento entre a tríade.

7.3 DESCONHECIMENTO E INABILIDADE DOS PAIS COM RELAÇÃO À IMATURIDADE DO RN PARA INICIAR E MANTER O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO

Quando o casal tem o filho a termo o processo de amamentação torna-se mais facilitado, pelo fato do bebê já possuir seu sistema neurológico mais amadurecido, conseguindo agir instintivamente. Neste sentido, a maior preocupação dos pais, é com relação à produção adequada de leite. Para Bowlby (2002), o instinto que o bebê tem ao estar em contato com o seio materno faz parte de uma das teorias que descreve a natureza e a origem do apego entre pais e filho e pode ficar comprometida quando o neonato é imaturo.

Esta singularidade é percebida quando se trata de bebês pré-termo e/ou de baixo peso, como no caso desses estudados, sendo visível o grau de imaturidade do reflexo de sucção apresentado por eles, principalmente ao iniciarem a sucção direta no seio materno. A criança tem dificuldade de abocanhar o mamilo, não consegue fazer o movimento de língua, não tem força para extrair o leite, não tem coordenação motora, além de não conseguir se manter acordado para mamar, como é o caso de Amor-perfeito.

Apesar dos pais receberem inúmeras informações sobre as especificidades do bebê que nasce antes do tempo, é certo que estas informações não são absorvidas como deveriam, considerando os problemas que surgiram ao iniciarem à amamentação do bebê.

As mulheres com as quais convivi neste estudo esperavam este momento com o valor de um grande troféu conquistado, em decorrência do mérito atribuído a elas, de serem as únicas a poderem cumprir com esta importante função, fazendo-as se sentirem “verdadeiramente” mães. As expectativas construídas para este momento eram frustradas pela inabilidade dos casais em perceberem ou até mesmo aceitarem a imaturidade do filho. Foi necessário que os pais dispensassem maior tempo para que, aos poucos, o bebê fosse compreendendo todo o processo, até que efetivamente conseguisse “engrenar” na amamentação, pois conforme aponta Brazelton (1988), amparado pela teoria do apego, é que o desenvolvimento do prematuro é algo que vai crescendo aos poucos, ao longo das experiências vivenciadas. Mas para o casal, em especial a mulher, este período de aprendizado passou a ser visto como algo estressante e desgastante, contrariando todo o sonho que tinham de poderem amamentar o filho e vê-lo crescer como qualquer outra criança.

Rosa diz: *“pensei que fosse ser mais fácil a amamentação; eu sei que atrapalho tudo porque fico nervosa. Mas é que eu estava esperando tanto este momento e agora ela não quer nada com nada!”*.

De modo geral se espera que o homem e a mulher compreendam mais esta dificuldade do recém-nascido, afinal já passaram por tantos percalços no caminhar da hospitalização. Porém, o que pude perceber na ótica das exigências maternas, é que o esgotamento físico e mental que veio se acumulando ao longo do tempo, acaba por dificultar as relações entre pais-bebê no decorrer da amamentação. O recém-nascido, por sua vez, luta para conseguir suprir uma de suas necessidades vitais, a nutrição, que é uma das respostas produzidas através do modo de função fisiológica (ROY, 1984).

Assim, algumas especificidades dos casais enriqueceram esta pesquisa, mostrando de vários ângulos os anseios do homem e da mulher. Quando o casal já possuía outros filhos e puderam ter o prazer de amamentá-los, era mais difícil a

compreensão da imaturidade neurológica da criança, vindo com maior frequência a comparar o filho atual e suas dificuldades, com o que não teve problemas deste gênero.

Coala que amamentou outros dois filhos, diz: *“no começo ela ficou meio perdida sem saber o que fazer, mas o pessoal aqui me ajudou e deu certo. Eu já tinha amamentado dois, mas ela é diferente, ela é pequena e achava que não ia dar em nada, mas depois vi que mesmo pequena podia dar jeito”*.

A ansiedade dos casais variava. Rosa nunca tinha tido experiência desse tipo e ficou muito decepcionada pelas dificuldades apresentadas por Amor-perfeito. Coala era mãe de dois filhos nascidos a termo e que não haviam passado por nenhuma dificuldade ao iniciarem sucção ao seio. Nuvem então nem se fala; às vezes se desesperava por ter que dar conta de duas crianças pré-termo ao mesmo tempo. Era complicado e um tanto confuso, como podemos perceber na fala de seu esposo, grande incentivador e co-partícipe nesses e em vários outros momentos: *“era complicado com as duas, porque primeiro tinha que dar para uma, depois para a outra, e como elas ainda não sabiam mamar direito, demoravam bastante. Aí aquela que estava esperando, chorava de fome... uma confusão. Sei lá, a gente não compreende direito como elas são. É diferente de outras crianças que vieram no tempo. Elas procuram o seio sozinhas, mas as nossas não. Elas são muuuito pequenininhas, não sei, a gente não sabe direito. Sei lá, parecem preguiçosas. Acho que não vão sugar forte nunca”*.

Todas as dificuldades na amamentação que os casais enfrentaram foram, sem dúvida, sentidas e percebidas pela maioria dos pais que tiveram o nascimento precoce do filho, e necessitaram de período prolongado de internação. Entretanto, Vannuchi et al. (2004, p. 423) destacam em seus estudos que a disposição física, as rotinas hospitalares exaustivas, e a falta de apoio de alguns profissionais que “influenciam negativamente o êxito do início do estabelecimento da amamentação”, prejudicam a formação do vínculo mãe-pai-filho, essencial ao sucesso da amamentação.

7.4 ENTRE A VONTADE DE PERMANECER NA INSTITUIÇÃO E A SAUDADE DE CASA: CONFLITOS PERMANENTES E PERSISTENTES DURANTE O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO

A permanência prolongada no ambiente hospitalar gera alguns conflitos para os casais, frente à ambigüidade dos sentimentos, da vontade de permanecer na instituição

e a saudade que têm de casa, dos outros filhos e de seus familiares. Estes sentimentos ficaram mais aflorados quando a mulher recebeu alta da maternidade e precisou permanecer no hospital em decorrência da internação do recém-nascido, que não tinha previsão alguma de receber alta da unidade neonatal. Para os casais deste estudo o sofrimento era mais intenso pelo fato de todos residirem fora da cidade, em outras localidades do interior do Estado, longe do seu reduto e indiretamente serem privados de receberem visitas diárias de seus familiares e de pessoas do seu convívio.

Vasconcelos, Leite e Scochi (2006) enfatizam a verdadeira batalha que os pais enfrentam ao ter um filho internado em uma unidade neonatal, principalmente porque ficam impossibilitados de exercerem suas atividades rotineiras, de cuidarem do lar e de outros filhos, acentuando ainda mais as dificuldades do dia-a-dia.

A distância do domicílio, envolvida pela saudade, era muito forte para as mulheres com as quais convivi, pois a presença da figura do homem-esposo-pai ficava restrita, muitas vezes, aos finais de semana, caso tivessem responsabilidades com o emprego e não podiam permanecer ao lado de sua esposa e filho de modo mais freqüente. Para eles também era muito difícil ter que se despedir e ficar distante da esposa e do bebê, mas sabiam que a garantia do futuro da família dependia do seu trabalho e do seu esforço, conforme desabafa Céu: *“queria poder ficar mais tempo de férias para ajudar Nuvem, mas tenho que ir trabalhar. Quando estou lá tenho saudades, mas trabalho tanto pra poder voltar que até que passa rápido”*.

Durante a prática assistencial percebi como é importante que o profissional de saúde neonatal compreenda esta ambivalência de sentimentos e, junto ao casal, viabilizem o encontro da mulher com suas origens, com seus filhos, para então retornar ao hospital com mais ânimo e disposição para enfrentar mais dias neste ambiente, promovendo de forma positiva a interação com o filho e retomar com mais coragem suas responsabilidades maternas. Para uma mãe que fica longe dos demais filhos, sem saber como estão, é muito complicado. A distância e as incertezas geram uma angústia tão grande na mulher que acaba prejudicando sua relação com o recém-nascido, pois a mãe-mulher não se entrega por completo quando está em contato com o neonato.

Coala diz: “*eu precisava mesmo vir para cá. Lá é uma cidade muito pequena, não tinha especialista nem recursos, mas tá difícil. Sinto que o mais difícil disso tudo é ficar longe de casa e dos meus outros dois filhos. O pequeno está com muitas saudades, até febre teve*”.

Leão acrescenta: “*não quero sair daqui sem a minha filha, mas me preocupo com nosso outro filho, nós nunca ficamos tanto tempo longe dele, penso que ele pode até ficar doente. É muito ruim ter toda essa distância de casa, as coisas ficam mais difíceis*”.

Para os pais, toda esta situação de vontade de permanecer próximo ao bebê e a vontade de voltar a se relacionar com seus entes queridos, no cotidiano da hospitalização, fica descrita como a sensação de ser, para Urizzi (2005, p. 82), “uma lacuna a ser preenchida”, no sentido de conseguirem superar as dificuldades próprias da prematuridade e da necessidade de internação, e poderem se sentir felizes, tal como aponta.

Roy (1984) defende que nesses casos, o período de adaptação pode se prolongar, em virtude da constância de acontecimentos que abala os sentimentos e valores do casal em relação à hospitalização e ao contexto familiar. Para a teórica, o sistema de suporte deve estimular mecanismos de enfrentamento positivo para que tais situações não prejudiquem o caminhar e as relações de apego entre pai-mãe-filho.

7.5 MÚLTIPLAS, INTENSAS E COMPLEXAS DEMANDAS PARA CUIDAR DO BEBÊ OU O CANSAÇO MATERNO/PATERNAL E AS ESPECIFICIDADES DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO

O processo de se tornarem pais de bebê pré-termo faz com que o homem e a mulher se deparem com diferentes transformações que os levam a somar responsabilidades e compromissos, levando muitas vezes à fadiga corporal e mental, frente às múltiplas, intensas e complexas demandas para cuidar do filho, além de todas as alterações hormonais que a mulher tem, oriundas do período puerperal. Conseguir elaborar toda função que a maternidade e a paternidade impõem, exige um grande aprendizado nas vivências diárias no contexto de uma unidade neonatal. A tarefa de tornar-se mãe e pai é constituída do ponto de vista de Borges (2005) por diferentes fatores, dentre eles, aqueles referentes às identificações em que o homem e a mulher

tentam colocar em prática os modelos parentais e os padrões culturais recebidos na infância, o emocional, e os conflitos frente ao significado de ter um bebê que requer cuidados mais específicos. Nesse modo de ver, através dos depoimentos dos casais pesquisados, pude perceber o quão conflitante e transformadora é a tarefa de ser pai e mãe de um bebê pré-termo e/ou de baixo peso e as especificidades do cuidado. Associando as falas, os comportamentos e as expressões, estando bem próxima aos casais, conseguindo acompanhar o caminhar diário, percebi como era desgastante o ir e vir, o assumir “pra valer” todas as atribuições que a hospitalização exige, associada às alterações biopsicoemocionais do pós-parto, principalmente para a mulher. Isto relativo à internação, porque a queixa mais freqüente das mães, por exemplo, era ter que cumprir com a função materna e não possuir um local adequado para tal, nem o tempo suficiente para descansar e se preparar para mais uma jornada, conforme se pode constatar pelas falas de Coala: *“não tinha dificuldades para dormir; o pior era que tinha que acordar de 3/3 horas, aí a gente não consegue relaxar e descansar pra valer. Às vezes nem tava dormindo, só tava esticando o corpo, mas sempre tinha alguma coisa: trocar fraldas para dar de mamar; conversar com a assistente social e com as estagiárias da psicologia ou as meninas da enfermagem porque a Gatinha tava chorando antes do horário das mamadas. Depois tinha que fazer canguru. Aqui quase não se descansa”*. Nuvem: *“o que fica mais difícil é estar há um mês amamentando duas, não conseguindo descansar direito; é aquela lida: amamenta, ordenha [...], acho que vai ser melhor em casa, pelo menos vou conseguir deitar e relaxar um pouco mais, aqui é muito barulho, sempre tem alguém falando ou chamando a gente”*.

Paralelo a isto, não podemos esquecer que os casais estavam ainda tendo que buscar forças para superar o imprevisto que assolou suas vidas, desde o momento em que foram “avisados” que seriam pais prematuros.

A noção destacada pelos casais quanto ao fato de terem se transformado de homem-esposo em pai, e de mulher-esposa em mãe, transporta o verdadeiro sentido da palavra, levando a terem que assumir e sustentar tanto fisicamente quanto emocionalmente o filho, prestando os cuidados de maneira habilidosa, responsável e segura. Para Borges (2005), todo estresse que o casal possa vir a ter no decorrer do

acompanhamento ao filho pré-termo hospitalizado, está diretamente relacionado com a cobrança em acertar que lhe é feita a respeito de uma função (materna/paterna) ainda não ou pouco aprendida. Percebeu-se como fato gerador do cansaço materno e paterno, o fato de terem que cumprir a rotina de horários previamente sugeridos pela rotina da unidade neonatal, pelas múltiplas demandas diárias, pela acomodação inadequada para as mulheres e pela falta de local adequado para que os homens possam também descansar e permanecerem auxiliando suas esposas durante o dia e a noite. Afinal, os homens estão cada vez mais participantes no contato e nas atividades com o bebê, necessitando receber uma assistência intra-hospitalar mais adequada, que supra suas necessidades e consiga exercer da melhor forma possível a função paterna, porém sem perder sua verdadeira identidade.

Em decorrência do cansaço materno e paterno e das transformações do período puerperal, percebi neste estudo que a frequência, o tempo de permanência e o modo de interação com o bebê se modificavam. Os pais vinham menos ao serviço de neonatologia, quando vinham cumpriam as tarefas oriundas do momento, e pouco realizavam o contato pele-a-pele com o filho. Alegavam que, frente a tantas demandas, sendo algumas delas: amamentar, ordenhar, dar complemento, realizar cuidados de higiene e conforto, e ainda ter que retirar a roupa para realizar o canguru, era “*muita função*”.

Foi necessário durante o decorrer deste estudo, muitas vezes, resgatar as exigências do MMC, que promove inúmeras vantagens, dentre elas a mais esperada pelos casais, o ganho de peso do recém-nascido para receber a alta hospitalar. Frente a esta resposta ineficiente do comportamento materno e paterno, de realmente assumirem com mais rigor a prática do MMC, precisei enquanto enfermeira, apontar que poderia ser justamente naquele momento que eles poderiam aproveitar a oportunidade para relaxarem, descontraírem e se comunicarem com o filho, sem que estivessem, ao mesmo tempo, realizando outras tarefas. Fazia questão de retomar, no sentido de fortalecer ainda mais os laços afetivos e estimular o homem e a mulher a se conscientizarem de que prioritariamente eles, enquanto pais do recém-nascido pré-termo, é que poderiam promover ao bebê uma maior resposta afetiva, visto já terem superado os principais obstáculos desde o primeiro dia de hospitalização,

vislumbrando neste momento o verdadeiro para colocar em prática o fazer “sentido um para o outro”.

7.6 INSEGURANÇA DOS PAIS AO LEVAR O RECÉM-NASCIDO PARA CASA

A ansiedade e a vontade de 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 esta vontade aumenta e as expectativas para receberem a tão esperada notícia se concretiza. Para os casais deste estudo, a prévia da alta hospitalar foi dada com aproximadamente uma semana antes do dia real, referida por eles como “liberdade”. Porém, esta tal “liberdade” vinha acompanhada de sentimentos de insegurança com relação ao desempenho materno e paterno no âmbito domiciliar, afinal, em suas casas são eles que irão dominar todas as situações que por ventura vierem a acontecer.

Ao conversar com os casais sobre como se sentiam ao saberem que o bebê estava com alta prevista em poucos dias, era comum ouvir e sentir que apesar de ser um momento tão esperado, também se configurava por ser angustiante. O medo que principalmente as mulheres sentiam estava diretamente ligado a circunstâncias clínicas imprevisíveis, do tipo apresentar cianose, da criança não mamar direito ou de não terem leite suficiente, perder peso, dentre outros, conforme podemos perceber no desabafo de Rosa, ao saber que sua filha em breve estaria de alta: *“sei que vai chegar a hora de irmos para casa. Na verdade não vejo a hora desse dia chegar, mas tenho um pouco de medo, não sei se vou dar conta. A verdade é que estou insegura de levar ela para casa. Ela perdeu peso e pode não querer mamar, pode se engasgar, ficar roxa e eu não saber agir. As médicas já me avisaram que logo, logo ela vai ter alta”*.

Quando perguntava aos casais se eles se sentiam seguros para cuidar e realizar com mais vigor a terceira etapa do MMC, eram unânimes em afirmar positivamente, dizendo que enquanto estiveram no dia-a-dia com o neonato, sendo orientados pela equipe de saúde neonatal, puderam aprimorar a habilidade para cuidar e conseguiram compreender e aceitar melhor as diferenças comportamentais do filho.

Dias antes dos recém-nascidos receberem alta clínica, agrupei os casais em um mesmo ambiente dentro da unidade, próximos de seu bebê, para que pudessem sanar todas as dúvidas e inseguranças relacionadas ao momento de retornarem para suas casas. Neste dia, outros casais que não eram participantes desta pesquisa, me solicitara para participar e crescer um pouco mais nas questões referentes à prematuridade. Foi indiscutivelmente muito rico o momento em que foram trocadas inúmeras idéias, pois se percebeu que as dúvidas eram muito comuns entre os casais e que, ao findar do encontro, todos estavam mais seguros em levar o bebê para casa. Aproveitei o momento para enfatizar que a qualquer momento, caso precisassem, poderiam ligar para o serviço ou até mesmo vir pessoalmente. É importante que os pais saibam que podem continuar contando com a ajuda da equipe no que se refere ao desenvolvimento do recém-nascido. Além disso, deixar as “portas abertas” da neonatologia possibilita que o casal faça um *feedback* de como está o crescimento e desenvolvimento do filho, das relações afetivas entre eles e como a mulher e o homem estão se sentindo ao desempenhar a maternagem e a paternagem. Para os casais a importância deste reencontro representa as suas competências ao exercerem suas funções, e a vitória de terem vencido o período desgastante da hospitalização.

Não podemos negar que a notícia da alta torna-se um verdadeiro desafio para o homem e para a mulher. Afinal, foram muitos e longos dias dentro da unidade neonatal, com uma equipe qualificada de enfermagem e médica, durante todas as horas do dia e da noite, garantindo a sobrevivência do recém-nascido e dando suporte para as suas necessidades. Percebi que durante o período de internação o anseio dos pais estava mais voltado para movimentos de cuidar, se aproximar e se afeiçoar ao filho, sendo que pouco vislubravam a necessidade de ter conhecimentos específicos sobre como agir mediante alguma emergência com o bebê. Esta perspectiva aparecia somente mais tarde e, quase sempre, imersa nos sentimentos ambíguos de felicidade e ansiedade diante da realidade do “ir para casa”.

A literatura tem abordado atualmente que “é normal” que os pais sintam tais preocupações, mas precisam ser informados de que o apoio a eles e ao filho não ficará limitado às paredes hospitalares, podendo contar com ajuda de outros serviços disponíveis em algumas regiões em parceria com o Ministério da Saúde, como: o

carteiro amigo, que incentiva o aleitamento materno; bombeiros da vida, que auxiliam a recolher o leite fornecido por doadoras aos bancos de leite, para ser fornecido aos bebês considerados de risco, como no caso do pré-termo e/ou de baixo peso, em que a mãe por algum motivo não consegue amamentar; além do acompanhamento e desenvolvimento da criança a nível ambulatorial (BRASIL, 2002).

O acompanhamento e desenvolvimento do bebê em nível ambulatorial é assegurado pela própria instituição pois no momento da alta é informado ao casal o dia e a hora que deverão trazer o filho para ser avaliado. Lembrando que todos os bebês que são ingressos no MMC recebem alta precoce, realizando a terceira etapa do Método no domicílio, ou seja, receberam alta do ambiente neonatal, mas não do acompanhamento mensal, visto que qualquer intercorrência com a criança, até que esta atinja o peso de 2.500 gramas, é de “responsabilidade” da equipe de saúde neonatal. Somente após atingirem este peso é que recebem alta do MMC e passam a serem acompanhados pela rede básica de saúde, ou então por atendimento particular, nos mesmos moldes como o realizado com uma criança nascida a termo.

O importante desta última fase do MMC é que os pais assumam a essência do cuidado ao filho, que se estimule a continuação do aleitamento materno exclusivo e se continue fortalecendo o vínculo familiar, conforme aponta Cardoso et al. (2006). Bowlby (2002) corrobora dizendo que o ambiente familiar vem favorecer diretamente a autonomia do cuidado, evitando o desmame precoce e contribuindo para o apego entre pais e filho.

Assim, após tanto preparo, seguido de muitas expectativas, é chegada a hora de irem para suas casas. Este momento é saudado pelos casais com muita felicidade, euforia e pressa para arrumarem o quanto antes suas bagagens e poderem finalmente se “despedir” da equipe, de outros casais e da unidade, deixando para trás uma etapa dolorosa de suas vidas, mas que certamente atribuiu outros valores à experiência de ser pai e ser mãe.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“[...] o vínculo com o bebê refletirá também quem os pais são. É importante lembrar sempre que uma relação é de mão dupla. Cada um é um e os bebês já são indivíduos singulares e únicos, contudo seu crescimento e modo de ser espelhará também a realidade dos pais [...]”.

(Adriana T. Nogueira)

Neste último capítulo retomo os objetivos do estudo, procurando focalizá-los agora numa dimensão de síntese, como é requerido em qualquer pesquisa de natureza qualitativa. Como referem Trentini e Paim (2004, p. 101), “um dos pilares da pesquisa convergente-assistencial consiste na crença de que a realidade é múltipla e pode ser construída”. Na visão dessas autoras, em congruência com os princípios básicos do ofício científico, o “fazer” investigativo trata-se de um modo, entre outros, de criar a realidade. Tomando como foco tais pressupostos, é necessário dizer, antes de tudo, que as respostas às perguntas da pesquisa são “possíveis respostas” e não, “as respostas” derradeiras, já que os critérios de veracidade e de neutralidade, nesta perspectiva, cedem lugar à credibilidade e ao rigor com que o estudo foi conduzido (TRENTINI; PAIM, 2004). E esta foi a minha preocupação, como enfermeira-pesquisadora, durante todo o trajeto empreendido.

Quanto às percepções dos pais a respeito da aproximação precoce com o filho nascido pré-termo e/ou de baixo peso durante a prática do MMC ficou evidente, em cada página deste estudo, como é dificultosa e complexa essa aproximação. Durante a fase de duração da hospitalização coexistem muitos conflitos e sentimentos ambíguos, desde culpa e medo, até esperança pela sobrevivência de seus bebês, além de todos os comportamentos imaturos que o neonato apresenta e que muitas vezes não são esperados pelos pais.

É notório que o MMC é uma proposta eficiente e aproximadora entre os pais e seus filhos, pois proporciona meios para se alcançar o apego de forma mais harmoniosa e duradoura. Porém, durante a convivência com estes casais percebi que ao mesmo tempo em que é prazeroso estar em contato pele-a-pele com o pequeno bebê, esta prática gera certa preocupação quando relacionada a todas as

responsabilidades atribuídas, principalmente ao papel materno, particularmente no que se refere à ordenha do leite e à intensa lida diária em torno desse manejo.

Dentre os aspectos promotores da formação do apego alguns achados ficaram mais destacados e me fizeram compreender melhor cada etapa e cada descoberta de superação dos casais e seus bebês, durante a hospitalização. Percebi que os pais que tiveram apoio e orientação durante o pré-natal com relação à possibilidade de terem um bebê antes do esperado e tiveram a oportunidade de discutir com os profissionais sobre a existência do Método Mãe-Canguru, bem como sobre suas finalidades no que concerne tanto à sobrevivência dos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso, quanto nos aspectos relacionados aos componentes afetivos de aproximação entre pais e filhos tiveram, em correspondência, maior facilidade para interagirem com o filho no que diz respeito aos vínculos familiares. Durante a convivência com os casais e os bebês, na unidade neonatal, foi possível constatar que o preparo anterior ao parto favorece igualmente o contato posterior no centro obstétrico e na unidade neonatal entre os pais e os profissionais, uma vez que os mesmos aparentam maior disposição lidar com as dificuldades e contribuir na superação dos obstáculos, do que aqueles casais que não tiveram esta oportunidade. Esta perspectiva parece lidar com uma “antecipação” que auxilia a família a vislumbrar possibilidades antes não percebidas de relações futuras saudáveis. Do ponto de vista desta pesquisa convergente-assistencial, foi possível observar ainda que a introdução e valorização do homem-pai, no pré-natal, no momento do nascimento e no período de internação na unidade neonatal, contribuem significativamente para a interação com a criança.

Importante também destacar que os pais que fizeram parte deste estudo expressaram como se sentiram bem ao chegarem à unidade e terem sido recebidos pela equipe de saúde neonatal de maneira singular e aproximadora, além de terem sido orientados sobre a opção de se inserirem na prática do MMC. Também apareceu como ponto forte o fato dos casais se identificarem mais com um determinado profissional, apoiando-se neste como um amparo seguro para o caminhar dentro do ambiente neonatal, durante todo o período da hospitalização. Esta referência mostrou-se imprescindível para os pais dos bebês pré-termo devido à necessidade de se expressarem, serem compreendidos, serem guiados, auxiliados e poderem pedir

conselhos para a tomada de algumas decisões. Nestas situações, também deixaram claro que precisavam, além desse acolhimento, de ter uma pessoa componente da equipe que pudesse ser a referência para as relações afetivas entre a tríade (mãe-pai-filho). Percebi, enquanto enfermeira-pesquisadora, que cabe a nós, profissionais, compreendermos as necessidades de cada casal e indicar o melhor caminho a ser percorrido. Os pais, portanto, nos mostram que a relação afetiva deles com os filhos dependem, em algum grau, da interação que existe entre eles e a equipe, já que uma relação frágil (ou seja, “superficial” com os integrantes) poderá gerar uma dificuldade ainda maior nas ligações afetivas, levando os pais a agravarem seus medos e inseguranças diante da experiência da hospitalização. Essa referência fortalece a idéia já colocada por alguns autores, de que a equipe constitui uma fonte de apoio formal para os pais (LAMEGO; DESLANDES; MOREIRA, 2005; BRUNHEROTTI, 2000).

Além disso, os encontros com outros pais que vivenciavam experiências semelhantes promoveram um grande amadurecimento e esperança entre eles, gerando otimismo e vontade de perseverar. Vale ressaltar que algumas dessas famílias já tinham um caminho maior percorrido na prática do MMC e já conseguiam perceber as vantagens proporcionadas pelo mesmo, principalmente relacionada ao apego. Portanto, era um forte incentivo para as tríades que estavam iniciando a posição canguru ou que iriam iniciar o contato com o Método.

A possibilidade oferecida pela instituição de um local no qual as mães pudessem pernoitar e permanecerem próximas dos filhos pré-termo é uma estratégia importantíssima que não só favoreceu o contato da díade, mas também favoreceu e facilitou a vinda dos homens-pais até o hospital, tendo maior proximidade com o bebê, e podendo realizar de forma mais constante o contato pele-a-pele. É muito importante o envolvimento do esposo-pai durante todo o processo de adaptação, assim como sua participação na realização da posição canguru. Este envolvimento “por inteiro”, além de levar à satisfação pessoal, incentiva a puérpera que estava muito fragilizada, trazendo-lhe mais segurança e conforto. A inserção do homem-pai no cotidiano dos cuidados com a criança também ajuda no fortalecimento de suas habilidades, preparando-o para o exercício da paternagem, além de levá-lo a um melhor entendimento sobre a evolução clínica da criança. Vale ressaltar que os casais

estudados tiveram melhor desempenho quando ambos estavam presentes e realizando o contato pele-a-pele, do que quando comparado aos momentos de distanciamento do esposo-pai.

O cuidado ao filho favorecia os pais a assumirem seus papéis. Ao se inserirem na prática do MMC e serem estimulados a realizarem a troca de fraldas, o banho de imersão, infundir o leite por gavagem, dentre outros, os pais sentiam estar sendo úteis. Em sua maioria este contato estava associado ao contato verbal de tom rítmico e suave, dando a impressão de uma canção que era entoada quase em uníssono pela família. Percebi que os cuidados eram realizados com mais carinho e dedicação após aceitarem participar do MMC. Vejo que esta prática permitiu aos casais ampliarem o foco de atenção tanto relativo ao cuidado corporal ao seu bebê, como também nas relações afetivas. Portanto, todo este sistema de comunicação (MOURA et al., 2004) que se estabelece entre os pais e o bebê possibilita as trocas interacionais, gerando maior intimidade e desenvolvimento de apego.

Por fim, no que se refere aos aspectos promotores, destaco que o processo de amamentação foi um momento muito esperado, principalmente pelas mulheres, sendo algo que, sob seus pontos de vista, favorece o estar próximo, promove o sustento e estabelece uma maior interação com o filho pré-termo. A amamentação foi percebida pelas tríades, igualmente, como um avanço no estado de saúde dos bebês, vislumbrando a possibilidade da alta hospitalar estar cada vez mais próxima.

Entretanto, algumas dificuldades se fizeram presentes, sendo consideradas como complicadoras da formação do apego. A assistência pré-natal despreparada, sem dúvida, tornou-se um fator complicador no que diz respeito aos comportamentos apresentados pelos casais, principalmente relacionado às características físicas da criança, aos aspectos emocionais frente à impossibilidade de terem o filho em seus braços no nascimento, ao ambiente neonatal e à hospitalização. A maioria dos casais chegou à unidade neonatal inseguro e demonstrando muito medo, sendo o mesmo percebido como um ambiente destinado exclusivamente a recém-nascidos gravemente enfermos, com elevado (e quase irreduzível) risco de perder a vida.

Outro aspecto levantado nesta pesquisa é o fato de que mesmo que os casais estivessem conscientes da necessidade de internação neste ambiente, de um modo

geral, sentiam-se amedrontados com os equipamentos ali utilizados, com os procedimentos executados, os sons, os movimentos dos profissionais, a terminologia utilizada para se comunicarem, dentre outros. Para uma aproximação desejada entre os pais e os filhos, foi necessário que a equipe de saúde neonatal acolhesse estes sujeitos de forma a participarem ativamente do cenário, orientando a função de cada equipamento acoplado em seu bebê, da importância de permanecerem dentro da incubadora como manuseá-la, dentre outros. Um aspecto extremamente pontuado pelos pais como algo que separava e dificultava o contato precoce é a incubadora, principalmente no sentido de que “dependiam” sempre de alguém da equipe para auxiliar na colocação do bebê em contato pele-a-pele. Muitas vezes esse aspecto era verbalizado como sendo uma barreira para as trocas afetivas, que transmitia a idéia de ser fria e sem vida.

O impacto do bebê “real” (o que está aí), em contraste com o “ideal” (aquele que era projetado), principalmente com relação às suas características físicas e comportamentais, gerou nos casais sentimentos ambivalentes, ficando difícil para eles perceberem naquela criança, a realização dos seus sonhos. A saúde instável dos bebês apresentou-se como mais um fator complicador nas aproximações entre os pais e os filhos, sendo esta uma questão reiterativa durante todo o período da internação. Quando as crianças estavam estabilizadas, os pais mostravam-se mais atentos e próximos, mas quando algo acontecia, os sentimentos de desesperança aumentavam e, como consequência, os comportamentos de afastamento.

A não permanência no ambiente hospitalar de forma contínua foi sem dúvida algo que dificultou o caminhar dos pais. Pude perceber que a disponibilidade dos mesmos para atender às necessidades de higiene e conforto, de contato pele-a-pele, de contato olho-no-olho, de falas sussurradas, favorece que se conheçam mais rapidamente e que superem melhor as dificuldades iniciais. O fato das mães permanecerem somente durante o dia nas dependências hospitalar quebra um ciclo. Embora sob outro ângulo, este processo também se dá com relação ao homem-pai, pois a partir do momento em que o mesmo percebe que é importante para a companheira e para o filho, além de “perceber-se importante” na tarefa de paternar um bebê imaturo, a frequência de sua permanência na unidade é maior, mesmo que isso se

dê, muitas vezes, em condições bem mais perversas do que aquelas oferecidas à mulher-mãe, que também se recupera do processo do parto. Outro fator preponderante que esteve acompanhando os casais e considerado aqui como complicador foi a distância das suas cidades de origem e dos outros filhos, necessitando que fosse proporcionado um ambiente ainda mais acolhedor, no decorrer da hospitalização, assim como utilizar estratégias de acompanhamento singularizado a cada família que esteja nestas condições.

A multiplicidade de tarefas e papéis do homem e principalmente da mulher-puérpera-mãe, seja pelo valor que imputam ao seu papel, seja pelas demandas externas da família e da equipe também foram apontados como intervenientes no processo de formação do apego durante a prática do MMC. Muitas vezes, quando essas mulheres não estão “esgotadas”, em face dos suprimentos às necessidades básicas do pequeno bebê, realizam ainda diversos períodos de posição canguru e de interlocução afetiva com o mesmo, sobrando pouco tempo para descansarem e então reiniciar a jornada. Estas são cenas que exaustivamente se repetem diariamente e que afetam o prazer de estarem próximos. Além de toda esta excessiva responsabilidade, ainda precisam ter calma e paciência durante a amamentação em decorrência das limitações que a própria prematuridade causa no bebê para realizar esta tarefa um tanto difícil e desgastante para o recém-nascido que ainda não aprendeu a sugar.

Percebi, durante esta pesquisa, que para incentivar e proporcionar o vínculo saudável, é fundamental que o MMC seja adotado de forma flexível em termos de tempo e permanência dos pais, devendo haver constantes negociações entre a equipe de saúde neonatal e os pais. Por outro lado, para manter saudáveis as condições que envolvem o casal e o filho, a estrutura familiar deve ser fortalecida para auxiliar de forma direta no revezamento das atividades. Os profissionais devem promover integração com a família extensa ou com as pessoas mais representativas da rede social do casal, para que possam fornecer o suporte e a logística necessária à manutenção dos pais na unidade neonatal, junto com o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, levando em consideração, conforme aponta Althoff (2001, p. 145) o tempo da família, que é “marcado pelas experiências vividas e pelos significados que marcam um período da trajetória familiar”.

Vale destacar que neste estudo ficaram evidentes algumas diferenças sobre o processo de aproximação, com relação ao fato de ser o primeiro filho, ou de serem gemelares, necessitando desta forma de uma assistência individualizada, atendendo-os na sua integralidade. O nascimento de um filho por si só já traz mudanças no cotidiano materno e paterno, destacando as responsabilidades. Contudo, quando se trata de dois, a demanda aumenta, tornando-se mais complexas e exaustivas as atividades, principalmente no processo de amamentação, necessitando de maior desempenho e dedicação por parte da mulher neste período, sendo fundamental a colaboração e participação do homem-pai no cuidado.

Os achados desta pesquisa apresentam relevâncias múltiplas, tornando-se determinantes para o aprimoramento das práticas assistenciais, relacionadas ao atendimento dos pais e bebês hospitalizados no ambiente neonatal, visando às especificidades desta clientela, assim como o caminho para a formação e manutenção dos processos afetivos entre a família e o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso. Do ponto de vista do ensino em enfermagem neonatal, busca facilitar a compreensão de educandos e educadores com relação ao período de internação da tríade, fazendo com que percebam o ambiente neonatal, a prática do MMC e seus participantes como uma intrincada rede que entrelaça aspectos promotores e complicadores, e que acompanha a prematuridade, necessitando de intervenção e acompanhamento direto da equipe de saúde neonatal. Por fim, considero este trabalho como sendo um avanço e extremamente contributivo no que diz respeito à produção do conhecimento na área neonatal, em vista dos poucos estudos desta natureza, que vêm inserindo o homem como participante do cuidado ao recém-nascido pré-termo, em todos os aspectos, afetivos, cuidativos e de função de papel, ou seja, a família de forma integral. Os resultados também estimulam reflexões sobre o preponderante papel que a enfermagem exerce neste processo.

Ao desenvolver este estudo, portanto, certifico-me que a enfermagem precisa lançar meios e criar estratégias de aproximações, de maneira mais precoce e criativa, para evitar que os pais se desapeguem de seu recém-nascido. Para isso torna-se primordial inseri-los no cotidiano da unidade neonatal e, principalmente, conduzi-los à prática do Canguru de forma parcimoniosa e segura, pois os mesmos poderão

facilmente se sentir sobrecarregados com “mais esta tarefa”, ainda que saibam de todos os seus benefícios e propósitos. Conforme percebi no decorrer da convivência estreita com estas famílias, os pais se encontram num período extremamente frágil, mas ao mesmo tempo, sutilmente sensível e aberto a qualquer procedimento, projeto, programa, atividade ou técnica que lhes dê a chance de tentar possibilidades interativas com a criança e que proporcione um pouco mais de serenidade para ajudar a ultrapassar o turbilhão de desafios em que se encontram.

Embora a equipe neonatal trabalhe de forma sensível e cuidadosa, diante de demanda tão especial e de necessidades tão específicas, o trabalho mostrou que a enfermagem estabelece laços mais estreitos com os participantes do MMC, uma vez que é ela que permanece ao lado da tríade no dia-a-dia, planejando estratégias educativas e cuidativas de entrada no Método, mas, principalmente de permanência no mesmo, já que é este o grande desafio dos pais: manter-se ao lado da criança, suprimindo suas necessidades, e ao mesmo tempo, devendo ter a sabedoria de cuidarem de si mesmos enquanto díades e enquanto seres humanos individuais. Muitas vezes as exigências são absurdas e se a enfermagem não reconhece as “fragilidades” decorrentes de tal tarefa, certamente o projeto de criação e manutenção do vínculo pode implicar em novos conflitos e em ansiedades adicionais.

A enfermeira, nesta equipe, tem o papel de ser a articuladora e tutora do cuidado “cuidadoso”, não só com relação à interação dos pais com a criança, mas também dos diversos elementos da equipe com cada um dos seres humanos que integram a unidade familiar, planejando e desenvolvendo ações para que os pais possam contribuir no cuidado de seu filho e aos poucos adquirirem independência no decorrer das transformações diárias. Deve haver diálogo entre a equipe de saúde e os pais, podendo compartilhar experiências e promover mudanças, não apenas no sentido do preparo dos pais para se sentirem seguros na prestação de cuidados ao bebê, mas igualmente na perspectiva da mudança de valores (sobre papéis, culpas, medos, incertezas, dentre outros) que poderão ser benéficos para a continuidade do vínculo e para o enfrentamento dos esforços físicos e emocionais que acometem o casal.

Enquanto condutora deste estudo busquei incessantemente identificar junto às tríades, os aspectos promotores e os complicadores, compreendendo as percepções dos

pais a respeito da aproximação precoce entre a tríade durante a prática do MMC. Assim, de modo coletivo, entendi que conseguiríamos construir, aos poucos, o melhor caminho a ser trilhado rumo à formação do apego. Considero importante destacar que o mesmo não teria sequer iniciado se não houvesse o apoio das teorias do apego e da adaptação, guiando todos os momentos desta pesquisa convergente-assistencial. O processo cuidativo foi o método sob o qual procurei erigir as respostas às perguntas de pesquisa, utilizando-me sistematicamente de todas as suas fases componentes para elencar e priorizar os problemas relacionados aos déficits adaptativos entre a tríade, para planejar as metas de intervenção, de modo compartilhado com os pais, implementar as ações previstas e então avaliar as conseqüências de tais ações.

O marco conceitual elaborado sob a fundamentação da teoria da adaptação e da teoria do apego mostrou-se bastante útil e apropriado para conduzir o processo de cuidar das tríades, mas foi também um grande desafio intelectual, acadêmico e profissional que, pela sua complexidade associativa, inúmeras vezes me fez sentir confusa, envolta num emaranhado de idéias e atividades, principalmente por não ter anteriormente, em minha vida universitária e profissional, qualquer contato com referenciais teóricos sistematizados. Após esta experiência, entretanto, já não me imagino atuando e sequer “pensando” profissionalmente, sem ser guiada por uma teoria.

O contato diário com os pais e os recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso no MMC, com o objetivo da promoção do apego, além de me possibilitar refletir sobre os modos adaptativos e propor alternativas de superação, foi extremamente enriquecedor, seja do ponto de vista do exercício profissional mais próximo das necessidades e demandas das famílias que permanecem na unidade neonatal, seja do crescimento enquanto ser humano, já que a força, a garra e a imensa vontade de viver desses pais e desses bebês são indiscutíveis tônicos para a nossa própria vida.

Além deste processo contínuo com os pais, destaco outras questões de grande importância para que eu pudesse chegar até aqui: a flexibilidade, a sensibilidade e o interesse de alguns profissionais da equipe neonatal em contribuir para que os pais superassem as dificuldades, se interessassem em participar ativamente da prática do MMC e tivessem alta precoce, convictos de que a ligação afetiva havia se

concretizado; o fato de já ter trabalhado como enfermeira assistencial nesta unidade neonatal, tendo livre acesso e certa independência, fez com que eu extrapolasse em alguns momentos meus limites enquanto pesquisadora, porém de forma positiva sem causar qualquer prejuízo aos participantes, a mim ou ao serviço. Aliás, a ansiedade sempre presente, no sentido que o estudo “desse certo” para as tríades, é que me fez às vezes mais enfermeira do que pesquisadora.

Percebi como foi visível o crescimento diário dos casais e do bebê, a cada encontro pude sentir a proximidade entre pais e filho, o amadurecimento, e como o homem-pai e a mulher-mãe assumiram suas responsabilidades e se tornaram seres mais sensíveis. O entrosamento entre os pais e a equipe é algo que também foi sendo construído diariamente. Percebo que alguns profissionais estão aceitando cada vez mais que os pais assumam seus papéis e permaneçam mais tempo em contato pele-a-pele com seus filhos.

Contudo, eu, enquanto enfermeira-pesquisadora, também tive meus desencontros e pude ver como nós profissionais julgamos os comportamentos dos pais, classificando-os como sendo “bons ou maus” pais dependendo da frequência e do modo como se interessam por seu bebê, sem muitas vezes refletir sobre as causas/razões que levam ao distanciamento da tríade. E foi através da pesquisa convergente-assistencial que pude contribuir e repensar minhas ações e ter novos pensamentos para melhor conduzir esta prática, pois, de acordo com Trentini e Paim (2004, p. 72), “a pesquisa convergente-assistencial se revela pelos movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática [...]”.

Tenho consciência que os achados deste estudo não se esgotaram; sei que novas questões irão surgir e outros caminhos teremos que percorrer, enquanto profissionais do serviço neonatal, para estabelecer o apego entre pais e filhos pré-termo e/ou de baixo peso na vigência do MMC. Cada casal tem sua história e precisa ser conduzido de forma singular. Cada “novo” prematuro que vem ao mundo precisa ser encarado como um “novo” ser humano e não como “mais um” a ocupar a unidade neonatal ou a contribuir nas estatísticas de risco em termos de morbidade e mortalidade neonatal.

Portanto, este processo não se limita às novas famílias apresentadas nesta pesquisa, mas revela-se como algo também promissor em termos de impulsionar uma nova realidade da assistência de enfermagem nas unidades neonatais.

REFERÊNCIAS

ALTHOFF, C. R. **Convivendo em família:** contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ALONSO, I. L. K. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar:** a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar. Florianópolis: UFSC/PEN, 2003.

ANDRADE, I. S. N. de. **Alimentação do recém-nascido prematuro:** comparação do método mãe-canguru com os cuidados tradicionais. 2003. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

ANDRADE, I. S. N. de; GUEDES, Z. C. F. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Rev. Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 5, n. 1, p. 61-69, jan./mar. 2005.

ARAGÃO, J. C. S. **Repercussões maternas e perinatais da gemelaridade no Instituto Fernandes Figueira.** 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da criança) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

AY, G. M. **Emoções e reações iniciais de mães de recém-nascidos a termo e pré-termo frente à maternidade.** 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2002.

BALBINO, F. S. **Preocupações dos pais de recém-nascidos prematuros com a proximidade da alta da unidade de terapia intensiva neonatal.** 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

BARBOSA, V. L. **O vínculo afetivo na unidade neonatal:** uma questão de reciprocidade na tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

BARROS, F. C. et al. Avaliação do impacto de centros de lactação sobre padrões de amamentação, morbidade e situação nutricional: um estudo de coorte. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 5, n. 1, p. 5-14, ago. 2002.

BERGAMASCO, N. H. P. Expressão facial como acesso à consciência do recém-nascido. **Psicol. USP**, v. 8, n. 2, p. 275-286. 1997.

BERTHOUD, C. M. E. Formando e rompendo vínculos: a grande aventura da vida. In: _____; BROMBERG, M. H. P. F.; BORREGO, M. R. M. C. **Ensaio sobre a formação e rompimentos de vínculos afetivos**. São Paulo: Cabral, 1997, p. 13-42.

BLUE, C. L. et al. Sister Callista Roy. In: MARRINER, A. (Org.). **Modelos y teorías de enfermería**. Barcelona: Rol S.A., 1989. p. 260-271.

BOHNHORST, B. M. D. et al. Skin-to-skin (kangaroo) care, respiratory control, and thermoregulation. **Journal of Pediatrics**, v. 138. n. 2, p. 193-197, feb. 2001.

BORGES, M. L. S. F. **Função materna e função paterna, suas vivências na atualidade**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

BOSA, C. A. Observação da interação mãe-criança e transtornos do desenvolvimento. In: PICCININI, C. A. et al. Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. **Rev. Psicologia: reflexão e crítica**, v. 14, n. 3, p. 469-485, 2001.

BOWLBY, J. **Apego e perda**: Apego. vol 1. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

_____. **Uma base segura**: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

_____. **Apego e perda**: Apego. vol 1. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRAGA, N. de A.; MORSCH, D. S. Os primeiros dias na UTI. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. de A.; MORSCH, D. S. **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. Cuidando da família: maternagem ampliada (pais, irmãos e avós). In: MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. de A.; CARVALHO, M. de. **O recém-nascido de alto risco**: teoria e prática de cuidar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Criança/ Projeto Minha Gente. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de assistência ao recém-nascido**, Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos**. Brasília: O Conselho, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 693 GM/MS, de 5 de julho de 2000b. **Implementação do método canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde da criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área de saúde da criança: acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e Projetos da Saúde da criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 2, n. 2, p. 193-196, mai./ago. 2002.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BROWNE, J. V. Early relationship environments: physiology of skin-to-skin contact for parents and their preterm infants. **Clinics in Perinatology**, v. 31, n. 2, p. 287-98, jun. 2004.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set./out. 2005.

BRUM, E. H. M. de; SCHERMANN L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 457-467, abr./jun. 2004.

BRUNHEROTTI, M. R. et al. Lazer para pais de bebês de risco: a experiência junto ao hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 53, n. 3, p. 435-442, jul./set. 2000.

BRUSTEIN, C. **Atenção visual e interação mãe-bebê: sinais precoces da capacidade de olhar o mundo**. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

BUENO, M. B. et al. Duração da amamentação após introdução de outro leite: seguimento de coorte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 5, n. 2, p. 145-152, ago.2002.

BURKHAMMER, M. D.; ANDERSON, G. C.; CHIU, S-H. Grief, anxiety, stillbirth, and perinatal problems: healing with kangaroo care. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 33, n. 6, p. 774-782, nov./dec. 2004.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BYERS, J. F. et al. Co-bedding versus single-bedding premature multiple-gestation infants in incubators. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 32, n. 3, p. 340-347, may./jun. 2003.

CAETANO, L. C. **Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

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

CAMPOS, A. C. S.; LEITÃO, G. C. M. Crenças e sentimentos vivenciados pelas mães de recém-nascidos sob fototerapia. **Rev. Gaúcha de enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 50-56, abr. 2005.

CAMPOS, A. C. S.; MOREIRA, M. V. L.; CARDOSO, L. Enfermeria y el cuidado humanístico: propuesta de intervencion para la madre del neonato bajo fototerapia. **Ciência y Enfermería**, v. 12, n. 1, p. 73-81, 2006.

CARDOSO, A. C. A., et al. Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. **Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 128-134, 2006.

CARRARO, T. E. **Mortes maternas por infecções puerperais: os componentes da assistência de enfermagem no processo de prevenção à luz da Nightingale e Semmelweis**. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

CARTER, J. D. et al. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. **Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal**, v. 90, p. 109-113, 2005.

CARVALHO, M.R. **Método mãe-canguru de atenção ao prematuro**. Rio de Janeiro: BNDES, 2001.

CARVALHO, R. M. A.; PATRÍCIO, Z. M. A importância do cuidado-presença ao recém-nascido de alto risco: contribuição para a equipe de enfermagem e a família. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, v. 9, n. 2, p. 577-589, mai./ago. 2000.

CHARPAK, N.; CALUME, Z. F.; HAMEL, A. **O método mãe canguru**: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Rio de Janeiro: Mc grawHill, 1999.

CHARPAK, N.; CALUME, Z. F.; HAMEL, A. et al. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants less than 2.000 grams: a randomized controlled trial. **Pediatrics Res. APS – SPR.**, v. 41, n. 192,1997.

CLÍNICA INTERDISCIPLINAR DE APOIO À AMAMENTAÇÃO. **Declaração de Bogotá sobre a metodologia canguru**, 2003. Disponível em: www.aleitamento.com.br. Acesso em 07 jul.2005.

COFEN/COREN. **Legislação sobre o exercício da Enfermagem**. Florianópolis, 2003.

COSTA, R. **Compreendendo o significado do método mãe-canguru para a equipe de saúde da unidade neonatal do HU/UFSC**. Projeto de Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Mimeografado.

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

COSTENARO, R. G. S.; MARTINS, D. A. Qualidade de vida do recém-nascido internado em UTI: as relações mãe-filho. **Rev. Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 56-59, jul./dez.1998.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 25, n. 10, p. 717-724, nov./dez. 2003.

COX, C.; BLALOSKURSKI, M. Neonatal intensive care: communication and attachment. **British Journal of Nursing**, v. 10, n. 10, p. 668-676, may. /jun. 2001.

CUNHA, G. S.; MEZZACAPPA FILHO, F.; RIBEIRO, J. D. Fatores maternos e neonatais na incidência de displasia broncopulmonar em recém-nascido de muito baixo peso. **J. Pediatria**, v. 79, n. 6, p. 550-556. nov./dez. 2003.

CUNHA, M. L. C. da. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 21, n. esp., p. 70-83, 2000.

D'APOLITO, K. What is an organized infant? **Neonatal Network**, v. 10, n. 1, p. 23-29, aug. 1991.

DODD, V. L. Implications of kangaroo care for growth and development in preterm infants. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 34, n. 2, p. 218-232, mar./apr. 2005.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M. dos; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 1, p.52-62, 2004.

D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 645-654, ago. 2005.

DUARTE, E. D. “**Agora eu me sinto como uma mãe de muito tempo**”: a mulher que realiza o cuidado mãe canguru. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R. de. Cuidado mãe-canguru: relato de experiência. **Rev. Mineira de Enfermagem**, v. 5, n. ½, p. 86-92, jan./dez. 2001.

EDWARDS, L. D. Adaptação à paternidade/maternidade. In: PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Arimed, 2002.

ERLANDSSON, K.; FAGERBERG, I. Mother's lived experiences of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be close to their baby. **Midwifery**, v. 21, n. 2, p. 131-138, jun. 2005.

ERIKSSON, B. S.; PEHRSSON, G. Evaluation of psychosocial support to parents with an infant born preterm. **Journals of Child Health Care**, v. 6, n. 1, p. 19-33, mar. 2002.

FELDMANN, R.; EIDELMAN, A. I. Intervention programs for premature infants. How and to they affect development? **Clin. Perinatol.**, v. 225, n. 3, p. 613-626, sep. 1998.

FELDMANN, R.; EIDELMAN, A. I. et al. Skin-to-skin contact (Kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: sleep-ware acclivity, arousal modulation, and sustained exploration. **Dev. Psychol.**, v. 38, n. 2, p. 194-207, mar. 2002.

_____. Comparação entre o tratamento utilizando o Método Canguru, de contato pele-a-pele, e o método convencional, salientando os benefícios para os pais no desenvolvimento de prematuros. **Boletim Informativo Método Mãe-Canguru**. Ministério da Saúde – BNDES – Fundação ORSA, n. 7, jan./fev./mar. 2003.

_____. Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. **Journal of Family Psychology**, v. 17, n. 1, p. 94-107, mar. 2003.

FERRAZ, M. A; CHAVES, R. L. Bebês prematuros: aspectos emocionais envolvidos. **Pediatria Moderna**, v. 32, n. 7, p. 784-790, 1996.

FERREIRA, A. B. de H. **Minidicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FERREIRA, M. C. F. **Construção da maternidade de mães de bebês prematuros em metodologia canguru**: um estudo em unidade neonatal. 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FERREIRA, S. L. M. **Avaliação das condições de saúde bucal de crianças com desnutrição intra-uterina**. 2003. Tese (Doutorado em Odontologia) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

FERREIRA, E. A.; VARGAS, I. M. A.; ROCHA, S. M. M. Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 4, p. 111-116, out. 1998.

FERRERIA, L.; VIEIRA, C. S. A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão de literatura. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 25, p. 41-50, 2003.

FONSECA, L. M. M. et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 1, p.65-75, jan./fev. 2004.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; MELLO, D. F. de. Health education of puerperas in neonatal rooming-in: acquisition of knowledge mediated by the use of an educational game. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 2, p.166-171, mar./apr. 2002.

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

FRANCESCHI JUNIOR, A. F; NEVES, L. P; CAETANO, T. L. **Um começo de vida diferente**: assistência de enfermagem na unidade neonatal promovendo a formação do apego entre recém-nascidos prematuros e seus pais. 2004. (Trabalho de Conclusão de Curso) - Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

FRANZIN, C. M. M. O. et al. Centralização do fluxo sanguíneo fetal diagnosticado pelo Dopplervelocimetria em cores: resultados perinatais. **Rev. Bras. de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 10, p. 659-665, nov./dez. 2001.

FREITAS, M. de. **Recém-nascidos com peso de nascimento inferior a 2000 gramas: aspectos perinatais, neonatais e no primeiro ano de vida.** 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

FRIEDRICH, L.; CORSO, A. L.; JONES, M. H. Prognóstico pulmonar em prematuros. **Jornal de pediatria**, v. 81, n. 1, supl. 1, p. S79-S88. 2005.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação da infância brasileira.** Relatório 2001. Brasília: Sotomayor Assessoria de Comunicações. 2001.

FURLAN, C. E. F. B. **Implantação do método mãe-canguru: percepção do enfermeiro e dos pais sobre a vivência.** 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

FURLAN, C. E. F. B.; SCOCHI, C. G. S.; FURTADO, M. C. C. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 444-452, jul./ago. 2003.

FURMAN, L.; KENNEL, J. Breastmilk and skin-to-skin kangaroo care for premature infants. **Acta Paediatr.**, v. 89, n. 11, p. 1280-1283, nov. 2000.

GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A comunicação entre a equipe e os pais em uma UTI neonatal de um hospital universitário. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., mai. 2002. São Paulo. **Anais Eletrônicos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.** Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php>? Acesso em 10 de jul. 2006.

GALBREATH, J.G. Sister Callista Roy. In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 206-226.

_____. Sister Callista Roy. In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional.** 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 203-224.

GARCIA, C. F. D.; ISAAC, M. de L.; OLIVEIRA, J. A. A. de. Emissão otoacústica evocada transitória: instrumento para detecção precoce de alterações auditivas em recém-nascido a termo e pré-termo. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, v. 68, n. 3, p. 344-352, mai. 2002.

GHERPELLI, J. L. D. Propedêutica neurológica do recém-nascido e sua evolução. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 82, n. 1-4, p. 22-33, jan./dez. 2003.

GIRARDI, A. L. F. N. **O bebê prematuro no discurso de suas mães.** 2003. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

GOMES, A. L. H. **As especificidades do vínculo da mãe com o bebê pré-termo na situação de internação.** 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

GOMES, A. L. H. et al. Mãe-bebê pré-termo: as especificidades de um vínculo e suas implicações para a intervenção multiprofissional. **Rev. Ginecologia & Obstetricia**, v. 8, n. 4, p. 205-208, 1997.

GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para sua humanização. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 20-30, abr. 2005.

GÓMEZ, H. M. et al. **Programa madre-canguro en el instituto materno infantil de Bogotá, Colômbia** – en Primer Encuentro Internacional Programa Madre-Canguro, 1990. Mimeografado.

GONÇALVES, A. T. D. **Evolução dos padrões de interação mãe-bebê em crianças pré-termo nos seis primeiros meses de vida:** os precursores do apego. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

GOTARDO, G. I. B.; SILVA, C. A. da. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 13, n.2, p. 223-8, 2005.

GRAZIANO, R. M.; LEONE, C. R. Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento visual do pré-termo extremo. **J. Pediatria**, v. 81, n. 1, supl. 1, p.S95-S100. mar. 2005.

GUIMARÃES, A. M. F. **Interação mãe-bebê:** estudo em recém-nascidos pré-termo submetidos a um programa de estimulação fonoaudiológica e ao método mãe-canguro. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

GUIMARÃES, G. P.; SCHNEIDER, K. L. K. **Reflexão crítica sobre a motivação da puérpera para participar do método mãe-canguro.** 2003. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

GUINSBURG, R. Dor no recém-nascido: conceitos atuais. **Boletim Informativo Método Mãe-Canguro.** Ministério da Saúde – BNDES – Fundação ORSA, n. 5, jul./ago./set. 2002.

HAGAN, R.; EVANS, S. F.; POPE, S. Prevencion de la depression puerperal en madres de niños muy pretérminos: una investigacion clinica aleatorizada. **BJOG.**, v. 111, p. 641-647, 2004.

HOLDITCH, D. D.; ROBERTS, D.; SANDELOWSKI, M. Early parental interactions with and perceptions of multiple birth infants. **Journal of Advanced Nursing**, v. 30, n. 1, p. 200-210, jul., 1999.

HOTMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T. de. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Rev. Est. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 461-481, jul./dez. 2002.

JANICAS, R. C. S. V.; PRAÇA, N. S. Contato corporal precoce entre mãe e recém-nascido: opinião do profissional que atende o puerpério imediato. **Texto Contexto Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 206-221, jan./abr. 2002.

JÁRMY-DI-BELLA, Z. **Sua gestação semana a semana**. Disponível em: www.clicfilhos.com.br. Acesso em 17 dez. 2005.

JAVORSKI, M. et al. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. **Rev. Latino-Amer. Enferm.**, v.12, n. 6, p. 890-898, nov./dez. 2004.

JOAQUIM, M. C. M. Como o Brasil trabalhou o método mãe-canguru. **Boletim Informativo Método Mãe-Canguru**. Ministério da Saúde – BNDES – Fundação ORSA, n. 8, abr./mai./jun. 2003.

JOHNSON, A. N. kangaroo holding beyond the NICU. **Pediatric Nursing**, v.31, n. 1, p. 53-56, jan./feb. 2005.

JOHNSTON, C. C. D. et al. Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates. **Archives Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 157, n. 11, p. 1084-1088, nov. 2003.

JONES, C. L. Environmental analysis of neonatal intensive care. **The journal of nervous and mental disease**, v. 170, n. 3, p. 130-142, mar. 1982.

KAMADA, I.; ROCHA, S. M. M.; BARBEIRA, C. B. S. Internações em unidade de terapia intensiva neonatal no Brasil - 1998 - 2001. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 11, n. 4, p. 436-443. jul./ago. 2003.

KENNEL, J. H.; KLAUS, M. H. Atendimento para pais de bebês prematuros ou doentes. In: _____. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 170-244.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.

KENNER, C.; MACLAREN, A. **Essentials of maternal and neonatal nursing**. Pennsylvania: Springhouse Corporation, 1993.

KLAUS, M.; KENNEL, J. **Pais e bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLAUS, M.; KENNEL, J.; KLAUS, P. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed, 2000.

KNUPPEL, R. A.; DRUKKER, J. E. **Alto risco em obstetrícia**: um enfoque multidisciplinar. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

KOROLEFF, P. T. La creación progresiva del vínculo madre-niño. **Rev. de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú**, v. 19, n. 2, p. 306-318, 2001.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LACHARITÉ, C. Parental sensitivity: its role in the prevention of child maltreatment and the promotion of child well being. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 275-279, jul./set. 2003.

LANZILLOTTI, da S. L.; SHIRATORI, K. Estímulo tátil, contención facilitada: el cuidado de enfermería em recién nacidos prematuros. **Enfermería Global**, n. 8, may. 2006. Disponível em: www.um.es/eglobal/ . Acesso em 20 de jun. 2006.

LAMEGO, D. T. C.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, M. E. L. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência & Saúde Coletiva - ABRASCO**, v. 10, n. 3, p. 669-675, jul./set. 2005.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva - ABRASCO**. v. 10, n. 3, p. 659-668, jul./set. 2005.

LAMY, Z. L. Metodologia Canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI neonatal. In: MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A.; MORSCH, D.S. **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 141-156.

LEVIN, A. Humane neonatal care initiative. **Acta Paedistr.**, n. 88, p. 353-355, 1999.

LEOPARDI, M.T. Sister Callista Roy. In: _____. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa Livros, 1999, p. 109-114.

LITHTIG, I. et al. Avaliação do comportamento auditivo e neuropsicomotor em lactentes de baixo peso ao nascimento. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 47, n. 1, p. 52-58. jan. /mar. 2001.

LIMA, G.; QUINTERO-ROMERO, S.; CATTANEO, A. Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil. **Ann Trop Paediatr.**, v. 20, n. 1, p. 22-26, mar. 2000.

LOURENÇO, A. F. **A representação social da mãe adolescente sobre a maternidade de um filho prematuro** – uma contribuição para a enfermagem. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

LÚCIO, I. M. L. **Método de avaliação visual aplicado ao recém-nascido**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

LÚCIO, I. M. L.; CARDOSO, M. V. L. L. Estimulação visual do recém-nascido de baixo peso: percepção maternal. **Rev. Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 278-285, set./dez. 2003.

LUDINGTON-HOE, S. M.; HADEED, A. J.; ANDERSON, G. C. Physiologic responses to skin-to-skin contact in hospitalized premature infants. **J. Perinatol.**, v. 11, n. 1, p. 19-24, mar. 1991.

LÜDKE, M. **Pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro, 1991. 10p. Mimeografado.

LIMA, G.; QUINTERO-ROMERO, S.; CATTANEO, A. Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil. **Ann Trop Paediatr.**, v. 20, n. 1, p. 22-26, mar. 2000.

MACHADO, A. S.; MANFRINI, G. C.; BORGES, M. M. **Compreendendo e estimulando o enfrentamento dos estressores que atuam sobre o recém-nascido internado em UTI neonatal e sua família, com base no modelo de sistemas de Betty Neuman**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal e Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MALDONATO, M. T. Aspectos psicológicos da gravidez, do parto e do puerpério. In: _____. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 114-130.

MARQUES, E. M.; RUDGE, M. V. C. Resultados Perinatais de Gêmeos com Pesos Discordantes ao Nascer. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 389-394, jul. 2002.

MARTÍNEZ, J. G. **Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal**: significados atribuídos pela equipe de saúde de um hospital de San Potosí, México. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

MARTINS, M. F. **Os pais e a possibilidade da morte do filho prematuro**. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

McKIM, E. M. The information and support needs of mothers of premature infants. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 8, n. 4, p. 233-244, aug. 1993.

MELLO, D. F. et al. Cuidados maternos a crianças de baixo peso ao nascer. **Rev. Esc. Enferm., USP**, v. 36, n. 3, p. 261-269, 2002.

MILTERSTEINER, A. R. et al. Respostas fisiológicas da posição mãe-canguru em bebês pré-terms, de baixo peso e ventilando espontaneamente. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 4, p. 447-455, out./dez. 2003.

MONTEIRO, T. M. T.; SILVA, L. M. S.; SILVA, M. V. S. Reações de mães diante do nascimento de um filho prematuro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 36-42, jan./jun. 2002.

MONTICELLI, M. Ações educativas em enfermagem: do senso comum ao bom senso. **Revista Texto Contexto Enferm.**, v. 3, n. 2, p. 7-16, jul./dez. 1994.

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

_____. **O nascimento como rito de passagem**: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

_____. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MONTICELLI, M.; ELSÉN, I. Quando o tempo narrativo ultrapassa o tempo da clínica: um modo de cuidar em enfermagem no período pós-natal. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 167-176, abr./jun., 2005.

MONTIGNY, F. **Luto perinatal**. Florianópolis, 2005. Mimeografado.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Validade do exame clínico do recém-nascido para a estimação da idade gestacional: uma comparação do escore New Ballard com a data da última menstruação e ultrassonografia. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p.83-94, jan./mar. 2000.

MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A.; MORSCH, D.S. **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. Conhecendo uma UTI neonatal. In: _____. **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 29-42.

MOREIRA, M.E.L.; RODRIGUES, M. A. O bebê na UTI: intercorrências e exames mais freqüentes. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. de A.; MORSCH, D. S. **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.43-50.

MORENO, R. L. R.; JORGE, M. S. B. Sentimentos e emoções da mãe acompanhante no mundo da UTI: descrição fenomenológica de mudanças existenciais. **Rev. Enferm UERJ**, v.13, p.175-180, 2005.

MORSCH, D. S. **Quando a vida é prematura/a interface entre o desenvolvimento afetivo e cognitivo de bebês pré-termo.** 2004. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

MOTA, L. A. da.; SÁ, F. E.; ALBUQUERQUE, M. F. Estudo comparativo do desenvolvimento sensório-motor de recém-nascidos prematuros da unidade de terapia intensiva neonatal e do método canguru. **Rev. Brasil. em Promoção da Saúde**, v. 18, n. 4, p. 191-198, 2005.

MOURA, M. L. S. et al. Interações iniciais mãe-bebê. **Rev. Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 295-302, 2004.

MOURA, S. M. S. R. de. **Maternidade e práticas de saúde: o instituído e o possível.** 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/Assis, São Paulo, 2003.

MOURA, S. M. S. R. de; ARAÚJO, M. F. Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no programa mãe canguru. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 1, p. 37-46, jan./abr. 2005.

MOURA, M. L. S. de; RIBAS, A. F. P. Uma perspectiva sociocultural de estudo da interações iniciais mãe-bebê. **Revista Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 3, p. 469-485, 2001.

NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho" e de ser "o corpo para si". **Cad. Saúde Pública**, v. 19, supl.2, p. 355-363, 2003.

NASCIMENTO, M. B. R. do; ISSLER, H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Rev. Hosp. Clín.**, v. 58, n. 1, p. 49-60, 2003.

_____. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **J. Pediatria**, v. 80, n. 5, supl. 1, p. 163-172, nov. 2004.

NOGUEIRA, M. F. H. **Os prematuros respondem aos cuidados de enfermagem: uma ação que acalma ou estressa? Um experimento fundamental sobre cuidadores e cuidandos.** 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

NUNES, H. H. M. **O cotidiano de mães inseridas no método mãe-canguru.** 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

OLHWEILER, L.; SILVA, A. R. da; ROTTA, N. T. Estudo dos reflexos primitivos em pacientes recém-nascidos pré-termo normais no primeiro ano de vida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 63, n. 2, p. 294-297, jun. 2005.

OLIVEIRA, M. E de. **Cuidando-aprendendo enfermagem com amor: uma experiência dialógica com mães/recém-nascidos pré-termo.** 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

OLIVEIRA, M. E de; MONTICELLI, M. Assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo. In: OLIVEIRA, M. E de; MONTICELLI, M.; BRUGGEMANN, O. M. (Org.). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais.** 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, p. 285-297. 2002

OLIVEIRA, M. E de; MONTICELLI, M.; BRUGGEMANN, O. M. (Org.). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais.** 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternidade Segura: assistência ao parto normal – um guia prático.** Genebra, 1996.

PADOVANI, F. H. P. et al. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.26, n.4, p.251-254, dez. 2004.

PARKER, L. M. S. N. et al. Kangaroo care for adoptive parents and their critically III preterm infant. **MCN, American Journal of Maternal Child Nursing**, v. 27, n. 4, p. 230-232, jul./aug. 2002.

PEDESPAN, L. Attachement et prematurite. **Gynecologie, Obstetrique & Fertilité**, v. 32, n. 9, p. 716-720, sep. 2004.

PINTO, E. B. Contribuição para a análise das interações precoces na perspectiva psicanalítica. In: PICCININI, C. A. et al. Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. **Rev. Psicologia: reflexão e crítica**, v. 14, n. 3, p. 469-485, 2001.

POWELL, K. A. Ambiguous loss of premature birth: In: MARTIN, A. **Premature baby, premature child**. New York, 2002. Disponível em: www.prematurity.org. Acesso em: 20 mar. de 2006.

PROCIANOY, R. S.; GUINSBURG, R. Avanços no manejo do recém-nascido prematuro extremo. **Pediatr.**, v. 81, n. 1, supl. 1, p. S1-S2, mar. 2005.

QUEIRÓZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Education action in child's care and professionals' interventions in the families. **Acta Scientiarum, Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 71-81, 2004.

REGIS, F. C.; KAKEHASHI, T. Y.; PINHEIRO, E. M. Análise do cuidado ao bebê hospitalizado segundo a perspectiva winnicottiana. **Rev. Bras. de Enferm.**, v. 58, n. 1, p. 39-43, jan./fev. 2005.

REID, T. Maternal identity in preterm birth. **Journal of Child Health Care**, v. 4, n. 1, p. 23-29, 2000.

REY, E. S.; MARTINEZ, H. G. Manejo racional del niño prematuro. In: **Curso de Medicina Fetal**. Bogotá: Universidad Nacional, 1983. Mimeografado.

RIBEIRO, M. E. **Concreticidade do vínculo do/no programa de saúde da família (PSF): desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do programa**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROCHA, S. M. M.; SIMPIONATO, E.; MELLO, D. F. Apego mãe-filho: estudo comparativo entre mães de parto normal e cesárea. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 2, p. 125-129, mar./abr. 2003.

RODRIGUES, E. C. **Conhecer para cuidar – o desafio dos pais do bebê-prematuro na educação dialógica intermediada pela enfermeira**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

ROSSATO-ABÉDE; L. M.; ANGELO, M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais em alto risco. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 48-54, jan./fev. 2002.

ROLLER, C. G. Getting to know you: mothers experiences of kangaroo care. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 32, n. 2, p. 210-217, mar./apr. 2005.

ROY, S. C. **Introduction to nursing an adaptation model**. New Jersey: Prentice-Hall, 1984.

RUGOLO, L. M. S. de S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo de prematuro extremo. **J. Pediatria**, v. 81, n. 1, supl. 1, p. S101-S110, mar. 2005.

SALES, C. A. et al. Vivenciando a facticidade em dar existência a filho prematuro: compreensão dos sentimentos expressos pelas mães. **Acta Scientiarum, Health Sciences**, v. 27, n. 1, p. 19-23, 2005.

_____. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 1, p. 20-24, jan./fev. 2006.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado de Santa Catarina. Disponível em: www.saude.gov.br/tadescr.htm. Acesso em 07 jul.2005.

SCOCHI, C. G. S. et al. Assistência aos pais de recém-nascidos pré-termo em unidades neonatais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 495-503, out./dez. 1999.

_____. **A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**. 2000. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

_____. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 539-543, jul./ago. 2003.

SCHERMANN, L. Avaliação quantitativa e qualitativa da interação. In: PICCININI, C. A.; et al. Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. **Rev. Psicologia: reflexão e crítica**, v. 14, n. 3, p. 469-485, 2001.

SCHMITZ, E. M. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Florianópolis: Atheneu, 1995.

SCHUMACHER, B. UTI neonatal: espaço cênico de um espetáculo de dança. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 27-35, set./dez. 2002.

SCHUMACHER, B.; CIANCIARULLO, T. I. Uma possibilidade para a humanização do cuidado ao recém-nascido em UTI. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, v. 9, n. 1, p. 244-258, jan./abr. 2000.

SERRA, S. O. A.; SCOCHI, C. G. S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 597-605, jul./ago., 2004.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p.517-525, ago. 2004.

SILVA, L.; BOCCHI, S. C. M. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 13, n. 2, p.180-187, mar/abr. 2005.

SILVA, O. P. V. da. A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 4, n. 2, p. 15-24, 2002.

_____. **Análise descritiva do desenvolvimento de recém-nascidos prematuros que participaram do programa método mãe-canguru.** 2004. Dissertação (Mestrado). Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2004.

SIQUEIRA NETO, A. C. **A importância do ato de tocar.** Disponível em: www.psicopedagogia.com.br . Acesso em 18 de abr. 2005.

SIMSEN, C. D.; CROSSATTI, M. G. O. O significado do cuidado em UTI neonatal na visão de cuidadores de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 231-242, ago. 2004.

STJERNVIST, K. M. Extremely low birth weights infant less than 901g. Impact on the family during the first year. **Scan. J. Soc. Med.**, v. 4, p. 226-233, 1992.

SWINTH, J. Y. et al. Shared kangaroo care for triplets. **American Journal of Maternal Child Nursing**, v. 25, n. 4, p. 214-216, jul./aug. 2000.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal:** assistência ao recém-nascido de alto risco. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.

THOMAZ, D. M. **Estudo das reações emocionais de mães que tem recém-nascidos pré-termo internado em Unidade de Terapia Intensiva.** 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2002.

TILOKSKULCHAI, F. et al. Attachment behaviors in mothers of premature infants: a descriptive study in Thai mothers. **Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 16, n. 93, p. 69-83, dec. 2002.

TIMI, M. S. R.; BRAGA, L. R. M.; MARIOTTO, R. M. M. Um bebê não existe sozinho: considerações sobre a clínica psicanalítica com bebês. **Rev. Psicologia Argumento**, v. 22, n. 36, p. 49-56, jan./mar. 2004.

TOMA, T. S. Método Mãe-Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. S233-42, 2003.

TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. **Modelos y teorías en enfermería**. 4. ed. Madrid: Harcourt Brace de España, 1999, 555p.

TÖRNHAGE, C. J. et al. First week kangaroo care in sick very preterm infants. **Acta Paediatr.**, v. 88, p. 1402-1404, 1999.

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

TRONCHIN, D. M. R. **A experiência de tornarem-se pais de recém-nascido prematuro**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. **Rev. Bras. de Enferm.**, v. 58, n. 1, p. 49-54, jan./fev. 2005.

_____. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 14, n. 1, p.93-101, jan./fev. 2006.

URIZZI, F. **Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva**: o outro lado da internação. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VANNUCHI, M. T. O. et al. Iniciativa hospital amigo da criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p.422-428, jun. 2004.

VASCONCELOS, M. G. L. de. **Implantação de um grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um hospital amigo da criança na cidade de Recife/PE**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão preto, 2004.

VASCONCELOS, M. G. L. de; LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. S. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 6, n. 1, p.47-57, mar. 2006.

VENÂNCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método mãe-canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 173-180, 2004.

VIEIRA, M. E. M. G. **O bebê pré-termo e atuação interdisciplinar**: relatos de dificuldades vivenciadas pelas mães. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, São Paulo, 2003.

VOLPI, J. H. **O meio ambiente estressante comprometendo o desenvolvimento neuropsicofisiológico da criança**. Curitiba: Centro Reichiano, 2004.

WEBER, L. N. D. A evolução das relações parentais: uma abordagem etológica. **Rev. Psicologia Argumento**, v. 22, n. 38, p. 19-25, jul./set. 2004.

WELTER, G. T. **Bebê de risco**: como e porque estimulá-lo. 1999. Monografia (Especialização em motricidade oral) - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, Curitiba, 1999.

WHO. Low-birthweight. A tabulation of available information. **Maternal Health and Safe Motherhood Programme**. Geneve, 1992.

WINNICOTT, D. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: _____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1971. p. 153-162.

_____. **A Família e o desenvolvimento individual**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

ZAEYEN, E. A audição do bebê. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. de A.; MORSCH, D. S. **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 131-140.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA A IDENTIFICAÇÃO DOS MODOS ADAPTATIVOS

Data da coleta de dados:

Horário:

I - Identificação do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso

Nome:

Data do nascimento:

Horário:

Tipo de parto:

Apgar 1º min.:

5º min.:

Peso ao nascer:

Estatura:

Idade Gestacional segundo Capurro:

Idade Gestacional segundo Ballard:

Gemelaridade: () sim () não Qual gemelar ?

Sexo: () feminino () masculino

Reanimação na sala de parto: () sim () não

Necessitou: () O2 inalatório () máscara () intubação () massagem cardíaca

Foi colocado pele-a-pele com a mãe?

() sim () não Caso sim, por quanto tempo:

Sugou o seio materno?

() sim () não Caso sim, por quanto tempo:

Presença de acompanhante na sala de parto: () sim () não Quem: _____

Informações sobre a chegada na unidade neonatal

Data da internação:

Horário:

Motivo da internação:

Condições de chegada:

Chegou acompanhado por familiar? () sim () não Quem: _____

Ingresso em qual sala?

() UTI () cuidados intermediários

Necessitou de quais intervenções, aparelhagens?

() monitor cardíaco () oxímetro () ventilação mecânica () vaporjet () catéter nasal de O2 () SNG () SNE () catéter umbilical () fluidoterapia () PICC

() punção periférica () sonda vesical () outros: _____

Foi facilitada a aproximação dos pais? () sim () não

Os pais tocaram o bebê? () sim () não

Os pais receberam informações sobre as condições de saúde de seu filho? () sim () não

Qual profissional forneceu a informação?

() médico () enfermeira () outro - Qual: _____

Qual a reação dos pais?

() preocupação () indiferença () depressivos () satisfeitos outros: _____

II - Identificação dos pais (a partir do prontuário dos mesmos)

Data da coleta de dados:

Horário:

Respondente:

Procedência:

Situação familiar atual:

Número de filhos:

Recém-nascido planejado: () sim () não

Experiências anteriores familiares a esta:

Organização da família durante a hospitalização:

Identificação do Pai

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Religião:

Profissão:

Disponibilidade para permanecer na unidade neonatal:

Quantos filhos possui () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

Identificação da mãe

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Religião:

Profissão:

Disponibilidade para permanecer na unidade neonatal:

Produção láctea:

() aumentada () adequada () baixa () ausente.

Quantos filhos possui () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

Esta gravidez foi igual () ou diferente () das anteriores. Por quê?

III - Avaliação do Modo Fisiológico

Recém-nascido

Padrão respiratório:

Alimentação:

() seio materno () LM ordenhado () LM enriquecido () fórmula () mista () NVO

Icterícia: () sim () não

Fototerapia: () sim () não

Regulação neurológica:

Tonicidade: () normal () hipotônico () hipertônico

Reação aos estímulos externos: () presente - descrição do estímulo e reação:

() ausente

Puérpera/mãe

Produção láctea: () baixa () adequada () aumentada

IV - Avaliação do Modo de Autoconceito

Primeira reação frente à notícia de internação:

Sentimentos revelados frente a internação do bebê:

Percepção quanto ao recém-nascido:

Preparação para enfrentar o momento/situação:

Expressões (corporais/ orais) utilizadas ao se aproximarem do seu filho:

Sentimentos quando passaram a prestar cuidados ao seu filho:

Reação ao ingressarem no Método Mãe-Canguru:

Rotina (organização) criada pela díade (mãe-pai) para aproximarem-se do bebê:

V - Avaliação do Modo da Função do Papel

Preocupação em obter informações sobre seu bebê:

Sentimentos expressados com relação ao filho recém-nascido:

Aproximação e observação dos cuidados prestados pelos profissionais, os estímulos provocados e as reações do recém-nascido:

Desejo de tocarem em seu filho:

Vontade de participarem nos cuidados com seu bebê:

Demonstram-se responsivos e disponíveis para cuidar do seu filho:

Relação com outros filhos:

Dificuldades sentidas ao desenvolverem o papel de pais (incluindo os aspectos culturais):

Estímulos que facilitaram sua aproximação e interação precoce com seu filho:

Expectativas de contribuição da equipe de enfermagem a fim de exercer a função de pai/mãe na prática do Método Mãe-Canguru.

O bebê sugou o seio materno? () sim () não

Reações da mãe frente ao estímulo de sucção e do papel materno:

O pai estimula sucção não nutritiva? () sim () não

Sentimentos demonstrados pelo pai ao realizar sucção não nutritiva:

VI - Avaliação do Modo de Interdependência

Interação dos pais com o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso

Pessoa observada: () pai () mãe () ambos

Presença:

Freqüência:

Forma de toque: () parado () carícias () pele-a-pele

Expressão oral: () fala () sons () ausente

Tom de voz: () suave () rítmico () habitual () desprezo () grosseira

Contato olho-a-olho:

Emparelhamento:

Relacionamento entre os pais:

Manifestações apresentada pelos pais ao ouvirem o choro do seu filho:

() atenção imediata () indiferença () preocupação

Manifestam o desejo de colocarem seu recém-nascido em contato pele-a-pele:

() sim () não

Como o recém-nascido é segurado no momento de interação com os pais:

() com proximidade e segurança () solto

Percebe-se harmonia nas trocas afetivas entre a tríade?

() sim () não

De que forma acontece?

Interação do recém-nascido prematuro com os pais

Comportamento/Manifestações do recém-nascido ao ouvir a voz dos pais:

Expressões manifestadas pelo bebê ao ser tocado por seus pais:

Reações do bebê ao ser colocado em contato pele-a-pele com seus pais:

Recém-nascido procura o seio materno para sugá-lo?

Como os pais expressam (linguagem verbal e não verbal) a relação afetiva com seu filho desde o nascimento até o momento que ingressaram no MMC?

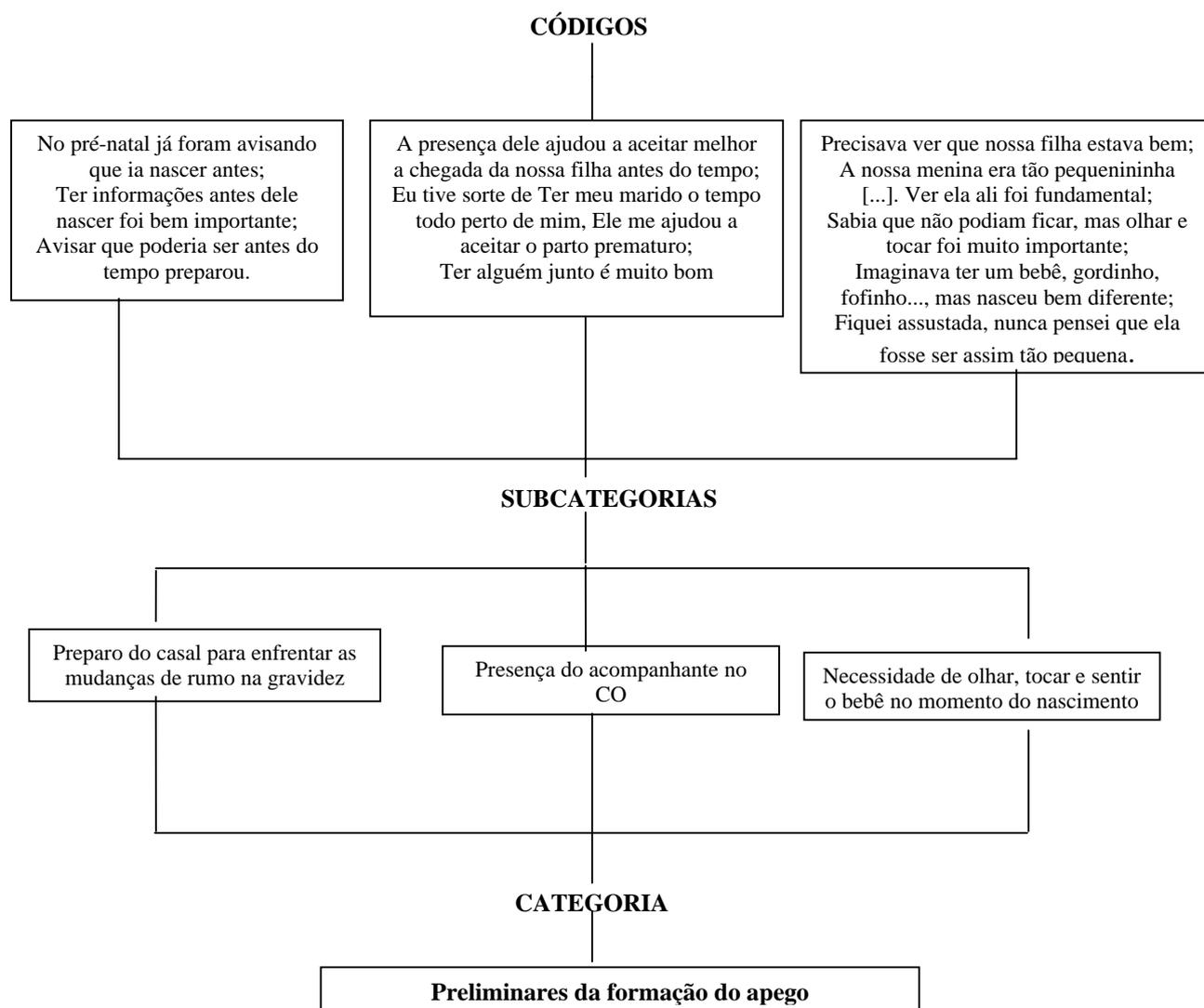
**APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA REGISTRO DAS DEMAIS ETAPAS DO
PROCESSO CUIDATIVO**

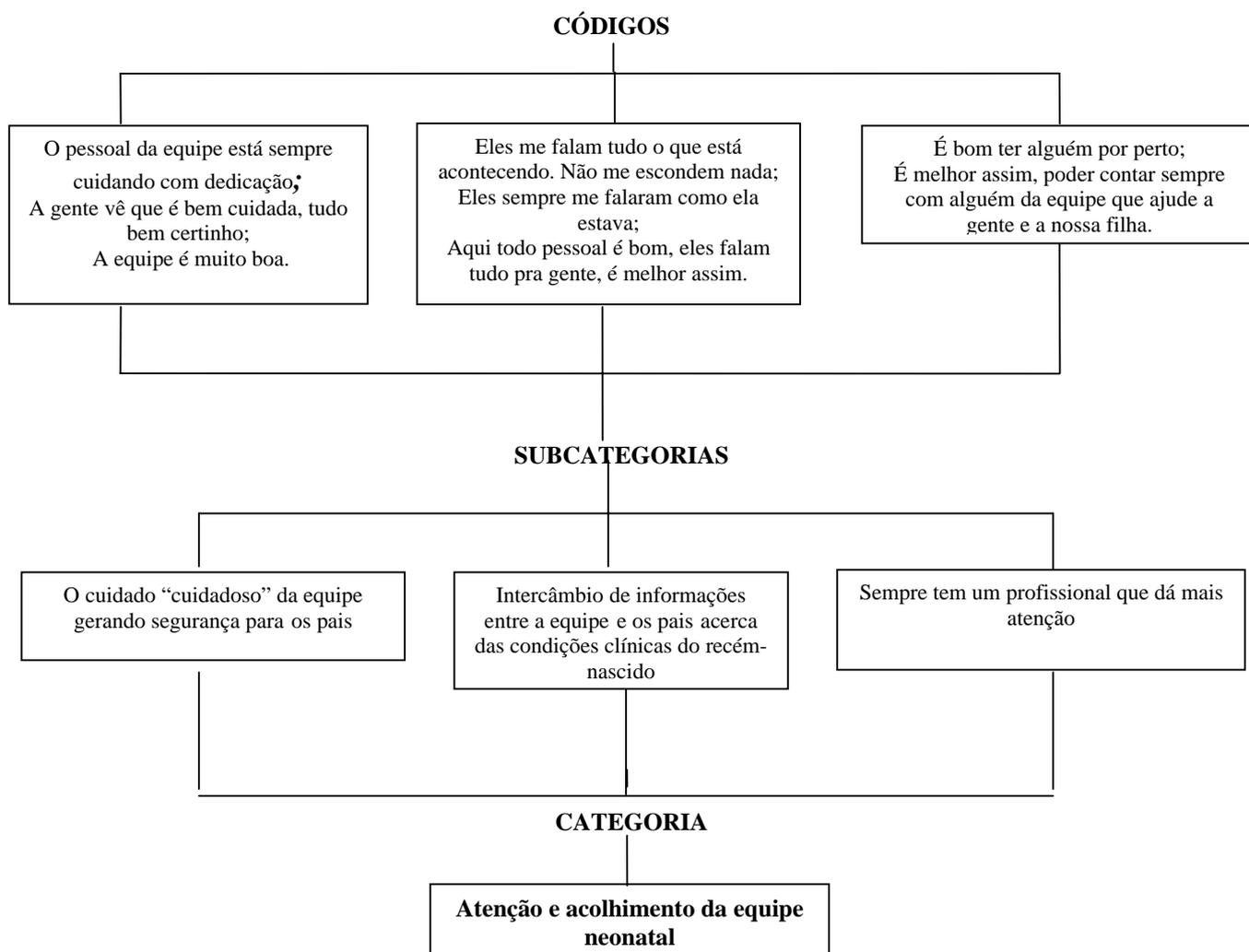
NOME: Pai:
Mãe:
Recém-nascido:

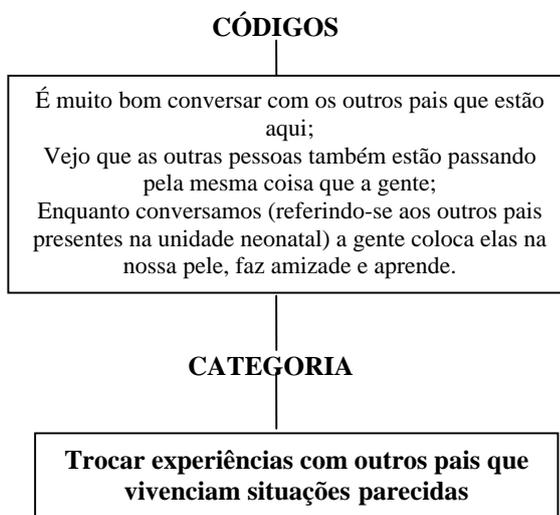
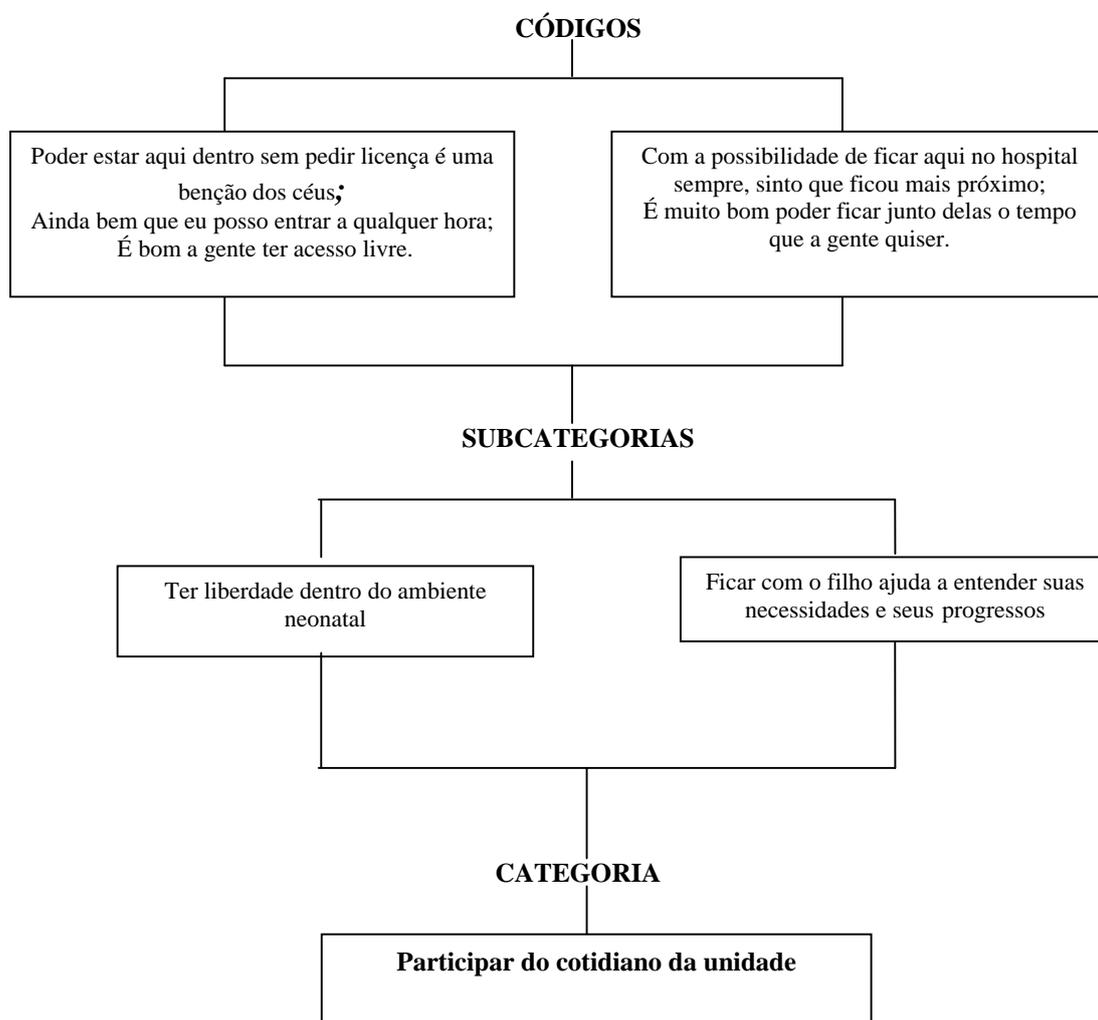
DATA:

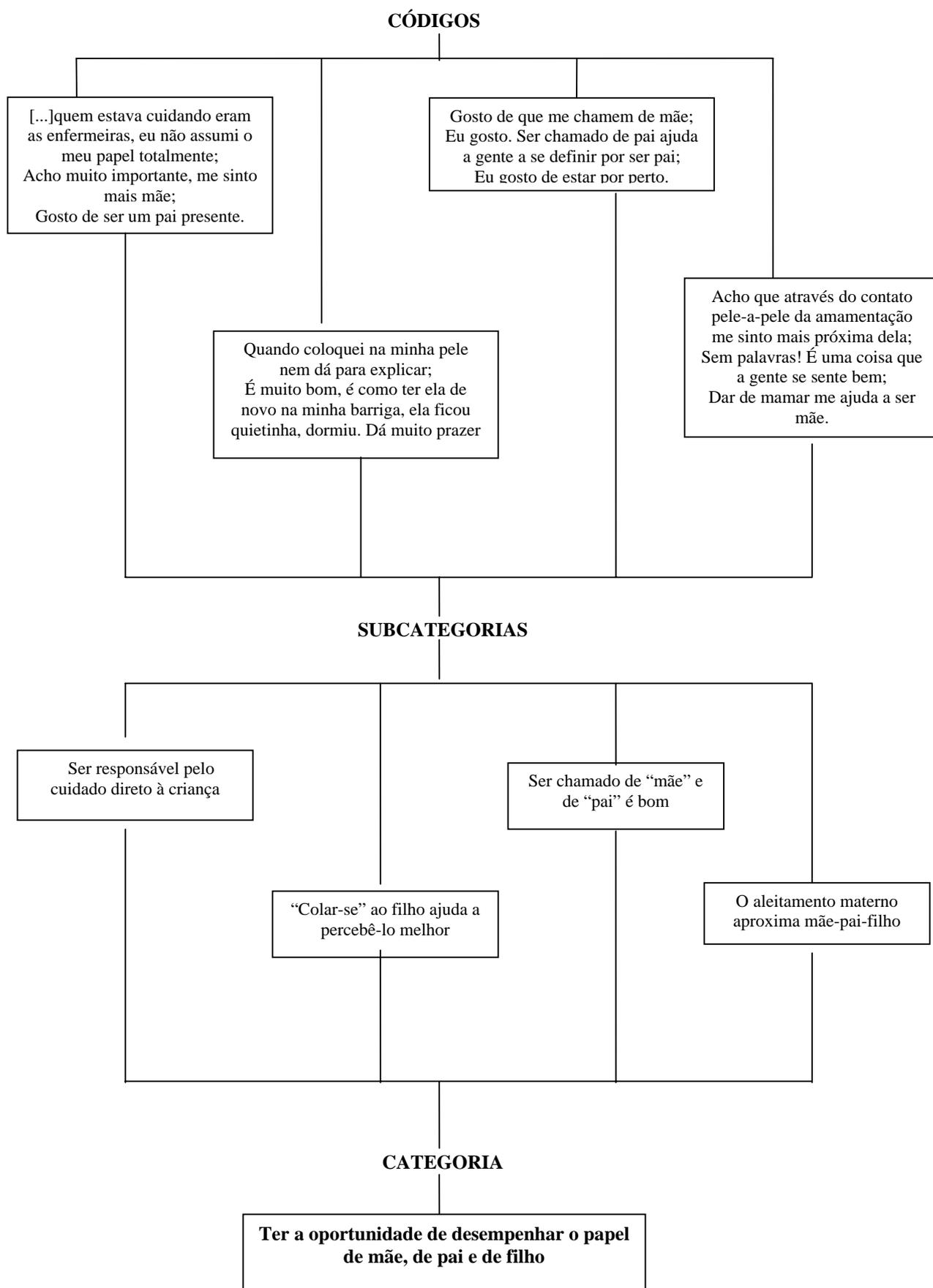
DIAGNÓSTICO	METAS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO

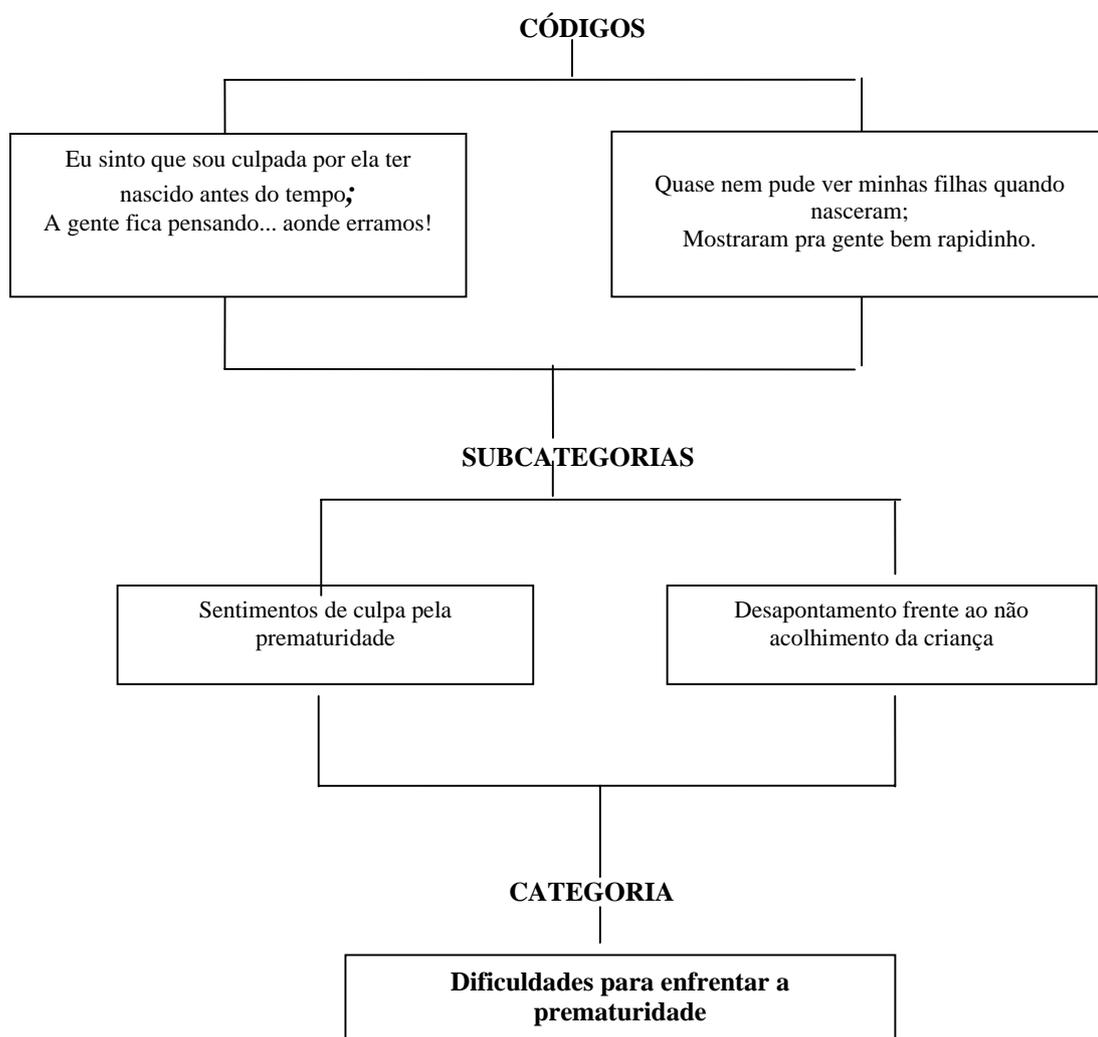
APÊNDICE C – ESQUEMA PARA O LEVANTAMENTO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DOS ASPECTOS PROMOTORES E DOS ASPECTOS COMPLICADORES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO APEGO DURANTE A PRÁTICA DO MMC (primeira síntese)

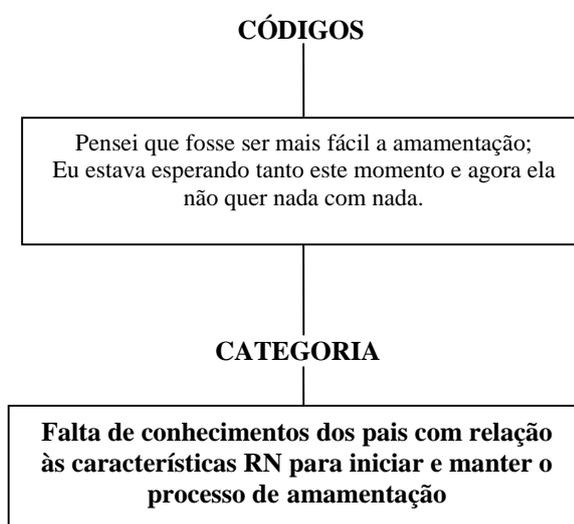
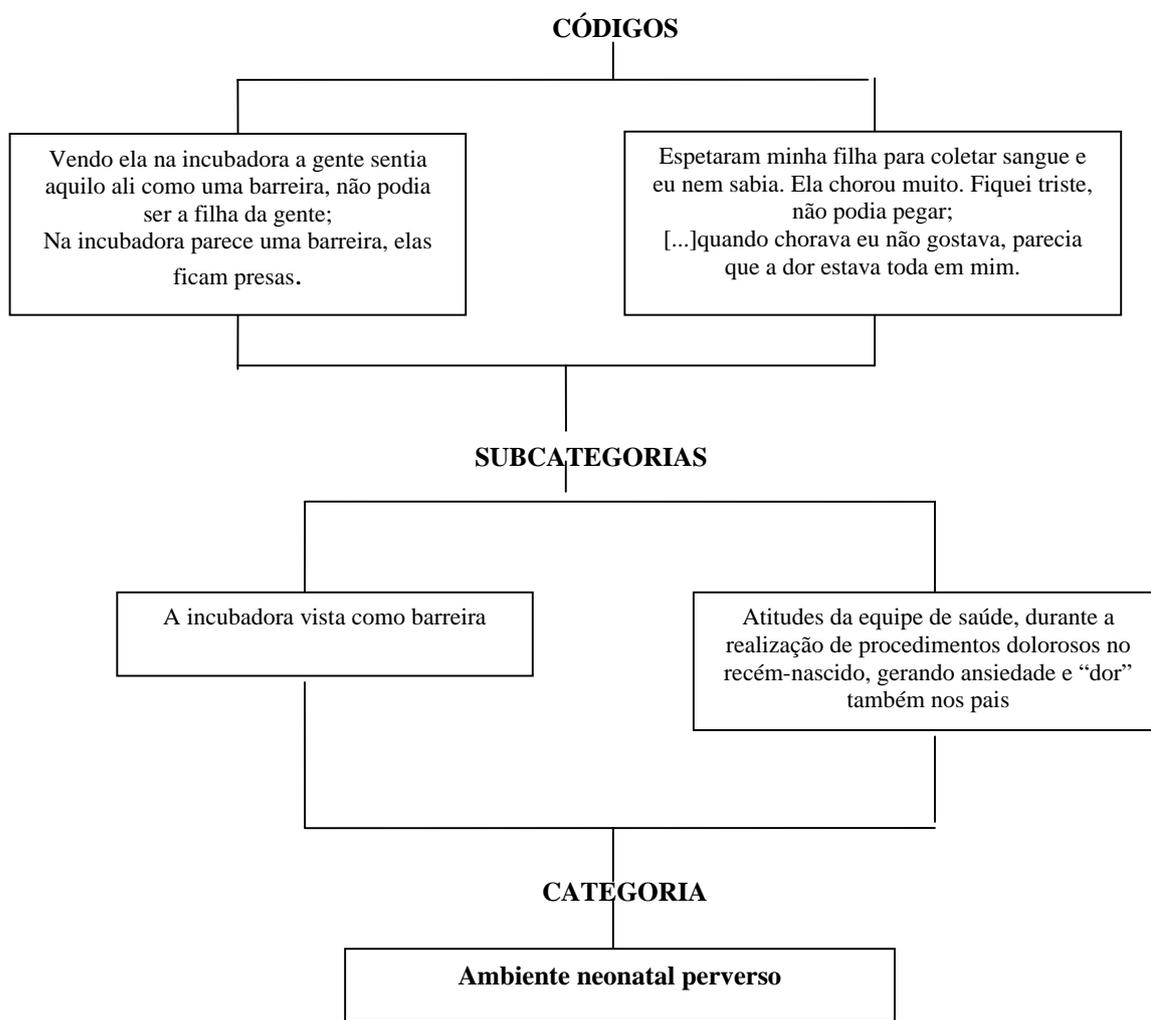












CÓDIGOS

Estou adorando o atendimento de todo mundo, mas é que ta sendo muito ruim, assim, ficar longe de casa;
A distância incomoda;
Sinto que o mais difícil disso tudo é ficar longe de casa.

CATEGORIA

Sentimentos ambíguos: quer ficar e sair

CÓDIGOS

Não tinha dificuldades para dormir, o pior era que tinha que acordar de 3/3 horas;
O que fica mais difícil é estar a um mês amamentando duas, não conseguindo descansar direito, é aquela lida, amamenta, ordenha.

CATEGORIA

Cansaço materno/paterno

CÓDIGOS

Estou insegura de levar ela para casa;
O que mais quero é levar minha filha para casa, mas tenho medo de não saber cuidar igual a eles (profissionais);
Estou louca pra voltar para minha casa e ficar perto de todos meus filhos, vai ser muito melhor, mas fico pensando se vai dar tudo certo.

CATEGORIA

O medo que acompanha a alta

APÊNDICE D – QUADRO DOS ASPECTOS PROMOTORES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO APEGO DURANTE A PRÁTICA DO MMC

1 PRELIMINARES DA FORMAÇÃO DO APEGO: O PERCURSO VIVENCIADO ANTES DE CHEGAR À UNIDADE NEONATAL

1.1 PREPARO DO CASAL PARA ENFRENTAR AS MUDANÇAS DE RUMO NA GRAVIDEZ

Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • “Eu estava preparada pra dos seis meses em diante elas nascerem. Tinha que tomar remédio para inibir o parto. Avisei no meu trabalho que eu estava limitada. Percebi também porque minha barriga já não tinha mais elasticidade. Desde a minha primeira consulta do pré-natal já foram avisando que era pra eu me acostumar com a idéia que ia ser prematuro. Mas a gente sempre tem aquela coisinha de que vai até os nove meses [silêncio]”.
Céu	<ul style="list-style-type: none"> • “Durante todo o pré-natal o médico avisou a gente que elas poderiam nascer antes do tempo. Tava preparado para ver elas assim [...]”. • “Foi muito importante a gente ir se acostumando desde a gravidez, senão não sei se a gente teria agüentado, se soubesse só agora. Ia ser um baque muito grande. A gente iria estar mais inseguros”.
Coala	<ul style="list-style-type: none"> • “Ia sempre ao médico, fazia todos os exames que conseguia marcar pelo SUS. Meus dois filhos nasceram dentro do prazo, não sabia o que era esse negócio de nascer antes do tempo. Ter informações antes dele nascer foi bem importante, a gente foi se acostumando com a idéia”.
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • “Quando vim para cá, e fizeram um ultra-som, eu já sabia que o bebê viria antes do prazo. Ai viram o peso dela e já me trouxeram para cá. Aqui ninguém me falou nada, mas eu já estava preparada. Acho que é bem melhor quando se sabe”. • “Coala fazia tudo como o médico mandava, eu não deixei mais nem ela trabalhar, era melhor ela ficar em casa cuidando do nosso filho e da gravidez. No início nós nem imaginava que isso ia acontecer. Avisar que poderia ser antes do tempo preparou. A gente, aceita melhor e isso já faz a gente se aproximar ainda mais”.
Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • “Fiz meu pré-natal direitinho, mas o médico nunca me falou nada de parto prematuro, não estava esperando mesmo”.
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • “Se soubesse antes, seria muito bom”. • “Sempre ia com Rosa ao médico e sempre estava tudo bem”.

1.2 PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • “Nossa!! Tive muito medo e fiquei muito nervosa, se não fosse ele me ajudando [silêncio], foi ele que me acalmou”.
------	--

Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • “A presença dele ajudou a aceitar melhor a chegada do Amor-perfeito antes do tempo”. • “Ah, a gente tem que enfrentar. Eu ainda estava assustado, mas tinha que dar força para a Rosa. Foi muito bom ver minha filha nascer”.
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • “Eu tive sorte de ter meu marido o tempo todo perto de mim. Ele me ajudou a aceitar melhor o parto prematuro”.
Céu	<ul style="list-style-type: none"> • “Eu assisti o parto, achei legal, eu já tava bem preparado”.
Coala	<ul style="list-style-type: none"> • “Na hora que a Gatinha nasceu foi minha mãe que estava comigo, porque meu marido tinha ido até em casa ver o nosso menino. Nossa, foi uma força! Ela me ajudou a aceitar melhor a situação, a receber o nosso novo nenê com mais força”.
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • “Eu não vi ela nascer, foi a minha sogra, a mãe dela, porque eu tava em Treze Tilhas, mas no outro dia já voltei. Ter alguém junto é muito bom. Acho que isso ajudou no preparo para a aceitação”.

1.3 OLHAR, TOCAR, SENTIR O BEBÊ NO MOMENTO DO NASCIMENTO: DO FILHO IDEALIZADO AO FILHO REAL

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • “Olha só [...] primeira vez que eu a vi [referindo-se à filha que acabara de nascer] foi na sala de parto. Fiquei emocionada, chorei coisa e tal [...]. Pensar em que saiu uma vida de ti, você fica meio boba, pasma. Eu não estava preparada para tudo isso. Precisava ver que estava bem”.
Cravo	<p>“Imaginava ter um bebê, gordinho, fofinho..., mas nasceu bem diferente, magrinha, pequenina [...], mas é minha filha”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Quando eu vi deu meio um impacto mesmo. A nossa menina era tão pequenininha [...] mas o amor já existia. Ver ela ali foi fundamental”. • “Ela nasceu bem diferente do que a gente imaginava ainda mais que quando ela nasceu a colocaram ao lado de um bebê bem grande”.
Amor-perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • Permaneceu tranqüila durante o curto tempo que esteve em contato com seus pais na sala de parto (Notas de Observação).
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • “Na verdade elas não vieram comigo, no meu colo. O médico só me mostrou, eu toquei e logo levaram para a UTI. Eu já sabia que ia ser assim, já tinham me preparado durante a gravidez, já estava preparada para o parto prematuro. O importante para mim naquele momento é que elas ficassem bem. Sabia que não podiam ficar, mas olhar e tocar foi muito importante porque eu senti as duas”. • “Imaginava que elas iam nascer menores. Como pode crescer na barriga que era tão pequena daquele jeito? A única coisa que achei estranho era o tamanho do pé, que era enorme. Depois foram engordando, criando bochechinha e vi que tava ficando bonitinho”.
Céu	<ul style="list-style-type: none"> • “Que ia nascer antes eu já imaginava; todo mundo falava que segurar dois não era fácil. E a mesma coisa de ter que ir para a neo. Sabia que depois que nascessem iriam para lá. Eu vi quando nasceram, fiquei satisfeito porque elas não nasceram tão

Estrela e Lua	<p><i>pequenas como me falaram”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eu imaginava que elas iam nascer menor, porque até mostraram pra nós uma menina com 1.200g. Achavam que elas iam nascer mais ou menos com este peso, aí eu achei bem pequenininho. Depois que elas nasceram, vi que elas não nasceram tão pequenas assim”.</i> • Não foi propiciado um momento mais prolongado entre pais e filhas na sala de parto. Foram logo encaminhadas para a unidade neonatal, sendo instaladas na UTI, em incubadoras. As meninas pareciam assustadas e sem referência, com movimentos corporais intensos frente a tanto manuseio, mas os pais pareciam estar bem (Notas de Observação).
Coala	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Fiquei assustada, nunca pensei que ela fosse ser assim tão pequena, mas é minha filha! Olhar foi o máximo. Ver, sentir que estava viva”.</i> • <i>“Ela é tão miúda, que dá até medo de tocar. Mas logo já me conformei, ela vai mamar e ficar grandinha”.</i>
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Achei ela muito diferente do nosso outro filho, ela nasceu muito pequena, magra e frágil. Temos que cuidar muito dela”.</i> • <i>“Até pensei que ela ia nascer pequena por causa do tamanho da barriga de Coala, mas não pensei que fosse ser tanto. Vou estar sempre por perto para ela ficar bem, gosto dela assim mesmo”.</i>
Gatinha	<ul style="list-style-type: none"> • Foi apenas mostrada pela equipe à mãe e à avó materna, sendo logo encaminhada à unidade de neonatologia. Chegou dentro de uma incubadora de transporte, aninhada em panos e acompanhada por um integrante da equipe do centro obstétrico. Estava calma, mas ofegante, necessitando de intervenções. Os depoimentos de Coala, posteriormente, revelam a importância de ter “visto” a menina na sala de parto (Notas de Observação).

2 ATENÇÃO E ACOLHIMENTO DA EQUIPE NEONATAL

2.1 O CUIDADO “CUIDADOSO” DA EQUIPE GERANDO SEGURANÇA PARA OS PAIS

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Mas uma coisa que a gente vê é o cuidado cuidadoso que o pessoal da equipe, qualquer coisa já olha, vê os batimentos, a temperatura, eles estão sempre cuidando com dedicação, sempre carinhoso, nos dão bastante segurança saber que está em boas mãos”.</i>
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“A gente vê que [aqui] é bem cuidada, tudo bem certinho, atendimento bom também pra gente. Tudo bem cuidadoso”.</i>
Amor-perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • Quando recebia o cuidado de forma habilidosa e “cuidadosa” por parte dos membros da equipe neonatal, Amor-perfeito mantinha-se organizada e sem alterações clínicas, principalmente as relacionadas aos batimentos cardíacos e de oxigenação (Notas de Observação).
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Sempre vi as enfermeiras cuidando bem das minhas filhas. Tudo de diferente que acontecia com elas, elas [equipe de saúde] me falavam, tudo mesmo”.</i>

Céu	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“A equipe é muito boa, eles é que me ajudam, me mostram tudo. Depois que aprendi a cuidar eu fazia, e elas [profissionais de enfermagem] só olhavam. Assim, quando chegar em casa, to craque. A equipe é ótima, sempre que eu preciso me ajudam”.</i> • <i>“Antes, tinha um pouco de medo de chegar e tocar, mas as enfermeiras me ajudaram. Agora me sinto bem e mais pai”.</i> • <i>“Gosto de ver as meninas dormindo, mas quando tem alguém mexendo nelas, vejo que é com carinho, com cuidado”.</i>
Estrela	<ul style="list-style-type: none"> • Gostava muito de ser tocada, mostrava-se alerta e com movimentos corporais ativos. Conforme era manuseada, demonstrava comportamentos de satisfação ou insatisfação (Notas de Observação).
Lua	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrava-se temerosa no primeiro momento, ao ser tocada, mas após alguns minutos, se o toque lhe agradasse, permanecia calma. Já, se os integrantes da equipe, ao contrário, atuavam de forma rápida e às vezes, de modo mais abrupto, ficava chorosa e irritada (Notas de Observação).
Coala	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Todo mundo cuida bem dela, fico até mais tranqüila. Meu outro filho de três anos está sentindo muito minha falta. Eu queria muito poder ir até em casa para ver como ele está. Moro longe, mas sei que aqui elas cuidam bem, com atenção, com cuidado. A médica pensou em fazer transferência para Joaçaba, mas pensei em falar com ela para não fazer nada, não sei como é o atendimento lá. Aqui ela é bem cuidada”.</i>
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Vou ter que voltar para minha cidade, pois preciso arrumar um emprego para dar conta deles todos. Ainda bem que o pessoal aqui ta sempre olhando e cuidando com muito cuidado”.</i>
Gatinha	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Toda a equipe cuida bem, tem carinho pelo que fazem e pelas crianças”.</i> • Quando estava sendo manuseada Gatinha ficava atenta a todos os movimentos, mas quando permanecia sozinha, chorava muito e ficava agitada (Notas de Observação).

2.2 INTERCÂMBIO DE INFORMAÇÕES ENTRE A EQUIPE E OS PAIS ACERCA DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DO RECÉM-NASCIDO

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“[...] era importante saber da minha filha; eles sempre me diziam algo e falavam que ela nunca piorou e que era só engordar”.</i>
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“É, quando ela veio e tinha que internar e tal eu já tava mais tranqüilo, eu já tava ciente né, que ia ter que vir várias vezes aqui, que ia ter que ficar um tempo bom assim, mas de preocupação não né, porque aí já também nasceu tava normal, fizeram os exames. Achei muito bom, aí me tranqüilizou”.</i>
Amor-perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • Conforme iam acontecendo às trocas de informações a RN demonstrava comportamentos diferenciados. Quando os pais recebiam alguma informação negativa ficava agitada, com extensão de membros superiores e inferiores, mas quando era positiva, permanecia calma e serena. Parecia assimilar todos os sentimentos e preocupações de seus pais (Notas de Observação).
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Os médicos me disseram que Estrela está aqui só para ganhar peso, mas Lua não, ela</i>

Céu	<i>está mais doentinha. Eles me falam tudo o que está acontecendo. Não me escondem nada”.</i>
Estrela	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Sempre quando a gente chega, pergunta como elas passaram, e sempre ficamos sabendo de tudo como elas estão. Ninguém faz cara feia”.</i>
Lua	<ul style="list-style-type: none"> • Com relação à Estrela eu percebia que sempre que os pais recebiam informações mais positivas sobre suas condições clínicas, ao se aproximarem da menina, esta apresentava comportamento diferenciado, permanecia atenta e alerta, trocava olhares com seus pais e se movimentava ordenadamente (Notas de Observação). • Já as informações a respeito de Lua não eram tão favoráveis. Sua instabilidade clínica afastava gradativamente seus pais. Ainda que Nuvem e Céu tivessem expressado que preferiam saber “de tudo” sobre as condições vitais das meninas, nem sempre conseguiam ultrapassar com segurança e otimismo os primeiros momentos das notícias menos favoráveis. Geralmente a menina só recebia os olhares incertos e rápidos de seus pais, deixando um ar de desapego. Lua em alguns momentos ficava paralisada, olhos arregalados, parecendo esperar que as portinholas da incubadora se abrissem para receber um afago. Em outros momentos ficava agitada e chorosa (Notas de Observação).
Coala	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eles sempre me falaram como ela estava, o que estava acontecendo. No começo tava nervosa porque diziam que ela não ia se criar. Depois vi que ela tava bem e me conformei”.</i>
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Aqui todo pessoal é bom, eles falam tudo pra gente, é melhor assim, né”.</i> • <i>“Faz bem pra nós receber informações sobre o estado de saúde dela. Saber que não estão enganando. A gente se prepara melhor”.</i>

2.3 “SEMPRE TEM UM QUE DÁ MAIS ATENÇÃO”: REFERÊNCIA PROFISSIONAL DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Coala	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“É bom ter alguém por perto, acho que você vai me ajudar com ela, né ? Nunca tive uma filha tão pequena”! Preciso da tua ajuda!</i>
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Que bom que a outra enfermeira também tem uma boa relação com aquele casal, né? É tão bom ter alguém de referência”.</i> • <i>“É melhor assim, poder contar sempre com alguém da equipe que ajude a gente e a nossa filha”.</i> • <i>“Sempre tem um [profissional] que dá mais atenção. A gente se apega. Sabe em quem chegar”.</i>
Gatinha	<ul style="list-style-type: none"> • Começo a perceber que Coala e Leão passam a me procurar diretamente sempre que chegam na unidade. Percebo que, mesmo que posteriormente necessitem ou desejem contato com outros profissionais da equipe, como a Fonoaudióloga ou a Neonatologista, sempre se dirigem à minha pessoa, primeiramente. Independente do que eu esteja fazendo, quando chegam, aguardam minha aproximação e então “me conduzem” até o lugar onde está Gatinha, “puxando conversa” em torno de seus progressos. Percebo

	também que algumas vezes, já fizeram comentários sobre as desejáveis aproximações de outras tríades com outros profissionais (Notas de observação).
Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Me sinto segura com você por perto e com estas pessoas que trabalham aqui, elas sempre me receberam bem”.</i> • <i>“A Margarida e o Lírio [pais de outro recém-nascido internado na unidade] comentaram comigo que gostam de todo mundo, mas que a referência deles aqui dentro é a Panda [técnica de enfermagem]”.</i>
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Você vai sempre estar por aqui? Nossa, vai ser muito bom saber que tem alguém com quem vamos poder contar, ainda mais que a Rosa vai ficar sozinha, eu só venho nos finais de semana e fico muito preocupado com ela. Agora fico mais tranqüilo que você vai ajudar ela e a nossa filha”.</i>
Amor-perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • Na ausência de seus pais eu, enquanto facilitadora deste processo, procurava tocar de forma carinhosa e contida a recém-nascida, pronunciando algumas palavras em tom baixo e lento. Amor-perfeito respondia com expressões de tranqüilidade e conforto (Notas de Observação).
Estrela e Lua	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe de enfermagem procurava manter as meninas aninhadas, permanecendo tranqüilas e aconchegadas. Às vezes foi necessário que eu me fizesse presente auxiliando a equipe a atentar-se para alguns aspectos como a cobertura de pano escuro sobre a incubadora, com o intuito de diminuir a luminosidade direta sobre as recém-nascidas. Procurava também realizar o toque contido para sentirem a minha presença e terem a mim também como alguém de importância. Nestes momentos, ambas apresentavam os mesmos comportamentos, ficavam calmas e sonolentas. Pareciam me conhecer (Notas de Observação).

3 PARTICIPAR ATIVAMENTE DO COTIDIANO DA UNIDADE

3.1 TER LIBERDADE PARA IR E VIR NO AMBIENTE NEONATAL

Coala	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Leão está sempre junto comigo, ele até faz mais que eu. Gatinha fica bem calma quando ele toca. Poder estar aqui dentro sem pedir licença é uma benção dos céus”.</i>
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Gosto de estar aqui, por perto, vendo ela crescer, cuidar dela. Ela tá cada dia mais bonitinha e tá até criando uma carninha. Ainda bem que eu posso entrar a qualquer hora e a Coala, então, nem se fala. Seria tão bom se todos os pais de bebês prematuros pudessem ter esta mesma oportunidade”.</i>
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Gosto de estar aqui, mas cansa um pouco, por isso fico na casa da minha prima e consigo dormir a noite toda, de manhã sempre estamos aqui. Tô fazendo tudo para elas; o que a mãe faria por um filho. Tô aprendendo a dar o melhor, o sentimento é muito forte, acho que daria minha vida por elas”.</i>
Céu	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Fico com Nuvem o tempo todo, a noite vamos descansar, mas no outro dia não vejo a hora de ver minha filhas. Ah! é muito bom, a gente quase não tem palavras, né? Dá trabalho, mas vai passar esta fase!”.</i>
Estrela	<ul style="list-style-type: none"> • Durante o dia, com a presença constante de seus pais, Estrela aparentava serenidade e aconchego (Notas de observação).

Lua	<ul style="list-style-type: none"> • Na maioria dos momentos Lua permanecia sonolenta na presença de seus pais. Exausta com tantas intervenções, a menina parecia estar constantemente sob efeitos medicamentosos, com poucas reações (Notas de Observação). • Começo a perceber que o fato dos pais terem livre trânsito na unidade é benéfico para todos, principalmente porque os pais parecem menos ansiosos por terem a possibilidade de verem a criança e tocá-la, ao invés de apenas ouvirem falar sobre seu estado de saúde (Notas de Observação).
Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • “Só por ficar perto dela, tudo parece [silêncio] até um passe de mágica. Posso entrar, sair [...]”.
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • “É bom a gente ter acesso livre durante todo o tempo [...]. Isso é totalmente diferente pra gente, já pra vocês é normal, é o trabalho de vocês, né”.
Amor-perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • Quando seus pais estavam por perto, a criança permanecia calma. Com períodos de alerta intercalados com períodos de sono, com movimentos corporais coordenados. Logo que se afastavam, parecia procurá-los. Quando retornavam, a frequência cardíaca aumentava (Notas de Observação).

3.2 TER A POSSIBILIDADE DE FICAR JUNTO DA CRIANÇA EM TEMPO INTEGRAL AJUDA A ENTENDER SUAS NECESSIDADES E SEUS PROGRESSOS

Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eu sempre gostei de estar próxima delas, pegar, parecia que ficava um bebê mais parecido com os outros[...]. Com a possibilidade de ficar aqui no hospital sempre, sinto que ficou mais próximo”.</i> • <i>“Já sabia que iriam para a UTI, já tinha vindo conhecer, tudo normal, normal não, porque quando vi elas na incubadora [expressão de tristeza]. Quando foram para a outra sala e não usavam mais o oxigênio, aí vi que elas estavam bem”.</i> • <i>“Quando saíram da incubadora foi ótimo, ficou tudo mais fácil[...]”.</i>
Céu	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“É muito legal; enquanto Nuvem dá de mamar para uma, a outra tá recebendo um colinho, não chora e fica calminha esperando a vez. É muito bom poder ajudar elas ficarem bem. É muito bom poder ficar junto delas o tempo que a gente quiser”.</i> • <i>“A gente já tinha conhecido a UTI e sabia que vinha pra cá, já sabia que ia ser assim, que iam ficar meses lá dentro, mas quando elas foram para a outra sala ficou melhor ainda. E quando saíram da incubadora elas ficaram no berço bem pertinho uma da outra, foi legal. No bercinho é diferente, ela tá lá, tá ali, mais perto, diminui a distância”.</i>
Estrela	<ul style="list-style-type: none"> • Ao ser transferida para a sala de cuidados intermediários/mínimos logo foi colocada no berço. Estrela permanecia toda aninhada e quietinha, mesmo quando acordada (Notas de Observação).
Lua	<ul style="list-style-type: none"> • Mesmo sendo transferida para a sala de cuidados intermediários/mínimos permaneceu por mais um período na incubadora devido a dificuldade de atingir o peso que permitia sua troca para o berço. Assim que houve a possibilidade, Lua mostrava-se uma menina especial, pois sempre mantinha um comportamento tranquilo e paciente. Os pais acompanharam as transferências e evoluções de forma bem próxima (Notas de observação).

Estrela e Lua	<ul style="list-style-type: none"> • Ambas apresentavam o mesmo comportamento quando estavam no colo dos pais, demonstravam harmonia e satisfação. Ficavam calmas e logo relaxavam e dormiam (Notas de Observação).
Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Não vejo a hora dela passar para a sala do lado, sei que aqui na UTI os riscos são maiores e quando ela passar para a outra sala é porque ela já está melhorzinha. Mas só quando mudou mesmo de sala é que acreditei mais. Eu tava lá”.</i> • <i>“Eu tenho muita vontade de pegar nela, mas na incubadora era mais difícil, agora no berço ficou mais fácil. Estar com ela e pegar ela no colo é uma forma de eu me reaproximar dela”.</i>
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Quando a gente vê lá na incubadora é uma coisa, agora depois que sai da UTI e passa para esta sala é bem melhor. E depois que colocaram ela no bercinho nem se fala, fica tudo mais real”.</i>
Amor-perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • Ao ser transferida de sala permaneceu mais períodos dormindo, havia menos aparelhos, ruídos e manuseio. E ao sair da incubadora e ser colocada no berço, a recém-nascida mostrou-se mais a vontade, livre e confortada entre as mantas que a cobriam (Notas de Observação).
Coala	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Fiquei mais feliz quando ela mudou de sala e melhor ainda quando ela foi para o berço, porque ficou mais calminha. Ela não gostava de ficar lá dentro”.</i>
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Quando voltei e vi que ela tinha saído da UTI e estava no berço fiquei bem contente, foi uma grande alegria. Melhor ainda porque o meu outro guri veio junto para conhecer a irmã e não viu ela dentro da incubadora. Acho que ia ficar assustado. Lá era mais difícil de suportar, mas a gente também entendia que ela precisava disso; afinal, a gente tava sempre por perto checando se era isso, se ela aquilo [...]. Ela precisava da incubadora, mas é claro que aqui é bem melhor. Mas também a gente sabe que é melhor porque já viu como a incubadora fez bem. Se não tivesse passado por lá, talvez nem tivesse conseguido chegar aqui”.</i>
Gatinha	<ul style="list-style-type: none"> • Com relação à mudança de salas não percebi mudanças de comportamento por parte de Gatinha, mas ao ser transferida da incubadora para o berço as mudanças foram imediatas. Parou de se agitar e chorar. Demonstrava gostar do calor do cobertor e de estar respirando ar livre. Os pais perceberam isso de imediato, mas também não se cansam de dizer que está melhor nesta sala porque, antes, passou pela outra (Notas de Observação).

4 TROCAR EXPERIÊNCIAS COM OUTROS PAIS QUE VIVENCIAM SITUAÇÕES SIMILARES

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“É muito bom conversar com os outros pais que estão aqui, que tem filhos pequenos igual a nossa, aprendemos com isso. Quando vou para a oficina fazer trabalhos manuais, damos boas risadas para descontrair”.</i>
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Vejo que as outras pessoas também estão passando pela mesma coisa que a gente, então temos que enfrentar. É bom conversar, temos coisas em comum”.</i>
Amor-perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente, quando ocorria a troca de experiências entre pais, Amor-perfeito permanecia alerta em alguns momentos e em outros, dormindo. Em muitos destes momentos a menina encontrava-se em contato pele-a-pele com seus pais (Notas de

	Observação).
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • “Conversar com as outras mães é bom, porque a gente aprende e se distrai um pouco”.
Céu	<ul style="list-style-type: none"> • “Enquanto conversamos (referindo-se aos outros pais presentes na unidade neonatal) a gente coloca elas na nossa pele, faz amizade e aprende”.
Coala	<ul style="list-style-type: none"> • “Não sou muito de falar, fíco mais é olhando mesmo. Acho legal todo mundo ali estar fazendo quase que as mesmas coisas”.
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • “Todo mundo comenta que a nossa filha era tão pequenininha e cresceu bastante. É bom ver que as pessoas ali estão vendo minha filha maiorzinha e bem”.
Gatinha	<ul style="list-style-type: none"> • A menina gostava pra valer de estar em contato com seus pais ou com algum outro pai ou mãe que falava na mesma entonação que seus pais. Parecia ter algum tipo de predileção por este tipo de som. Ficava alerta e intercalava este contato com períodos de sono. (Notas de Observação).

5 TER A OPORTUNIDADE DE RE(CONHECER-SE) NO PAPEL DE MÃE, DE PAI E DE FILHO

5.1 RESPONSABILIZAR-SE PELO CUIDADO DIRETO À CRIANÇA

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • “Agora me sinto mais útil. Ah!! eu me senti mais mãe dela, porque na verdade quem estava cuidando eram as enfermeiras, eu não assumi o meu papel totalmente, então quando eu fiz alguma coisa eu tive muita alegria e bastante satisfação”.
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • “Me sinto responsável por ela né, já penso não só mais em nós dois né, tem que botar ela também junto né e também pra Rosa no caso né, vai ter que ter mais atenção agora né. Também já me preocupo com o futuro, educação, cuidado em chegar as coisas pra ela certo, tudo isso a gente já pensa, já pensa na responsabilidade, tudo muda[...]. Gostamos de nos sentir pais, poder cuidar de nossa filha”.
Amor-perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • Seu comportamento era bem diferenciado quando recebia os cuidados de seus pais; nessas ocasiões geralmente mantinha-se alerta, com olhar direcionado para quem prestava o cuidado, com fâcias de atenção e expectativa (Notas de Observação). • Percebi que o bom relacionamento, a afetividade, o respeito e a cumplicidade entre o casal fizeram com que a criança percebesse estes personagens como sendo cada vez mais pertencentes a sua história. Demonstrava segurança com o cuidado-presença recebido de seus pais (Notas de Observação).
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • “Aprendi tudo muito rápido, dei banho sozinha, elas [referindo-se à equipe de enfermagem], ficaram só olhando. O que aprendi foi dar banho, amamentar e dar o complemento pela sonda e via oral, acho muito importante [expressão de felicidade e confiança]. Me sinto mais mãe”. • “Conseguí me aproximar desde o começo, principalmente de Estrela; acho que é instinto de mãe. Até agora estou agindo natural, mas não aprendi ainda quando elas choram de cólica ou de outra coisa. Adoro poder cuidar delas sozinha, é assim que vai

<p>Céu</p> <p>Estrela</p> <p>Lua</p>	<p>ser em casa, tenho que me virar”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Obrigada por ter me mostrado o caminho. Foi depois daquela nossa conversa, que percebi que Lua talvez precisasse mais de mim do que Estrela, e eu estava fazendo ao contrário.” • <i>“Legal, né! A gente ta aprendendo. Vocês mostraram tudo como tem que fazer, é tranquilo. Já me sinto mais pai. Estou achando tranquilo, ajudo a Nuvem a dar o complemento, troco fraldas, só de xixi [risos], coloco para arrotar. To conseguindo. Tenho que ajudar, são duas, né!”.</i> • <i>“Antes não estava nada preparado para ser pai, cuidar, essas coisas, mas agora, não sei mais viver sem elas, agora são três para olhar e cuidar. Sinto muito amor. Poder trocar, ficar juntinho, ajuda a ser pai, a compreender o seu pape ”.</i> • Gostava muito de receber os cuidados dos pais, ficava alerta aos movimentos do casal e percebia todo carinho e afeto. Especialmente quando os pais trocavam as fraldas ou davam o banho diário, era visível o grande entrosamento dos três. Ficava agitada apenas quando chegada a hora de se afastarem (Notas de Observação). • Ficava alerta e com expressões faciais de carência. Era meiga e aproveitava todos os momentos de contato corporal com seus pais, principalmente quando os mesmos faziam contensões, posicionavam novo decúbito, limpavam o períneo. Quando retornava à incubadora, Lua ficava chorosa, mas logo parecia aceitar esta condição (Notas de Observação).
<p>Coala</p> <p>Leão</p> <p>Gatinha</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Me sinto bem em cuidar dela, já estava acostumada como fazer porque tenho outros dois em casa, mas a coisa é que ela é pequena, mas vi que mesmo pequena eu dava jeito. Fazer essas coisas: dar banho, mudar de posição, fazer conforto, ajudar a segurar quando vai sentir dor num procedimento [...], tudo é tão importante pra gente se aproximar e sentir que é mãe e que ela, mesmo assim, tão frágil e pequena, é nossa filha”.</i> • <i>“Gosto de arrumar ela, já até troquei fralda e ela gostou, ficou paradinha”.</i> • <i>“Adoro cuidar dela, nunca tive medo, gosto de ser um pai presente. Apesar das dificuldades Gatinha foi planejada, queria muito ter uma filha e agora tenho, agradeço a Deus por isso. Agora tenho um menino e uma menina”.</i> • Quando era manuseada para receber algum cuidado da mãe e do pai, costumava ficar alerta, admirando quem o fazia e a tocava. Às vezes mexia intensamente suas perninhas (Notas de Observação). • No começo o pai era quem estava mais próximo e realizava os cuidados. Gatinha parecia gostar desta aproximação. Coala era mais observadora e um tanto coagida perante seu esposo que se adiantava nos cuidados. Com a ausência de Leão, Coala mostrou-se muito dedicada e carinhosa com sua filha, que dava como resposta um olhar direto, seguro e afetuoso à sua mãe (Notas de Observação).

5.2 “COLAR-SE” AO FILHO: O CONTATO CORPORAL AJUDANDO A SUPERAR A SENSÇÃO DE QUE A CRIANÇA É “QUASE NADA”

Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Ver a criança é uma coisa automática, dá vontade de pegar, botar no colo, abraçar,</i>
-------	--

<p>Rosa</p> <p>Amor-perfeito</p>	<p><i>fazer carinho [...], quanto mais a gente vê, cada vez que vem mais vontade dá de [...], converso com a Rosa todo dia de manhã e de noite, aí ela diz: ‘ah, engordou um pouquinho, já ta fazendo isso, aquilo, daí a gente vê, já ta fazendo um sorrisinho. Eu gostei muito quando fiz o canguru, pude botar no colo. É uma posição tão gostosa, parece assim que a gente se sente bem, também assim [...]. Um dia fiquei ali com ela, aí botaram o termômetro, ela tava geladinha, aí colocaram em contato pele-a-pele, colocaram o cobertorzinho, parece que tudo ficou mais real, mas até que ta lá dentro a gente ta vendo e tudo o mais. Quando a gente ta perto é tudo mais real, a gente se sente mais útil, né, a gente ta segurando, ta juntinho, ta quentinho, a criança esta se sentindo bem. Antes ta agitado, depois, fica calminho, é muito bom”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Agora que posso pegar e colocar no colo, não sei nem te explicar, é muito bom. Adorei no primeiro dia que falasse que o pai podia fazer canguru, achava que era só a mãe. A Amor-perfeito ficou bem calminha, fiquei muito feliz. Sinto um amor muito grande, não sei explicar”.</i> • <i>“Quando coloquei na minha pele nem dá para explicar né, é uma coisa diferente [...], agora a gente chega e dá logo vontade de pegar no colo”.</i> • <i>“Me sinto bem, eu gosto, eu sempre gostei de criança, onde eu to sempre brincando com a criançada [...] eu corro e brinco, gosto muito de cuidar[...]. Mas pensei que só a mãe poderia fazer este tipo de coisa com a filha”.</i> • <i>“Ah!! Foi uma sensação muito boa, foi muito forte, porque vê-la na incubadora é algo tão distante [...]. Já vejo como o afeto e o amor da gente vai aumentando[...], quando passei a ter contato com ela através do toque e do contato pele-a-pele ela está bem mais tranqüila, calma, solta, relaxada... quando ela está em contato pele-a-pele e vou colocar na incubadora, ela se esperneia toda. É, já sabe o que é bom!!! Graças à Deus vejo que consegui ter uma boa relação afetiva com minha filha”.</i> <p>• No colo dos pais, junto ao corpo, ou em contato cutâneo direto, Amor-perfeito mostra-se calma, relaxada, satisfeita. Parece amparada e segura (Notas de Observação).</p>
<p>Coala</p> <p>Leão</p> <p>Gatinha</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“É muito bom, é como ter ela de novo na minha barriga, ela ficou quietinha, dormiu. Dá muito prazer. O contato parece que ela entra para a barriga de novo [...], é como se eu fosse também amadurecer para ser mãe dela”.</i> • <i>“Adorei quando pude pegar Gatinha no meu colo e colocar ela pertinho de mim. Agora acho que não vou conseguir deixar ela tanto tempo dentro da incubadora. Quando eu tiver aqui quero sempre pegar ela no colo e ficar assim, juntinho. Colar nela”.</i> • <i>“Ela, logo que nasceu era tão pequena, tão miúda, tão [...] quase nada, que eu nem sabia direito o que fazer, como pegar, como amar aquele ser ali tão fragilzinho... mas quando comecei a colocar no peito... nossa! Que satisfação! Ela estava ali, se mexia, respirava, era minha filha!”</i> <p>• Quando estava nos braços de seus pais, Gatinha estava sempre muito confortada e serena. Gostava muito de estar em contato com o calor de seus pais. Isso ficava extremamente visível ao retornar para a incubadora, pois logo vinha o choro acompanhado de movimentos intensos dos membros superiores e inferiores (Notas de Observação).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando seu pai está presente geralmente é acariciada por ele, permanecendo com olhar

	bem atento. Ao receber o toque de sua mãe ela fica relaxada e dorme. Apresenta a face feliz ao receber o contato cutâneo direto (Notas de Observação).
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“A mesma coisa que estar sentindo elas dentro da gente, acho que o toque da nossa pele, assim, deixa elas quentinhas e tranqüilas. Elas ficam calmas, é maravilhoso[...]”</i>
Céu	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Achei muito legal [o contato pele-a-pele], elas ficam bem calminhas. Às vezes a Nuvem tava dando de mamar para uma e eu já tava com a outra no peito. Isso ajuda a acalmar aquela que está com fome. Depois a gente trocava e aquela que já tinha mamado arrotava na posição canguru e já dormia. Acho que elas gostam muito. Gostei porque elas ficam bem tranqüilinhas, calminhas, é diferente [...], é uma sensação boa [gesticula com a cabeça em sinal positivo]. Me fez bem ver que quando elas tavam comigo, ficavam mas calminha do que na incubadora. A gente coloca nessa posição [demonstra como segura a filha quando na posição canguru], elas ficam bem melhor, pra mim é bom”.</i>
Estrela	<ul style="list-style-type: none"> • Gostava muito de estar em contato pele-a-pele com seus pais. Ficava alerta parecendo querer ouvir tudo que se passava a sua volta. Em alguns momentos ficava inquieta, pois queria mamar logo, visto que sua mãe dava de mamar primeiro para Lua e depois para ela (Notas de Observação).
Lua	<ul style="list-style-type: none"> • Quase sempre tranqüila e sossegada. Como mamava primeiro, ao receber o colinho, pele-a-pele, do papai, logo fechava seus olhos e dormia, permanecendo assim até o momento em que era colocada no berço (Notas de Observação).

5.3 SER CHAMADO PELOS MEMBROS DA EQUIPE DE “MÃE” E DE “PAI”

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Quando Amor-perfeito chora logo vou ver o que ela tem, me preocupo. Quando chego na unidade logo vou ver minha filha, aí, quando entro, gosto de que me chamem de mãe. – ‘Mãe quer pegar aquele negócio [...]?’ Daí já faz bem para o ego, então eu gosto que me chamem de mãe, acho carinhoso ser chamada assim”.</i>
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eu gosto. Ser chamado de pai ajuda a gente a se definir por ser pai”.</i>
Coala	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eu gosto de ser chamada de mãe, de cuidar e estar por perto”.</i> • <i>“Acho que ajuda a incorporar que a gente é mãe. Ela é tão pequenininha, frágil, tão prematurinha mesmo que a gente até tem medo de se apegar”.</i>
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sabes que eu já sou pai de outro, mas não é por isso. É que agora é diferente. A gente é pai, mas era pra vir bem depois, não agora. Então eu gosto que me chamem de pai. Parece que me acorda. Foi tudo tão inesperado”!</i>

5.4 O ALEITAMENTO MATERNO COMO ELO DE APROXIMAÇÃO MÃE-PAI-FILHO

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Acho que através do contato pele-a-pele da amamentação me sinto mais próxima dela. É preciso ter calma e não estar agitada para não agitar ela, sempre pensar nela em primeiro lugar. Sempre os seus interesses em primeiro plano e eu em segundo. Ela agora é o mais importante. Sempre sonhei em amamentar”.</i> • <i>“Amor-perfeito logo fica calma e tranqüila quando eu falo com ela enquanto amamento. Você tem razão, ela entende o que eu quero dizer... e eu que pensava que ela não ia conseguir distinguir nada, agora sei que sou importante”.</i>
------	---

Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Incentivo e encorajo Rosa a continuar amamentando nossa filha, para ela ganhar peso e ser saudável”.</i>
Amor-perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • Gostava de ficar a sós com sua mãe durante a amamentação; queria exclusividade da atenção e sentir todo o envolvimento (Notas de Observação).
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Sem palavras! É uma coisa que a gente se sente bem, é a melhor parte saber que elas estão se alimentando da gente e ganhando peso por causa da gente”.</i> • <i>“É uma coisa maravilhosa, me senti nas nuvens em dar de mamar, tirando a gravidez e as gracinhas que elas fazem, a melhor coisa é a amamentação”.</i>
Céu	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Acho que a Nuvem tá gostando muito de dar o peito. Eu ajudo a dar o complemento, é bom. No começo, às vezes, era um pouco difícil, porque o meu dedo era muito grande pra boquinha delas, mas agora já peguei o jeito”.</i>
Estrela	<ul style="list-style-type: none"> • Gostava muito de estar em contato corporal com sua mãe durante a amamentação. No início precisou de auxílio, mas logo entendeu como fazia para sair o leite das mamas de sua mãe e enchia a boca. Só parava quando estava totalmente satisfeita. Durante a sucção ficava sempre alerta e só ao findar é que relaxava e dormia – atitude pouco freqüente em recém-nascidos pré-termo (Notas de Observação).
Lua	<ul style="list-style-type: none"> • Lua demorou mais para iniciar todo o processo de amamentação. Por longo tempo recebeu o leite materno por sonda. Assim que pôde iniciar a sucção e aprendeu a coordenar os movimentos, mostrava-se radiante por ter conseguido tal avanço. Durante a amamentação era vagarosa, calma, parecendo estar apreciando cada gota de leite que descia em sua boca. Intercalava períodos de sono e alerta (Notas de Observação).
Coala	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Gosto muito de amamentar, pretendo continuar até quando der, é bom pra ela. A Gatinha é uma gulosa, mas tenho bastante leite”.</i> • <i>“Dar de mamar me ajuda a ser mãe. Eu sei que ela precisa disto para crescer. Às vezes é cansativo, mas também, ao mesmo tempo, é muito prazeroso”.</i> • <i>“Sabes que gosto quando o Leão fica junto comigo me ajudando a amamentar? A gente parece que se liga mais e também na nenê”.</i>
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Quando tava aqui, costumava segurar o leitinho na seringa para ela. Depois que tive que voltar para minha cidade sinto falta, mas agora é com a Coala porque Gatinha já tá no peito. Mas gostei de poder ajudar. Eu me senti importante também. Acho que não é só a mãe. O pai também”.</i>
Gatinha	<ul style="list-style-type: none"> • Apesar do tamanho da menina, ela logo compreendeu como aconteciam os movimentos de sucção, tornando-se uma tarefa pouco complicada. Era ansiosa para receber o leite em sua boca, apresentando-se às vezes impaciente (Notas de Observação).

QUADROS DOS ASPECTOS COMPLICADORES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO APEGO DURANTE A PRÁTICA DO MMC

1 DIFICULDADE INICIAL PARA ULTRAPASSAR O DESAFIO DE SEREM PAIS PREMATUROS

1.1 SENTIMENTOS DE CULPA, MEDO E INSEGURANÇA DOS PAIS COM RELAÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO PREMATUROS

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eu fiz um pré-natal direitinho. Um dia antes da bolsa romper, na quarta-feira, eu fui no médico e ele disse que estava tudo bem, ainda perguntei ao médico: — ah, Doutor!! estou ouvindo muitos casos de bebês prematuros, eu quero saber porque isso é? Ele me disse: — Ah, isso não é nada demais, você está bem, o bebê tá tudo bem pelo ultra-som. então eu sinto que sou culpada por ela ter nascido antes do tempo. Devo ter feito alguma coisa [...]. Via ela tão pequenininha e vulnerável! A gente fica com medo, tem pena, vê que ela é diferente [...]. Surgem vários sentimentos: você fica admirável, assustado, porque ela era magrinha, diferente daquele bebê, como me falaste, gordinho, bonitinho, e ainda, para piorar, foi que colocaram ela ao lado de um bebê de 4 kg, Ela sumia [risos]!”</i>
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“A correria começou quando a bolsa rompeu e tivemos que correr para o hospital [...], lá falaram [referindo-se a equipe de saúde] que Rosa tem que ir para Florianópolis, lá tem UTI neonatal, aí a primeira coisa que passa na cabeça da gente é que ela tá grave. Além disso, a gente não tinha planos pra ter filhos, a gente antes de casar, a gente tinha conversado sobre isso, tinha outros planos. Aí depois, três meses de casamento né, aí ela ficou grávida, a gente não tinha planos. No começo a gente ficou até assim meio, não que não aceitava né, mas era uma coisa assim [...], é que mudou os planos da gente, [...] mais depois de um pouquinho de tempo aí já me acostumei com a idéia e comecei a gostar. Mas tenho muito receio de tocar a minha filha; afinal, ela é tão pequenininha.... A gente fica pensando, daí passa pela mente da gente, ah, mas por que o da gente! Aonde erramos!”.</i>
Amor-perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • Enquanto os pais referiam que estavam inseguros com relação a Amor-Perfeito, constatei que pouco se aproximavam da criança, que se mostrava agitada e chorosa. Após longos momentos de escuta e de diálogo com os pais, observei que a insegurança ia, aos poucos, cedendo lugar para o contato físico e verbal. Nestes momentos a criança mostrava-se mais tranqüila (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
Coala	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Gatinha nasceu antes do tempo, foi tudo estranho, fiquei preocupado porque não sabia de nada. Meu Deus, nunca tinha visto uma criança tão pequena assim se criar, não sei não, tenho medo que não dê nada certo. O que será que fiz de errado?”.</i>
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Ela é muito diferente do nosso menino quando nasceu. Ele era forte, gordinho, bochechudo. Ela não! Mas tenho fé que vai dar certo. Às vezes, lá dentro, fico pensando, meio assim, se Coala fez algo para acontecer tudo isso, mas... agora tem que aceitar, mas é difícil, não estava preparado para agora”.</i>
Gatinha	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe apenas olhava para a criança, mantendo uma das mãos em seu próprio rosto, como que não acreditando no que estava vendo. Quando seu pai iniciou o primeiro toque, dizendo: ‘temos que ter coragem’, o comportamento de Gatinha também parecia se modificar. Ficava mais alerta, com o rosto direcionado para a figura paterna (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).

Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Eu até fui avisada que elas poderiam nascer antes do tempo, mas a gente sempre acha que pode ser diferente, sinto que elas podiam ter ficado mais um tempinho na minha barriga. Eu achava que estava preparada para o parto, mas na hora vi que não. Sinto que com a Lua tenho medo de pegar, me aproximar, pelo fato de estar com sorinho, tenho medo de fazer mal, sinto bastante peninha. Via ela sugar a mão e não poder receber o leite... me cortava o coração e eu não conseguia tocar nela. Com a Estrela é diferente. Tenho vontade de tocar na Lua, mas tenho muito medo</i>”.
Céu	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Está sendo tão difícil quanto quando fiquei sabendo que ia ser pai; fiquei uma semana bem sem saber o que ia fazer. No começo, quando elas nasceram, eu não via as meninas como minhas, sabes? Sei lá, eu gostava e tudo, porque sabia que era pai e porque queria ter filhos, mas era ainda assim, distante, eu não esperava por isso. Elas nem bem gente eram, eram doentinhas, pequenas, frágeis, quase nada... Sabíamos que elas iam nascer antes do tempo, mas sempre ficamos meio assim, com medo de não dar em nada..., mas [silêncio], tudo vai dar certo se Deus quiser</i>”.
Estrela	<ul style="list-style-type: none"> • Nuvem tocava Estrela dizendo: ‘o que foi que fizemos para você vir antes do prazo? Tadinha é tão pequeninha’. Passava então as pontas dos dedos no corpo da menina, que se contorcia e mostrava movimentos corporais mais intensos (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
Lua	<ul style="list-style-type: none"> • No início pouco era tocada e acariciada por seus pais. Céu referia que tinha medo que ela morresse, já que era tão imatura (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).

1.2 DESAPONTAMENTO DOS PAIS FRENTE À IMPOSSIBILIDADE DE ACOLHEREM O FILHO AO NASCER

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Queria muito que ela ficasse juntinha de mim [referindo-se ao momento do nascimento]</i>”. • “<i>Não pude ir junto, fiquei me recuperando na sala do pós-parto sem saber o que estava acontecendo com ela</i>”.
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • “[...] <i>a gente não tava preparado, mas quando tudo começou a acontecer, que ela tava nascendo, era algo divino. Divino, mas preocupante [...]. Nasceu antes do tempo, né, a gente não pôde nem olhar direito</i>”. • “<i>Achei que devia ficar com Rosa ali. Quando colocaram Amor-perfeito na incubadora e levaram, achei que era assim mesmo e que devia ficar ali [referindo-se ao Centro Obstétrico]</i>”.
Amor-perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • Logo que nasceu, o contato com os pais foi bastante rápido. Em minutos a recém-nascida já estava sendo encaminhada para a unidade neonatal (NOTAS DE OBSERVAÇÃO). • Amor-perfeito tremia e se agitava dentro da incubadora. Sua posição corporal expressava desassossego e desproteção. O pai não sabia se ficava com a companheira, ou se acompanhava a filha. Era visível sua indecisão (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Quase nem pude ver minhas filhas quando nasceram, foi tudo muito rápido e logo levaram para a neo</i>”.

<p>Céu</p> <p>Estrela e Lua</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>No C.O. as vi sendo colocadas na incubadora e indo para a neo. Pedi para que Céu ficasse ao meu lado, não sei, acho que era insegurança, minha e dele”.</i> • <i>“Mostraram pra gente bem rapidinho, nem consegui ver direito, achava importante ver bem elas, mas acho que é porque elas tinham que ir para a neo, rápido. Não me senti pai”.</i> • <i>“Nuvem me pediu para ficar com ela ali, mas também fiquei meio assim de ir junto com minhas filhas para o berçário. Vi quando colocaram elas na incubadora e levaram, achei tudo muito incerto, até porque ainda não tinha me sentido pai”.</i> • <i>No nascimento não tiveram contato corporal com seus pais, apenas lhes foi concedido um olhar rápido em suas filhas que logo foram afastadas e levadas para o serviço de neonatologia. (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).</i> • <i>Estrela foi transportada na mesma incubadora de sua irmã, que apoiava sua mão sobre o seu rosto. Com os olhos bem arregalados parecia não entender nada do que estava acontecendo (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).</i>
<p>Coala</p> <p>Leão</p> <p>Gatinha</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Não vi Gatinha depois que nasceu, só vi que era muito pequena, cabia na mão do médico. Tinha medo dela não se criar, sofrer, sentir dor com tudo aquilo que colocaram nela”.</i> • <i>“Depois do parto quem ficou comigo foi minha mãe. Não conseguimos ver Gatinha direito, Eu estava muito cansada e ela era muito pequena, um pingo de gente. Fiquei com muito medo quando uma enfermeira pediu para a outra pegar a incubadora e depois porque eu escutei alguém ali dizer que ela podia não se criar”.</i> • <i>“Não pude participar do nascimento da minha filha, e quando vi ela pela primeira vez dentro da incubadora com tudo aquilo, era tão pequena que quase não dava pra ver, fiquei assustado”.</i> • <i>“Não vi nossa filha nascer, nem pude estar por perto, vim só depois, porque precisava ficar com um outro filho de 3 anos. Quando vi a Gatinha me assustei, era bem diferente do nosso menino e ainda por cima estava dentro da incubadora”.</i> • <i>Devido a sua instabilidade clínica, os profissionais do Centro Obstétrico não aproximaram a mãe e a avó materna da recém-nascida. As duas referem que somente conseguiram ver rapidamente, mas sem poder tocar. (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).</i> • <i>Ao nascer a menina era de extremo risco e precisava receber o atendimento urgente da equipe de saúde na UTI neonatal. Foi transportada em incubadora. Não teve acompanhamento de familiares no trajeto do Centro Obstétrico para a Neonatologia. A recém-nascida apresentava-se hipotônica e com poucas reações aos estímulos dolorosos. Parecia não ter se dado conta que estava fora do ventre materno (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).</i>

2 EQUIPAMENTOS E AÇÕES DA EQUIPE NEONATAL FRUSTRANDO A APROXIMAÇÃO PAI-MÃE-FILHO

2.1 A INCUBADORA VISTA COMO BARREIRA

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • “Ah! A gente fica meio assim, vê o bebê com um monte de mangueirinha, um monte de medicamentos, mas a gente chegou perto dela, olhou e perguntou dela. A incubadora então nem se fala!! Enquanto minha filha permaneceu na incubadora, eu sempre esperei a disponibilidade de alguém que me ajudasse a colocar ela em contato pele-a-pele comigo. Não gosto de ficar pedindo. Sabe o que é[...], é que vejo elas sempre fazendo alguma coisa, em função, e acho que se eu pedir para elas me ajudarem eu vou atrapalhar, fico sem graça...”
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • “Achei um pouco estranho, entrei, escutei aqueles bips, aquela coisas ali tudo, daí a gente não entende [...]. Na incubadora só dava pra botar a mãozinha assim [executa movimentos de forma parada, sem movimentos e de modo delicado]. A gente chegava e colocava só a mãozinha e tinha que ser assim com cuidado, tinha a pele fininha assim. Vendo ela na incubadora a gente sentia aquilo ali como uma barreira, não podia ser a filha da gente. Era uma coisa assim tão distante, parece assim que tá lá longe, aí tem que ir com cuidado [...], tem que pegar com cuidado, não dava pra pegar no colo [...]”.
Amor-perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • Quando acontecia de soar algum alarme a menina logo ficava alerta e alguns momentos agitada e desorganizada. Não gostava de encostar seus pezinhos nas paredes frias da incubadora. Em muitos momentos mostrava-se chorosa. Os pais tinham receio de se aproximarem. Pareciam realmente assustados (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • “Antes de conversar contigo a gente tinha medo de tirar da incubadora. Na incubadora parece uma barreira, elas ficam presas”.
Céu	<ul style="list-style-type: none"> • “Quando elas estavam na incubadora, eu estava preparado para só olhar e pouco tocar, por que elas eram prematuras, não foi fácil”.
Estrela	<ul style="list-style-type: none"> • Ao perceber qualquer movimento ou ruído mais intenso, reagia com movimentos descoordenados. Muitas vezes acabava escorregando na incubadora apoiando um dos pezinhos em uma das portinholas, determinando com isso o empecilho de contato com seus pais (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
Lua	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente estava sonolenta e encolhidinha, mas ao ser tocada, ouvir bips, encostar-se nas paredes da incubadora ou se emaranhar nos fios do oxímetro e do soro, ficava chorosa e irritada. Os pais percebiam isso e comentavam (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
Coala	<ul style="list-style-type: none"> • “Não sou de falar muito, acho que já percebeste, né? Mas quando eu entrei aqui na UTI fiquei assustada com tanta coisa, muitos aparelhos, sons, fios e as pessoas andando o tempo todo para olhar os bebês. Dentro da incubadora não mexo nela não, só olho, acho que pode ser perigoso tocar nela assim tão pequena e com este aparelho no meio”.
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • “No começo achei estranho tudo isso aqui, mas depois até que fui me acostumando. Com os aparelhos e a incubadora foi mais difícil, mas agora já sei abrir, toco nela, fico olhando, mas no começo foi difícil. Parecia que aquilo ali atrapalhava mais do que ajudava”.
Gatinha	<ul style="list-style-type: none"> • No começo, Gatinha era observadora e tranqüila, principalmente ao sentir a presença de seus pais. Com o passar do tempo, a menina cresceu um pouquinho e passou a

	estranhar a incubadora, os sons, dentre outros, ficando extremamente chorosa e inquieta (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
--	--

2.2 ATITUDES DA EQUIPE DE SAÚDE, DURANTE A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DOLOROSOS NO RECÉM-NASCIDO, GERANDO ANSIEDADE E “DOR” TAMBÉM NOS PAIS

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Espetaram minha filha para coletar sangue e eu nem sabia. Ela chorou muito. Fiquei triste, não podia pegar, dar um colinho para ela naquele momento”.</i>
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“[...]quando faziam alguma coisa em minha filha que a fizesse chorar, não gostava, parecia que a dor estava toda em mim. Me sentia despreparado, sem saber o que fazer”.</i>
Amor-perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • Ao estar na unidade neonatal e ser submetida a alguns estímulos dolorosos, não foi oferecido nenhuma técnica para amenizar seu sofrimento. Amor-perfeito expressava dor, franzindo a face e em sua voz, um choro forte e quase desesperador (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
Coala	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Sempre tive medo dela não se criar, mas quando via elas [referindo-se aos profissionais de saúde, mas especificamente aos de enfermagem], fazendo alguma coisa, e minha filha começava a chorar [silêncio], era difícil, mas até que eu agüentava firme, embora a dor parecesse que era em mim”.</i>
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Ta doido, minha filha é muito pequena e já tem que passar por tudo isso, é muito sofrimento, não é fácil, mas fazer o que, né? É para o bem dela. Se ao menos eu soubesse o que fazer para ajudar”.</i>
Gatinha	<ul style="list-style-type: none"> • A menina pouco apresentava respostas aos estímulos dolorosos recebidos tanto na sala de parto, no transporte e na unidade neonatal, mas com o passar do tempo seu comportamento frente aos estímulos dolorosos se modificaram e sua dor era expressa através do choro e de movimentos descoordenados e intensos. Ao receber algum procedimento que gerava dor, nem sempre os integrantes da equipe utilizavam-se das técnicas conhecidas para alívio da dor em recém-nascidos (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Estrela ta bem, só ganhando peso, mas Lua não. Quando vão fazer exames na Lua prefiro não ver, dói menos. Se ao menos a gente pudesse ajudar, fazer alguma coisa”.</i>
Céu	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Acho muito ruim ver elas levando espetadas e sentindo dor. Prefiro não estar vendo”.</i>
Estrela e Lua	<ul style="list-style-type: none"> • Ao receberem manuseio e estímulos dolorosos, ambas expressaram fâcias de dor, acompanhada de choro. Quando os pais estavam perto, apenas eram avisados de que ‘iria doer’ e geralmente afastavam-se ou então viravam o rosto para o lado (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).

2.3 PROFISSIONAIS DEIXANDO DE OPORTUNIZAR O EXERCÍCIO DA MATERNAGEM E PATERNAGEM

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Aconteceu de eu querer chegar e trocar a fralda, dar o banho..., mas já tinha sido</i>
------	--

Cravo	<p><i>feito. Combinamos que eu e Cravo daríamos o banho juntos, no final de semana, mas as meninas [referindo-se às funcionárias da equipe de enfermagem] deram [o banho] antes da gente chegar. Depois fiquei até com pena de mexer nela, que estava dormindo”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Vim para cá só pensando como seria dar o banho na nossa filha, mas não deu”.</i>
Amor-perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a recém-nascida recebia cuidados de higiene e conforto de seus pais, permanecia mais tranqüila e aconchegada. Tanto o toque quanto a voz de seus pais, durante os raros momentos em que a equipe oportunizava tal experiência, pareciam contribuir para a aproximação, tanto do pai com a filha, quanto da mãe com a filha, mas também parecia contribuir para a intimidade do homem e da mulher, no exercício do papel de mãe e de pai (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Às vezes dou o banho, troco, mas às vezes chego tarde e aí já foi feito”.</i>
Céu	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Gosto de ajudar Nuvem com as meninas, afinal duas não é fácil. Mas às vezes quando a gente chega, elas já deram banho, trocaram e até deram o leitinho na seringa”.</i>
Estrela	<ul style="list-style-type: none"> • Gostava muito de receber os cuidados de higiene e conforto de seus pais que, geralmente, ao realizarem, costumavam conversar com tom de voz suave e otimista com a menina. Eu percebia que sempre que o pai ou a mãe higienizavam a menina, pareciam mais à vontade para conversar com a mesma, do que quando colocavam a menina em posição pele-a-pele, por exemplo, ou mesmo quando eram estimulados a realizarem o toque contido. A realização de atividades mais próximas do seu cotidiano parecia proporcionar momentos de intenso carinho e dedicação exclusiva à filha recém-nascida (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
Lua	<ul style="list-style-type: none"> • Quando começou a receber mais atenção de seus pais, ao ser banhada e higienizada por eles, Lua ficava calma, atenta e feliz por todos os cuidados recebidos (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
Coala	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Enquanto ela estava na incubadora, ficava mais olhando, já cuidei de dois, mas ela é muito pequena e o pessoal faz tudo pra mim. Depois que ela foi para berço eu trocava ela antes de dar o peito, quando chegava no horário certinho as enfermeiras já tinham feito tudo, era só amamentar”.</i>
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Gosto de fazer as coisas com minha filha, mas às vezes ela já está toda arrumada. Às vezes acho estar sendo demais na unidade e incomodar, então fico lá no corredor”.</i>
Gatinha	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitava muito bem todo toque e carinho recebido por todos que lhe davam atenção, mas a voz e o toque de seus pais pareciam insubstituíveis, ficava sempre alerta e observadora (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).

3 DESCONHECIMENTO E INABILIDADE DOS PAIS COM RELAÇÃO À IMATURIDADE DO RN PARA INICIAR E MANTER O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Pensei que fosse ser mais fácil à amamentação; eu sei que atrapalho tudo porque fico nervosa. Mas é que eu estava esperando tanto este momento e agora ela não quer nada com nada!”</i>
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Ela é muito pequena, não sabe o que fazer [referindo-se a não sucção do bebê, mesmo diante da insistência materna]”.</i>
Amor-	

perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • No começo foi muito difícil Amor-perfeito sugar o seio materno. Ficava sonolenta, não conseguia apreender o mamilo, tinha fraco poder de sucção, características estas próprias do RN pré-termo e/ou de baixo peso. Ao ser insistido para mamar, a menina ficava extremamente irritada e chorosa (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Com Estrela não tive grandes problemas, agora com Lua não, era difícil, ela não sabia mamar, chupava o peito bem fraquinho, era cansativo”.</i>
Céu	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Era complicado com as duas, porque primeiro tinha que dar para uma, depois para a outra, e como elas ainda não sabiam mamar direito, demoravam bastante. Aí aquela que estava esperando, chorava de fome... uma confusão. Sei lá, a gente não compreende direito como elas são. É diferente de outras crianças que vieram no tempo. Elas procuram o seio sozinhas, mas as nossas não. Elas são muuuito pequenininhas, não sei, a gente não sabe direito. Sei lá, parecem preguiçosas. Acho que não vão sugar forte, nunca”.</i>
Estrela	<ul style="list-style-type: none"> • Ao iniciar o processo de amamentação Estrela tinha certa dificuldade de apreender o mamilo, mas com a ajuda do bico de silicone esta dificuldade foi amenizada, evoluindo na amamentação (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
Lua	<ul style="list-style-type: none"> • Muito imatura e com certa instabilidade clínica que acabou dificultando o processo de amamentação que se iniciou mais tardiamente. Lua não conseguia ter forças para sugar e sempre manteve um ritmo lento, levando mais tempo para saciar-se. Muitas vezes o cansaço lhe vencia e a menina não conseguia extrair e leite rico em gordura, que daria maior tempo de saciedade (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
Coala	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“No começo ela ficou meio perdida sem saber o que fazer, mas o pessoal aqui me ajudou e deu certo. Eu já tinha amamentado dois, mas ela é diferente, ela é pequena e achava que não ia dar em nada, mas depois vi que mesmo pequena podia dar jeito”.</i>
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Quando ela começou a tentar mamar foi um sufoco, achei que ia ser muito difícil porque Coala tem o seio bem grande e a boca de Gatinha é pequena, mas depois de tanto insistir deu certo”.</i>
Gatinha	<ul style="list-style-type: none"> • A menina sempre aceitou muito bem o leite materno fornecido pela sonda e pela seringa. Quando passou a sugar o seio materno, Gatinha com toda sua imaturidade, teve um pouco de dificuldade em apreender o mamilo, ter força e ritmo de sucção. Com o tempo conseguiu se adaptar a esta nova situação e os pais já pareciam mais hábeis em auxiliar o processo e entender as características da menina (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).

4 ENTRE A VONTADE DE PERMANECER NA INSTITUIÇÃO E A SAUDADE DE CASA: CONFLITOS PERMANENTES E PERSISTENTES DURANTE O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Estou adorando o atendimento de todo mundo, você é ótima e estou achando maravilhoso participar do seu estudo, mas é que ta sendo muito ruim, assim, ficar longe de casa, do Cravo, não consigo descansar direito [...]”.</i>
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“A distância incomoda, eu sinto muita falta da Rosa, a gente tava toda hora juntos,</i>

Amor-perfeito	<p><i>saía todos os dias à noite para os encontros bíblicos. Então assim a gente vivia bastante tempo juntos, agora toda essa distância, a gente nunca tinha vindo pra cá. Às vezes ela tá bem animada, às vezes não. Quando tenho que ir embora ela chora, aí fico preocupado em dar depressão, coisa assim né, mas graças a Deus ela tá forte, bem firme, desde o primeiro dia”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • A menina permanecia mais tempo em contato com a mãe porque o pai ficava mais tempo ausente, em função de seu trabalho em outra cidade. Quanto esse contato acontecia, Amor-perfeito ficava alerta, direcionava o rosto e seu olhar para seu pai, parecendo reconhecer sua voz e seu toque amoroso. Com sua mãe acontecia da mesma forma, mesmo o contato sendo mais freqüente (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).
Nuvem Céu Estrela e Lua	<p>• <i>“Sinto muita falta dele, ele é muito companheiro. Céu faz muita falta! Sorte é que fica pouco tempo longe. Ele me ajuda a ordenhar, dá complemento, faz canguru. Sabe que ordenhar cansa um monte! Mas logo, logo, ele volta. Tenho muita saudade de casa. Queria ir lá só um pouquinho. Fico na dúvida”.</i></p> <p>• <i>“Queria poder ficar mais tempo de férias para ajudar Nuvem, mas tenho que ir trabalhar. Quando estou lá tenho saudades, mas trabalho tanto pra poder voltar que até que passa rápido”.</i></p> <p>• Sempre que os pais se ausentavam, ficavam chorosas e inquietas, tendo que ser acolhidas por algum membro da equipe de saúde neonatal (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).</p> <p>• Percebo que quando os pais estão presentes na unidade neonatal, eles comentam que não querem mais sair dali ‘para nada’. Entretanto, quando estão no hotelzinho, nos corredores, ou em qualquer outro lugar, longe das meninas, referem que precisam ir para casa, que sentem saudades de casa, que têm tarefas a cumprir, que o restante da família que conhecer as crianças... enfim, parecem sempre confusos entre o estar ali e estar em casa, mesmo estando conscientes da necessidade imperiosa de evolução clínica das meninas. De outro lado, não percebo alguma movimentação mais firme ou explícita da equipe em enfrentar a situação, auxiliar no encaminhamento das decisões ou mesmo debater sobre a possibilidade de que a puérpera, principalmente, possa ficar um tempo maior afastada dos bebês, para que possa visitar sua casa (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).</p>
Coala Leão Gatinha	<p>• <i>“Eu precisava mesmo vir para cá. Lá é uma cidade muito pequena, não tinha especialista nem recursos, mas tá difícil. Sinto que o mais difícil disso tudo é ficar longe de casa e dos meus outros dois filhos. O pequeno está com muitas saudades, até febre teve”.</i></p> <p>• <i>“Para mim seria tão bom se eu pudesse ir pra casa só uma vezinha”.</i></p> <p>• <i>“Não quero sair daqui sem a minha filha, mas me preocupo com nosso outro filho, nós nunca ficamos tanto tempo longe dele, penso que ele pode até ficar doente. É muito ruim ter toda essa distância de casa, as coisas ficam mais difíceis”.</i></p> <p>• Enquanto seus pais estavam por perto a menina geralmente ficava calma, mas depois que seu pai precisou retornar para sua cidade e a mãe aparecia mais nos horários das mamadas, Gatinha estava sempre muito chorosa e agitada (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).</p> <p>• Ao receber a visita de um de seus irmãos, que se aproximou cauteloso até a</p>

	<p>incubadora, sem saber o que iria ver ali dentro daquela caixa de acrílico, Gatinha ouvia de seu pai que o maninho estava ali para conhecê-la. Menina demonstrava que estava entendendo permanecendo paradinha, alerta, olhando e percebendo todos os movimentos, e escutando a voz de seu irmão que já lhe era tão familiar. Por sua vez, o menino expressava uma grande satisfação em conhecer sua irmã e estava extremamente surpreso por ver que ela era tão pequenina. Ainda admirado, perguntou para seu pai se poderia levar sua irmã para casa. Ficou um pouco desapontado ao saber que levaria algum tempo para estarem novamente todos juntos (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).</p>
--	--

5 MÚLTIPLAS, INTENSAS E COMPLEXAS DEMANDAS PARA CUIDAR DO BEBÊ OU O CANSAÇO MATERNO/PATerno E AS ESPECIFICIDADES DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO

Coala	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Até gosto de estar com ela aqui [mostrando o peito para o contato pele-a-pele], mas acho que é muita função de tirar roupa dela, minha e depois ter que colocar tudo de novo. Sei que faço pouco canguru, devia fazer mais porque ela é pequena”.</i> • <i>“Não tinha dificuldades para dormir, o pior era que tinha que acordar de 3/3 horas, aí a gente não consegue relaxar e descansar pra valer. Às vezes nem tava dormindo, só tava esticando o corpo, mas sempre tinha alguma coisa: trocar fraldas para dar de mama; conversar com a assistente social e com as estagiárias da psicologia ou as meninas da enfermagem porque a Gatinha tava chorando antes do horário das mamadas. Depois tinha que fazer canguru, aqui quase não se descansa”.</i> • <i>“Eu sempre venho olhar, mas às vezes tô muito cansada e fico no hotelzinho dormindo, quando chega à hora das mamadas peço para as enfermeiras me chamar”.</i>
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eu fico muito preocupado com Coala porque é muito tempo dentro de um hospital e dormindo mal, fica difícil agüentar. Aí eu logo me disponho a pegar Gatinha no colo e colocar ela grudadinha no meu peito”.</i> • <i>“Gostava muito quando eu segurava a seringa para Gatinha receber o leite, era bom poder ajudar a minha filha a crescer. Mas quando começou no seio não foi fácil. Coala me falava que sempre estava cansada”.</i> • <i>“No começo eu ficava o dia todo, mas depois não pude mais ficar. Quando estou aqui sou eu que faço tudo, só não troco a fralda, Coala só olha e pega as coisas para mim”.</i>
Gatinha	<ul style="list-style-type: none"> • Quando seu pai estava presente realizava de forma mais constante o contato pele-a-pele, Gatinha era mais tranqüila e serena, pouco se ouvia seu choro. Com a necessidade de afastamento de seu pai e certa resistência de Coala em realizar este tipo de aproximação, a menina ficava constantemente agitada e chorosa, tendo que ser acalentada por alguém da equipe que se dispusesse (NOTAS DE OBSERVAÇÃO). • Quando sua mãe não havia conseguido descansar direito, geralmente fazia com que o processo de amamentação fosse realizado de forma mais rápida e pouco interagia com a filha. Gatinha, por sua vez, mamava vorazmente, e com o término da mamada, botava-se a chorar. Retornava ao seio somente por alguns segundos a mais e logo era colocada no berço, ficando inquieta e chorosa (NOTAS DE OBSERVAÇÃO). • Gatinha gostava muito de sentir a presença de seus e de ser cuidada por eles. Geralmente quem tomava frente da situação era Leão, enquanto Coala meio intimidada

	<p>só observava seu esposo e sua filha. Com a ausência de Leão, Coala assumiu mais os cuidados, necessitando às vezes um estímulo ou até mesmo auxílio (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).</p>
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“O que atrapalha um pouco é o fato de ter que ordenhar. Quando elas mamavam rapidinho, até dava para colocar elas no peito em contato pele-a-pele. Às vezes achava que nem adiantava colocar só meia horinha, toda aquela função de tira roupa, bota roupa [...]”.</i> • <i>“O que fica mais difícil é estar há um mês amamentando duas, não conseguindo descansar direito, é aquela lida, amamenta, ordenha [...], acho que vai ser melhor em casa, pelo menos vou conseguir deitar e relaxar um pouco mais, aqui é muito barulho, sempre tem alguém falando ou chamando a gente”.</i> • <i>“Quero ficar perto do Céu. É ele que me dá força, sei que deveria ficar mais tempo na unidade, perto delas, mas é que ficar aqui o tempo todo cansa. Na casa dos meus parentes consigo dormir melhor”.</i> • <i>“Cuidar de duas não é fácil, não tenho medo, até gosto, mas na incubadora fica mais difícil”.</i>
Céu	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Tento ajudar a fazer canguru com as meninas, mas não é fácil. Geralmente fazemos assim: enquanto Nuvem dá de mamar para Estrela eu fico com Lua no canguru, depois a gente troca. Às vezes elas não param quietas, querem comer, mas uma tem que esperar”.</i> • <i>“Sei que tudo isso não é fácil, depois que tive que voltar a trabalhar, Nuvem ficou dormindo no hotelzinho, mas eu sei que não dorme direito. Não consegue se recuperar para encarar tudo de novo no outro dia. Afinal, tem que dar o peito para duas e estando cansada, piora tudo”.</i> • <i>“Fico durante o dia e a noite vou dormir na casa da madrinha da Nuvem. Até queria ficar todo tempo aqui mas no hospital não tenho onde ficar”.</i>
Estrela e Lua	<ul style="list-style-type: none"> • Os pais tinham certa dificuldade de organizarem seu tempo e propiciarem um contato mais íntimo com as meninas, mas quando o casal se disponibilizava a fazer contato pele-a-pele e estavam entregues àquele momento, as trocas afetivas entre pais e filhas eram positivas (NOTAS DE OBSERVAÇÃO). • Estrela não gostava de esperar para ser amamentada. Enquanto aguardava sua vez, permanecia muitas vezes no contato pele-a-pele com seu pai, porém chorosa e inquieta. Ao ser colocada para sugar, tentava vorazmente abocanhar o mamilo e receber o leite (NOTAS DE OBSERVAÇÃO). • Muitas vezes sua mãe estava um tanto esgotada, tendo reflexos no comportamento de Lua, que ficava agitada e com dificuldades de iniciar a sucção (NOTAS DE OBSERVAÇÃO). • Ao ser manuseada por outra pessoa que não fossem seus pais logo percebia e ficava alerta ao tom de voz e à toda forma de toque (NOTAS DE OBSERVAÇÃO). • Já estava acostumada a receber atenção, carinho e cuidados de outras pessoas, mas sempre que cuidada por seus pais o seu comportamento se modificava, ficando atenta e com expressão facial de contentamento (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Às vezes é muito cansativo, ter que ordenhar, dar de mamá, fazer canguru e tentar descansar. Mas no final vou conseguir, sou mãe e devo pensar nela”.</i> <p>“O que fica mais difícil é estar há um mês amamentando duas, não conseguindo descansar direito, é aquela lida, amamenta, ordenha [...], acho que vai ser melhor em casa, pelo menos vou conseguir deitar e relaxar um pouco mais, aqui é muito barulho, sempre tem alguém falando ou chamando a gente”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eu me sinto muito cansada, mas sempre tento estar por perto de nossa filha, pena que estou sozinha”.</i>
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ao falar sobre os cuidados Rosa diz: “ah, é o medo de pegar, de machucar, porque eles são tão pequenininhos. Minha preocupação maior nos cuidados era esse: como pegar na hora de trocar fralda, mexer muito..., todas essas preocupações que a gente tem”.</i> • <i>“Percebo o quanto Rosa está estressada durante a amamentação, deve ser porque não está conseguindo dormir direito aqui. É, ter que agüentar tudo isso fora de casa não é fácil”.</i> • <i>“Gosto muito quando posso estar em contato pele-a-pele com ela depois que ela mama, mas vejo que Rosa está cansada com tanta coisa para ela e fica difícil estar sempre com a nossa filha em contato pele-a-pele”.</i> • <i>“Eu quase não tive contato com a equipe. É mais no fim de semana [...]. Para trocar fralda, dar banho, essas coisas assim, não levo jeito assumo, tenho certa dificuldade quanto a isso.. Ela é tão pequena e frágil!”</i>
Amor-perfeito	<ul style="list-style-type: none"> • Seu comportamento variava conforme o estado físico e mental de sua mãe. Quando Rosa estava exausta e impaciente, Amor-perfeito apresentava comportamentos parecidos, ou seja, de impaciência e irritabilidade, não conseguindo sugar o seio materno (NOTAS DE OBSERVAÇÃO). • Frente a tantas responsabilidades que os pais tinham, principalmente Rosa, muitas vezes não conseguiam deixar de lado as ansiedades e inquietudes, transferindo inconscientemente estes sentimentos para a recém-nascida. Porém, mesmo tendo que enfrentar as dificuldades do dia-a-dia, procuravam realizar o contato pele-a-pele com sua filha. Assim, a menina conseguia acomodar-se, ficando calma, aproveitando o momento de aproximação com seus pais (NOTAS DE OBSERVAÇÃO). • Amor-perfeito aceitava bem os cuidados recebidos dos profissionais, mas quando estes cuidados eram realizados por seus pais, tornava-se dispensável a presença de qualquer outra pessoa (NOTAS DE OBSERVAÇÃO).

6 INSEGURANÇA DOS PAIS AO LEVAR O RECÉM-NASCIDO PARA CASA

Rosa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Sei que vai chegar a hora de irmos para casa, na verdade não vejo a hora desse dia chegar, mas tenho um pouco de medo, não sei se vou dar conta. A verdade é que estou insegura de levar ela para casa, ela perdeu peso e pode não querer mamar, pode se engasgar, ficar roxa e eu não saber agir. As médicas já me avisaram que logo, logo ela vai ter alta”.</i>
Cravo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“O que mais quero é levar minha filha para casa, mas tenho medo de não saber cuidar igual a eles (profissionais). Se acontecer alguma coisa em casa o que vamos fazer?”</i>

	<p><i>Quando que ela vai ficar igual a um bebê normal, quero dizer igual aquele que nasceu de 9 meses? É porque acho que quando ela ficar maiorzinha vai ficar mais fácil. Sei que Rosa aprendeu e sabe fazer tudo direitinho, mas sabe como é né! Até agora sempre que aconteceu alguma coisa foram vocês que resolveram, mas tenho fé, vai dar tudo certo”.</i></p>
Nuvem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Acho que estar em casa vai ser melhor para descansar, mas acho que vai ser uma grande correria, não vou ter tempo para mais nada. Tenho medo que aconteça algo com Lua e eu não consiga me virar. As médicas avisaram para mim e para Rosa que vamos ter alta no mesmo dia. Não sei não, Estrela tá bem, mas Lua fico meio assim, porque aqui as vezes ela estava bem, todo mundo feliz por ela estar bem e de repente ela tinha alguma coisa que fazia desandar tudo. Acho que vou ligar o tempo todo para cá, pó qualquer coisinha de diferente que acontecer. Estrela acho que vai ficar igual como ela é aqui, mas Lua não sei não [suspendendo as sobrancelhas e balançando a cabeça com expressão duvidosa e incerta] ”.</i>
Céu	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Não vejo a hora de podermos irmos todos para nossa casa, acabar com essa correria nas estradas [...]. Quando estiver em casa vou continuar cuidando delas como eu faço aqui, só que com mais tempo. Vou ajudar Nuvem, mas também tenho que trabalhar. Será que vou dar conta de duas, ou melhor, três né! Espero que sim, tomara que elas continuem assim bem, sem darem nenhum susto”</i>
Coala	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Estou louca pra voltar para minha casa e ficar perto de todos meus filhos, vai ser muito melhor, mas fico pensando se vai dar tudo certo. Ah!, não sei né, ela foi a que nasceu mais pequena de todos, acho que vou dar conta, mas ela tem que ser cuidada com mais cuidado. Em casa sempre tenho muita coisa pra fazer, acho que não vou conseguir fazer canguru o tempo todo como eles pediram [referindo-se aos profissionais da unidade neonatal que deram algumas orientações para a terceira etapa do MMC]. Eles tem que ver que tenho casa pra limpar, filho pra cuidar..., vou tentar mais não prometo. Será que ela pode ficar doentinha, perder peso e ter que voltar pra cá? Ah! Isso eu não quero não”.</i> • <i>“Que bom que você conseguiu esse enxoval para Gatinha. Eu não tinha nada porque nem deu tempo de comprar alguma coisa. Também não tinha dinheiro, porque eu parei de trabalhar e Leão estava desempregado. O que tenho mais medo de ir para casa é de que ela pode precisar de alguma coisa [referindo-se aos medicamentos], eu não ter dinheiro para comprar e o posto não ter para me dar. Lá é cidade pequena, as vezes não tem. A médica já me deu esse aqui [mostrando um tubo de pomada para dermatite de contato] para garantir, mas quando acabar como vou fazer?”</i>
Leão	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Quero muito que minha filha receba alta e vá embora comigo, mas fico preocupado em saber se a Coala vai dar conta de cuidar. Ela não vai mais trabalhar porque tem agora que ficar cuidando do nosso menino e de Gatinha. Ainda bem que o outro filho mora com a avó senão ia ficar mais difícil ainda. Na minha cidade tá difícil de emprego mais agora que eu consegui não posso dar bofeira, vou ficar o dia todo fora [...]. Não sei se Coala vai dar conta porque aqui [referindo-se a unidade neonatal] eu sempre que tomava iniciativa, ela é mais quieta e fico com medo dela não procurar ajuda se alguma coisa acontecer com Gatinha”.</i>

APÊNDICE E - CONSENTIMENTO INFORMADO DA INSTITUIÇÃO

Assinando este documento, estamos autorizando a enfermeira Gisele Perin Guimarães, (pesquisadora principal) a coletar dados para a condução de sua pesquisa, na Unidade Neonatal desta Instituição, orientada pela Dra. Marisa Monticelli (pesquisadora responsável).

Informamos que o projeto de pesquisa encontra-se em nossos arquivos e que o mesmo nos dá ciência dos propósitos do estudo, dos tipos de dados a serem coletados, das contribuições da pesquisa, bem como dos princípios éticos a serem colocados em prática durante o desenvolvimento do estudo, o qual estamos de pleno acordo.

Entendemos que a Instituição não terá qualquer despesa financeira neste estudo e que os resultados da pesquisa serão fornecidos pela pesquisadora, se assim for solicitado.

Estamos cientes também que o presente estudo trará contribuições para a área assistencial, no sentido da melhoria da qualidade do cuidado em saúde, principalmente no que diz respeito à assistência aos pais que tiveram seus filhos nascidos pré-termo e/ou de baixo peso e apresentam dificuldades em estabelecer a formação do apego. Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderão ser obtidas através dos telefones 3319787/3319487 - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PEN/UFSC e/ou 30355156/99976978 - telefones da pesquisadora principal.

Data

Assinatura do responsável pela Comissão de Ética da Instituição

APÊNDICE F – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (PAIS)

Ao assinar este documento, estamos dando nosso consentimento para participar da pesquisa conduzida pela enfermeira Gisele Perin Guimarães (pesquisadora principal), e orientada pela Dra. Marisa Monticelli (pesquisadora responsável).

Compreendemos que participaremos de uma pesquisa que irá focalizar a formação do apego entre pais e recém-nascidos prematuros a partir do Método Mãe-Canguru na Unidade Neonatal desta Instituição. Esse estudo pretende colaborar na compreensão do processo da formação do apego entre nós (pais) e nosso filho nascido pré-termo e/ou de baixo peso.

Estamos cientes que a pesquisadora coletará dados através de observação participante e de entrevistas gravadas, se houver necessidade, e que a mesma utilizará as informações obtidas exclusivamente para os propósitos da pesquisa.

Compreendemos que nossa participação será combinada em conjunto com a pesquisadora, sem qualquer prejuízo a nós e ao cuidado de nosso filho.

Sabemos que os dados obtidos poderão ser gravados e transcritos, mas que nosso nome e o de nosso filho não aparecerão em qualquer registro. Serão utilizados nomes fictícios.

Nossa participação na pesquisa é voluntária e poderemos nos negar a participar da mesma, sem que isto acarrete em qualquer efeito negativo a nós ou a qualquer um dos integrantes de nossa família. Também estamos cientes de que poderemos deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejarmos.

Compreendemos que os resultados dessa pesquisa serão dados a nós, caso os solicitemos, e que a pesquisadora é a pessoa com quem devemos contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre nossos direitos como participantes.

Data

Assinatura do pai do RN

Assinatura da mãe do RN