

**Fernanda Buzzinari Ribeiro de Sá**

**A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ PREMATURO INTERMEDIADA PELO MÉTODO  
CANGURU VISTA À LUZ DA TEORIA DE WINNICOTT**

JUIZ DE FORA  
2011

**PPGΨ**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSICOLOGIA-MESTRADO**

---



Fernanda Buzzinari Ribeiro de Sá

**A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ PREMATURO INTERMEDIADA PELO MÉTODO  
CANGURU VISTA À LUZ DA TEORIA DE WINNICOTT**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Fernanda Buzzinari Ribeiro de Sá.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Stella Tavares Filgueiras

JUIZ DE FORA  
2011

Sá, Fernanda Buzzinari Ribeiro.

A relação mãe-bebê prematuro intermediada pelo Método Canguru vista à luz da teoria de Winnicott / Fernanda Buzzinari Ribeiro Sá. – 2011.

230 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

1. Recém-nascidos – Tratamento. 2. Prematuros. 3. Psicologia da criança. I. Título.

CDU 618.43:616-

053.3

Fernanda Buzzinari Ribeiro de Sá

**A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ PREMATURO INTERMEDIADA PELO MÉTODO  
CANGURU VISTA À LUZ DA TEORIA DE WINNICOTT**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia da Universidade  
Federal de Juiz de Fora como requisito parcial  
à obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Dissertação defendida e aprovada, em 25 de julho de 2011

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Presidente: Prof. Dr. Eugênio Paes Campos  
Fundação Educacional Serra dos Órgãos  
Faculdade de Medicina

---

Titular: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Elisa Caputo Ferreira  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Maria Stella Tavares Filgueiras (Orientadora)  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora  
2011

Aos bebês que vêm fazendo com que sejamos capazes de perceber que não são simplesmente um organismo em desenvolvimento: trata-se de um indivíduo com suas potencialidades, capacidades e personalidade.

Às mães que, mesmo diante do que vivenciavam com seus filhos prematuros, compartilharam suas experiências, seus sentimentos e proporcionaram uma maior compreensão deste momento tão delicado que passavam.

## AGRADECIMENTOS

Esta é mais uma conquista em minha vida, que alcanço agradecendo, principalmente, a quem mais me motivou a iniciar o mestrado e durante todo o percurso deste, minha Mãe. Foi seu incentivo, força, energia, garra, alegria e muito amor que me fizeram concluir esse importante trabalho. Quantas dúvidas e questionamentos que surgiram junto a outros problemas e ela era a primeira a dizer que eu ia conseguir e daria conta de tudo! Todas as conquistas que obtive até hoje, tiveram sua maneira de lidar com a vida e vencer, como exemplo a seguir. Quero continuar seguindo seus passos.

À Dinda, mãe que tenho a agradecer por estar ao meu lado em todos os momentos de mais essa etapa conquistada. O alicerce que você me forneceu é a base de todas as minhas vitórias. E essa é mais uma que dedico ao seu empenho em me transmitir responsabilidade, dedicação e ter sempre em mente “primeiro os deveres, depois a diversão”. Obrigada por seu amor e carinho de sempre!

Ao meu pai, que me forneceu apoio, carinho, incentivo e boas lembranças de momentos em que estávamos todos juntos dando umas gargalhadas.

Ao meu irmão Eduardo, que teve a paciência e o interesse em escutar a trajetória percorrida neste trabalho. Aos momentos de relaxamento e diversão em família em sua casa, que deram novas energias para dar continuidade a pesquisa e chegar até aqui. Obrigada por me dar a satisfação, o conforto e a alegria do sentimento de que estaremos sempre juntos.

A minha irmã Flávia, que com uma boa dose de alegria e amor, me transmitia energia e suporte para vencer cada dia e chegar até o final desse trabalho. Obrigada por deixar a minha vida mais completa, pelas ótimas dicas para as apresentações em congressos e por todos os dias de desabafo e compartilhamento de várias angústias. Sem esquecer, claro, dos momentos de saborosos lanches e guloseimas.

À amiga Martha, que é meu exemplo a seguir desde a graduação. Estou seguindo seus passos não é à toa: seu profissionalismo e dedicação são espelhos para mim. Ter vivenciado e compartilhado questões semelhantes nesta trajetória me deram muita força.

À minha amiga Margareti, que me ajudou a amadurecer e crescer. Obrigada por sua força, incentivo e pelos momentos de diversão e obstáculos que superamos juntas!

Aos amigos da Maternidade Viva Vida/Hospital João Penido: Andréa, Bianca, Lilian, Heloísa, Mônica, Flávia, Wander, Patrícia, Zulmira, Dr. Zanini, Dra. Edna, Dra. Sueli, Cláudia, Beth, Carla, Cláudia, Daniel, Equipe de Enfermagem, ao NEP(Núcleo de

Ensino e Pesquisa) e CEP (Centro de Ensino e Pesquisa) da FHEMIG, que sem dúvida me deram a oportunidade de concluir esse trabalho, além de abrir as portas para uma maior compreensão do assunto pesquisado. Obrigada por me apoiarem!

À Dra. Regina, a Lúcia e a todos da Maternidade Escola da UFRJ, por abrirem as portas para a confecção da pesquisa, dando total apoio, segurança e incentivo.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Stella Tavares Filgueiras, pois tínhamos que estar juntas nesse trabalho tão prazeroso e importante em minha trajetória profissional e pessoal. Chego ao final com uma grande satisfação em tê-lo desenvolvido. Muito obrigada pela compreensão que teve desde o início, pelo acolhimento e ombro amigo em diversos momentos, pelos incentivos para que o ‘pique’ continuasse. Seu conhecimento inigualável, sua amizade, segurança, carinho, carisma, empatia foram básicos e imensuráveis. Já estou com saudade, mas certa de que nossa amizade continua.

Ao Prof<sup>o</sup> Dr. Gilberto Salgado, por sua compreensão e flexibilidade, que me ajudaram a realizar conquistas importantes em minha vida profissional. Não tenho dúvida que consigo chegar ao fim, com duas grandes vitórias, graças à atitude que teve em me apoiar e incentivar. Esta sua atitude ficará para sempre em minhas lembranças e história.

Aos colegas de turma que compartilharam vários momentos desta trajetória. Aos Professores por todo o conhecimento transmitido e preciosos ensinamentos para que possa ‘carregá-los’ em toda minha vida acadêmica. À Coordenação do mestrado que forneceu incentivo. À Mara por todos os esclarecimentos.

Ao incentivo da Universidade Federal de Juiz de Fora, referente à Bolsa de Monitoria oferecida durante o curso.

## **RESUMO**

Muitos bebês nascem prematuros e com baixo peso todos os anos no Brasil. O Método Canguru é um tipo de assistência neonatal voltada para o atendimento do recém-nascido prematuro que implica colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe (OMS, 2004). O Método abrange questões como os cuidados técnicos com o bebê, o acolhimento à família, a promoção do vínculo mãe/bebê e o aleitamento materno. O presente trabalho buscou estudar a constituição e as formas de relação estabelecidas entre mãe e bebê prematuro a partir do referencial teórico de Winnicott. Além disso, pretendeu lançar mão de algumas categorias para avaliação da relação mãe-bebê prematuro aplicadas durante as três etapas do Método Canguru e avaliar os efeitos da Enfermaria Canguru sobre o desenvolvimento da Preocupação Materna Primária. O estudo dos dados tomou por base a análise de conteúdo qualitativa. Das 20 mães estudadas, 10 passaram pela Enfermaria Canguru e 10 não passaram. Pela análise dos casos conclui-se que a EC não influenciou de modo determinante no desenvolvimento da PMP na maioria das mães, apesar de ter representado um momento de fortalecimento desta condição materna e proporcionado maior confiança e segurança nos cuidados e no conhecimento das peculiaridades dos bebês.

**PALAVRAS-CHAVE:** Prematuridade. Método Canguru. Winnicott.



## **ABSTRACT**

Many babies are born premature and underweight each year in Brazil. The Kangaroo Care Method is a kind of neonatal care focused on the treatment of premature infants that involves placing the baby in skin contact with his mother (WHO, 2004). The method covers issues such as technical care for the baby, the family support and the promotion of mother / baby link and breastfeeding. This work studied the formation and forms of relationships established between mother and premature baby from the theoretical framework of Winnicott. In addition, we intended to use some categories for the evaluation of the mother-premature infant relationship applied during the three stages of the Kangaroo Care Method and evaluate the effects of Kangaroo Infirmary on the development of primary maternal preoccupation. Of the 20 women studied, 10 of them came through Kangaroo Nursery, and the other 10, did not. It is concluded that the EC did not influence the way in the development of PMP most mothers, even though it represented a time of strengthening of maternal condition and provided greater confidence and security in care and knowledge of the peculiarities of the babies.

**KEYWORDS:** Premature birth, Kangaroo Care Method, Winnicott

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 Aspectos da Prematuridade.....	15
2.2 A proposta do Método Canguru.....	24
2.3 Preocupação Materna Primária: um conceito da teoria de Winnicott.....	38
3. O PERCURSO METODOLÓGICO .....	54
3.1 Instituições de realização da pesquisa.....	54
3.2 Amostra e Instrumentos para coleta de dados.....	60
3.3 A coleta de dados.....	61
3.4 Descrição do Instrumento.....	63
3.5 Aprimoramento do Instrumento.....	65
3.6 A Análise de dados.....	69
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	71
CONCLUSÃO.....	85
REFERÊNCIAS.....	90
ANEXOS.....	98

## INTRODUÇÃO

A experiência obtida na Maternidade Viva Vida do Hospital Regional João Penido em Juiz de Fora (MG) proporcionou o surgimento de vários questionamentos a respeito dos bebês nascidos prematuramente e da relação com suas mães. A Maternidade atende primordialmente a gestações de alto risco, sendo significativos os índices de nascimentos prematuros ou de bebês com complicações, o que os levam a necessitar da Unidade de Terapia Intensiva (UTI neonatal) e da Unidade Intermediária (UI). A Maternidade adota o Método Canguru, o que despertou nossa atenção para o estudo dos benefícios deste para a relação mãe-bebê prematuro.

Todos os anos nascem no mundo 20 milhões de recém-nascidos de baixo peso, muitos em consequência de um parto prematuro. É na UTI neonatal que o bebê de risco e/ou o bebê prematuro recebe os primeiros cuidados médicos apropriados à sua recuperação e ao seu desenvolvimento. No nível da tecnologia existente, visando à prevenção de sequelas e a promoção da saúde, a UTI é o local que concentra os principais recursos, humanos e materiais, necessários para dar suporte ininterrupto às funções vitais dos recém-nascidos ali internados.

Diante do elevado número de nascimentos prematuros, o Método Canguru vem sendo adotado por muitos hospitais e maternidades no Brasil. Muitos estudos comprovam os benefícios que ele proporciona à recuperação do bebê prematuro, além da redução de custos para o sistema de saúde brasileiro. Desenvolvido em três etapas, o Método promove uma maior aproximação entre mãe e bebê.

O interesse em estudar a relação mãe-bebê prematuro deve-se à quantidade de nascimentos prematuros na Maternidade em que atuamos e do tempo prolongado que muitos passam nas UTI e UI, chegando este a ser três ou quatro meses. Algumas mães não conseguem visitar os bebês diariamente e passam até quase todo o tempo de hospitalização do filho sem vê-lo, ou melhor, sem conhecê-lo. Surgiu daí a preocupação sobre como seria esse início de vida para um pequeno ser tão dependente. A equipe de uma UTI ou UI cuida dos bebês, mas não supre necessidades como amor, carinho e colo. Estas cabem à mãe atender. As próprias enfermeiras falam que alguns bebês choram por sentir falta de mãe, quando esta está ausente por vários dias ou semanas. Sendo assim, a questão das consequências que a separação entre uma mãe e seu bebê prematuro pode ocasionar para o processo de desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo

deste, foi o que norteou o surgimento desta pesquisa. Além disso, o estudo do Método Canguru e a aplicação deste nos setores em que temos contato diário puderam proporcionar a percepção da importância deste para beneficiar uma aproximação e envolvimento entre mãe e bebê prematuro.

Quando ocorre o nascimento de um bebê sem problemas médicos, o conhecimento mútuo entre pais e filho inicia-se logo no primeiro contato. Determinadas habilidades do recém-nascido surgirão e envolverão a atenção dos pais. Quando estes são privados dessa experiência inaugural, como quando os bebês são separados dos pais devido à necessidades orgânicas, a relação tem um início muito diferente, que pode ter efeitos negativos mais tarde. Bebês mantidos em incubadoras, permitindo aos pais apenas olhá-los, criam barreiras para o início do contato e interação entre mãe e bebê. O nascimento prematuro pode interferir no ritmo e tempo dos pais em “apaixonarem-se” pela criança. Sentimentos de angústia, vazio e desconfiança são desencadeados em mães que são separadas de seus filhos recém-nascidos (Bowlby, 2000).

A prematuridade traz consigo significativas repercussões emocionais nas mães, principalmente pela perda do filho idealizado, a cobrança familiar e social etc. O nascimento prematuro pode ser de grande sofrimento psíquico para a mãe e o bebê.

Donald Winnicott foi um pediatra e psicanalista inglês que estudou o desenvolvimento emocional humano nos estágios mais precoces, sendo um dos fundadores da psicanálise de crianças. Seus estudos, escritos no final da década de 50 e durante a década de 60, reuniram obras e diversos artigos que constituem referência fundamental no campo psicanalítico até os dias atuais (Fleury, 2009).

Winnicott (1983) afirma que a criança nasce sadia de corpo e potencialmente sadia na mente e, para que esse potencial se manifeste, ela precisa de condições ambientais favorecedoras, o que ele denomina como maternagem suficientemente boa. O autor utiliza esta expressão para explicitar que as mulheres não precisam de padrões predeterminados de perfeição para serem boas mães.

Winnicott (2000) aborda, em sua teoria, uma condição especial que a mãe desenvolve ao final da gravidez e algumas semanas após o nascimento do bebê que é denominada de *Preocupação Materna Primária* (PMP<sup>1</sup>). Esta é um estado que permite

---

<sup>1</sup> A sigla PMP será utilizada no transcorrer do texto referindo-se à Preocupação Materna Primária.

à mãe identificar-se com seu bebê a ponto de perceber suas necessidades e satisfazê-las. Winnicott dá destaque ao amadurecimento do indivíduo, sendo necessário, para que este ocorra, a passagem por alguns estágios. O início, para o alcance deste amadurecimento, se dá a partir da PMP. É somente no estado de PMP que a mãe é capaz de fornecer um ambiente adequado para a constituição e o desenvolvimento da criança. O reconhecimento de uma dependência absoluta do bebê por parte da mãe depende de sua capacidade para a PMP (Winnicott, 1956). A mãe torna a adaptação cada vez menos absoluta e, deste modo, permite que o bebê caminhe na direção da dependência relativa e, depois, rumo à independência (Dias, 2003).

Winnicott (2000) acrescenta que esses cuidados dispensados ao bebê não se limitam a um ato mecânico para suprir suas necessidades fisiológicas, mas implicam também uma empatia materna extremamente sensível, que leva em conta a sensibilidade cutânea do bebê, o tato e a temperatura, além da sensibilidade auditiva e visual.

Baseando-se na teoria de Winnicott e, mais especificamente, na importância destacada por ele da PMP, no desenvolvimento inicial do indivíduo, surgiram indagações sobre: como a mãe desenvolve a PMP estando separada de seu bebê prematuro? Ou ainda: com relação às mães que não desenvolvem a PMP, quais as consequências disto no processo de amadurecimento e desenvolvimento do indivíduo?

São poucos os estudos voltados para as consequências da separação ocorrida entre mãe e bebê imposta pela prematuridade. Alguns destes foram referências para esta pesquisa. Entre eles destacamos: Esteves (2009), que abordou o desenvolvimento da PMP no contexto do nascimento prematuro; Fleury (2009), que estudou o desenvolvimento da PMP em gestantes com pré-eclâmpsia; Moreira (2009), que pesquisou os efeitos do Método Canguru na relação mãe-bebê; Colucci (2006), que apontou comportamentos ou condutas maternas relacionadas à instalação da PMP.

A partir dos questionamentos levantados e do contato com os estudos citados sobre a relação mãe-bebê, este trabalho objetivou estudar a constituição e as formas de relação estabelecidas entre mãe e bebê prematuro a partir do referencial teórico de Winnicott; aprimorar algumas categorias para avaliação da relação mãe-bebê prematuro a serem aplicadas durante as três etapas do Método Canguru; e avaliar os efeitos da passagem pela Enfermaria Canguru sobre o desenvolvimento da PMP.

Pensando na ruptura abrupta que o nascimento prematuro provoca e nos efeitos da internação prolongada do bebê em UTI neonatal, questionamos se o desenvolvimento da PMP seria dificultado ou retardado devido às condições da prematuridade e da separação decorrente da internação na UTI, UI logo após o nascimento até a alta hospitalar. Além disso, indagamos se as mães que participaram com seus bebês da Enfermaria Canguru desenvolveriam mais facilmente a PMP pela possibilidade de fazerem mais cedo o resgate do vínculo do que aquelas que não passaram por esta etapa do Método.

Após a revisão teórica sobre prematuridade, Método Canguru e Winnicott, formulamos as ideias referentes à realização da pesquisa de campo. Esta se desenvolveu na Maternidade Viva Vida do Hospital Regional João Penido – Juiz de Fora e na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Foram realizadas entrevistas e observações com as mães-bebês prematuros, tendo como parâmetro algumas manifestações maternas utilizadas como indicadores da presença da PMP.

No decorrer deste trabalho, os capítulos estão divididos da seguinte forma: no capítulo 1, são abordados os aspectos teóricos que deram a base para o aprofundamento e compreensão das questões a serem pesquisadas e para se chegar as conclusões obtidas. Alguns aspectos da prematuridade são descritos, enfatizando as repercussões do nascimento prematuro, o bebê na UTI neonatal, a relação estabelecida entre mãe e bebê numa UTI e as questões que envolvem mãe e pai quando se defrontam com a prematuridade do filho. A proposta do Método Canguru é abordada, apontando o surgimento deste, a relevância, os objetivos, as críticas e algumas pesquisas já realizadas sobre o Método. Para encerrar esse capítulo, é descrito o conceito de PMP que faz parte da teoria de Winnicott. Além disso, são enfatizadas questões do amadurecimento saudável do indivíduo, de acordo com Winnicott.

No capítulo 2, é exposto o percurso metodológico adotado, descrevendo as instituições de realização da pesquisa, a amostra e instrumentos utilizados para a coleta de dados, as questões relacionadas à coleta de dados, o detalhamento do instrumento utilizado, o aprimoramento desse instrumento e os critérios para análise dos dados. O capítulo 3 apresenta os resultados da pesquisa; e no capítulo 4 é feita a discussão dos resultados. Por fim, são apresentadas as conclusões, além das sugestões para o aprimoramento do instrumento utilizado.

Podemos então dizer que este estudo visa apontar a necessidade de estarmos atentos e conscientes das relações mães-bebês que podem ter um início conturbado a partir do nascimento prematuro e da separação decorrente da internação em UTI. Pensando em prevenir uma relação mãe-bebê desfavorável, esta pesquisa pretende destacar as vantagens do Método Canguru para o desenvolvimento da condição materna inicial que, tal como definida por Winnicott, é também imprescindível para o início do amadurecimento e do desenvolvimento saudável do indivíduo.

## 2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

### 2.1. Aspectos da Prematuridade

A Organização Mundial de Saúde define como recém-nascido de baixo peso aquele que apresenta peso, ao nascer, igual ou inferior a 2.500 g e como prematuro toda criança nascida antes de 37 semanas (Brasil, 2002).

É na UTI Neonatal que o bebê de risco e/ou o bebê prematuro recebe os primeiros cuidados médicos apropriados à sua recuperação e ao seu desenvolvimento. O objetivo da UTI Neonatal é tratar de recém nascidos com baixo peso, diminuindo as sequelas durante seus desenvolvimentos e ocasionando assim o menor ônus possível para a sociedade, fazendo deles indivíduos mais produtivos.

No nível da tecnologia existente visando à prevenção de sequelas e a promoção da saúde, a UTI Neonatal é o local que concentra os principais recursos, humanos e materiais, necessários para dar suporte ininterrupto às funções vitais dos recém-nascidos ali internados. Nela há equipes especializadas de médicos, enfermeiros, além de outros profissionais de saúde e pessoal de apoio, contando com exames complementares, laboratoriais e radiológicos, com funcionamento 24 horas por dia. Equipamentos modernos como incubadoras de última geração, respiradores, monitores cardíacos e de oxigenação, entre muitos outros, são obrigatórios neste ambiente, de modo a garantir todos os cuidados que o seu bebê precisa.

À medida que a medicina continua a desenvolver mais tratamentos, muitos recém-nascidos de alto risco que, no passado, teriam morrido algumas horas ou dias após o nascimento, hoje sobrevivem. Existe todo um aparato tecnológico de cuidados com o prematuro que, algumas vezes, aparece multifacetado devido a estarem todos os olhares voltados para esse recém-nascido (Marson, 2008).

Diante de tanta tecnologia, desde a entrada do recém-nascido no serviço hospitalar, este se torna um caso médico, uma vida em perigo que, antes de tudo, deve ser curada. As manifestações de ternura para com estes bebezinhos, a descoberta de seus gostos e o respeito aos seus ritmos próprios se tornam uma preocupação secundária. A aquisição de um prematuro da identidade “bebê” é ainda mais difícil quando a patologia revela gravidade (Busnel, 1997).

O nascimento é dito normal quando a reação às inevitáveis invasões da ocasião não excede aquilo que o feto pode suportar. Porém, mesmo quando tudo ocorre bem, o



processo de nascimento provoca uma descontinuidade; esta pode ser suportada, no entanto, pois o bebê já fez, na vida intra-uterina, inúmeras experiências de interrupção da continuidade de ser, tendo acumulado não só memórias corporais, como organizado até mesmo defesas contra possíveis traumas (Dias, 2003).

O processo de nascimento não é traumático em si mesmo; só o será em função de problemas que possam surgir durante o parto. Isto ocorrerá se, devido a problemas no parto, houver atraso ou antecipação. Dificuldades desse tipo acontecem e são traumáticas, em variáveis graus, segundo a capacidade do bebê de suportar a intrusão. Afora os casos de lesão física, que têm suas próprias consequências psicológicas, pode-se observar as diferenças que existem entre as necessidades de um bebê nascido a termo daquelas do indivíduo cujo parto foi traumático por ter sido demorado ou prematuro. É exatamente neste aspecto que a “adaptação à necessidade”, por parte da mãe suficientemente boa, ganha relevo: cabe a ela entender e adaptar-se às diferenças do bebê singular (Dias, 2003).

Podemos pensar no parto prematuro como uma descontinuidade temporal dupla para o bebê: primeiro, porque o nascimento antes do termo dificulta a instauração de cuidados parentais que lhe facilitam a transição e a adaptação à vida extra-uterina; e segundo porque antecipa uma prontidão, ao exigir dele que ultrapasse sua fragilidade e imaturidade e se adapte às novas condições, impostas pelo nascimento antecipado (Marson, 2008).

O meio em que vai se desenvolver o prematuro é totalmente diferente do útero. Neste o feto estava na posição flexionada, flutuando em um líquido morno protegido pela parede uterina que filtrava os ruídos e a luz do mundo exterior. E ei-lo, de repente, ao ar livre, obrigado a respirar (às vezes com o auxílio de uma máquina); a luz é por demais violenta para seus olhos e o ruído ambiental não mais é amortecido e se impõe aos seus ouvidos que não têm a possibilidade de evitá-los. O prematuro é deitado sobre o colchão pouco macio da incubadora, sofrendo as manipulações dos vários cuidados, nem sempre agradáveis. Nesta hora seu cérebro não está pronto para enfrentar estímulos tão complexos; ele os recebe sem poder canalizá-los, nem reagir de forma adaptada (Grenet, 1997).

Observa-se com frequência os prematuros estendidos sobre as costas em sua incubadora, com o olhar inexpressivo, os braços e as pernas moles, os dedos estendidos.

Na prática, um prematuro em estado de equilíbrio tem a pele rosada, não apresenta acesso de cianose, sua respiração e pulso são regulares etc. (Grenet, 1997).

Certos recém-nascidos em grande sofrimento têm uma expressão de boca em que as comissuras labiais são descendentes. Paralelamente, as pernas parecem moles, o corpo é amorfo. Tem-se a sensação que existe um sentimento de abandono da luta. Outros ficam completamente fechados em si mesmo: braços e pernas se dobram decididamente. As enfermeiras sabem que é preciso agir muito suavemente, oferecendo um banho de palavras doces como uma música vocal, para que se consiga desconectá-lo desse fechamento em si mesmos (Druon, 1997).

Constata-se frequentemente, nos bebês em incubadora, uma mão segurando um objeto exterior, um tubo, uma roupa etc. Se estão em bom estado somático a mão fechada se abre progressivamente; há algo que os relaxam, que os permitem abandonar-se à confiança. Este ponto de contato lembra o contato com a parede uterina e, sem dúvida, é preciso ter um vivido de continuidade sob o nível da pele que os assegura (Druon, 1997).

Cada prematuro tem seus próprios mecanismos e estratégias de auto-regulação, de evitação e defesa, que emprega de maneira ativa para manter o equilíbrio. Todos os sinais mostrados pelo prematuro serão a tradução de um estado de conforto ou desconforto. Somente ao atingir um estado de equilíbrio pode interagir com o adulto. A interação social pode e deve ser oferecida quando não demandar ao organismo um dispêndio de energia em detrimento das funções vitais. O estado do prematuro nem sempre o permite. Ao contrário, quando a criança está calma e acordada, a interação com o adulto é desejável, mesmo que esta seja apenas passiva. Nunca deve se perder de vista que cada criança tem seu próprio limite de sensibilidade aos estímulos sensoriais (Grenet, 1997).

Notamos que as particularidades da comunicação dos bebês prematuros podem também fortalecer o movimento de negação do nascimento por parte das mães, uma vez que estes bebês, em função da imaturidade própria de seu desenvolvimento evolutivo (idade gestacional), apresentam padrões de respostas diferentes dos bebês nascidos a termo, para os quais estavam preparadas suas mães. Qualquer manuseio já é capaz de cansar o recém-nascido prematuro, que se encontra voltado para a necessidade de auto-regulação (Grenet, 1997).

Num serviço de reanimação, as mães que acabam de dar à luz um filho doente ou prematuro estão, mais do que as outras mães, confrontadas com uma imagem de mãe má. Uma mãe que não pôde carregar o filho, que lhe deu uma vida frágil demais, que talvez tenha desejado sua morte. Se a ambivalência está presente durante todo o tempo da gravidez, o nascimento sem problema renarcisa a mãe ao lhe oferecer um belo bebê saudável que a tranquiliza e gratifica (Grenet, 1997).

É esse narcisismo que será colocado a dura prova quando os pais de um prematuro descobrirem na incubadora aquele pequeno corpo, ligado à vida pelos fios de um estranho aparelho (Mathelin, 1999).

Quando o nascimento precipitado se passa sob pânico e urgência, os médicos não podem tranquilizar a mãe, e o bebê está realmente em perigo, a realidade reencontra o fantasma e surge o trauma que é sem fala; este permanece sem palavra porque é por definição impensável (Mathelin, 1999).

De modo geral, a prematuridade é vivida como uma “falha” pela mãe por algo que deixou de fazer ou que não fez bem. O nascimento de um prematuro pode levar à frustração de muitos desejos e, sobretudo, romper a possibilidade de ser mãe nesse primeiro momento do nascimento, já que esse bebê vai necessitar de outros cuidados para garantir a sua sobrevivência. Essa situação produz uma dor de difícil e lenta recuperação, rompendo, em geral, o equilíbrio homeostático familiar. Frequentemente, a confirmação de uma gestação é correlacionada à ideia de uma nova vida, na qual são depositadas expectativas (Marson, 2008).

Com a prematuridade, a edificação do papel de mãe e a identidade materna, que vinham se desenvolvendo lentamente são, de forma abrupta, interrompidas. Sentimentos de intenso fracasso, incapacidade e inferioridade interior são mobilizados pela vivência da impossibilidade de gerar o próprio filho (Marson, 2008).

Muitas vezes, o nascimento de um filho prematuro constitui em geral um “golpe” contra a autoestima da mulher, sua capacidade maternal e feminilidade (Quayle, 1997).

As mães que acabam de dar à luz, prematuramente ou não, um filho que lhes é imediatamente retirado por médicos, acham que ele está em perigo; sentem-se dominadas pela culpa, tendo seus referenciais abalados. O tempo está suspenso e os dias são contados apenas ao ritmo das pesagens do bebê que continua a gravidez sem elas, numa incubadora que protege o filho que não conseguiram segurar. Essa criança

dolorosa que, para elas, quase sempre não conseguem olhá-la, falar-lhe, dar-lhe um nome (Mathelin, 1999).

O que está ali em sofrimento é a impossibilidade de investimento libidinal da mãe. Espelho partido, sonho impossível, a ilusão e o sonho se deparam com a violência do real e a criança corre o risco de ser apenas reduzida a esse puro real se nada de simbólico permitir sua falicização (Mathelin, 1999). Como sentir-se mãe de um bebê que não dá sinal, que não “fabrica a mãe”?

Se o olhar da mãe se desvia do filho, se o filho é fraco e distante demais e não dá à mãe o sentimento de que se interessa por ela, o investimento de amor entre eles se torna problemático e o bebê não tem mais nada em que se agarrar para se construir. Diante da mãe que investe num filho que ela sente monstruoso e perseguidor, e que lhe significa sua impotência e seu fracasso, o trabalho com ela é sempre de luto, de perda e de separação. E quando pode simbolizar a falta, para ela se torna mais fácil deslocar o filho do horror do real e projetar nele um futuro possível (Mathelin, 1999).

Nestes casos, como indica Mathelin (1999), as mães podem enfrentar uma dificuldade de reconhecimento do bebê prematuramente nascido. É como se o bebê continuasse em seu ventre, como se ainda não tivesse dado à luz. Deste modo, a mãe pode vir a deixar de dirigir a seu bebê o olhar que o constituirá como sujeito.

O intenso sofrimento psíquico diante da prematuridade, que traz em alguns momentos a ameaça de perda do filho, pode abrir caminhos para estados depressivos e de ansiedade, fobias e ideias obsessivas que acompanham a mãe durante a permanência do seu bebê na UTI (Marson, 2008).

Para a mãe, a aproximação deste bebê real do bebê imaginário, construído durante a gestação, demandará dela um tempo de elaboração que, muitas vezes, transcende o tempo de internação. É como se as mães esperassem uma garantia ou, pelo menos, sinais consistentes, por parte do bebê, de que podem investir afetivamente na relação, sem ameaças de perda (Marson, 2008).

Essas mulheres, de quem foi retirado o filho ao nascimento, buscam a qualquer preço uma explicação, uma causalidade e querem estabelecer um vínculo psíquico. Há uma força que empurra o sujeito a encontrar causalidades para qualquer acontecimento. É preciso dar ao acontecimento uma significação, um estatuto. É uma tentativa de reconstrução da verdade histórica. Esse trabalho de elaboração é indispensável para as mães (Mathelin, 1999).

Os últimos meses da gravidez, quando a mãe sente o bebê mexer e aprende a conhecê-lo, são momentos extremamente importantes para a construção da criança e da mãe. O parto prematuro ocorre no momento em que a mulher mal começava a sentir os movimentos de seu bebê. Esses últimos meses deixam-lhe o tempo de imaginar. Esse bebê é decepcionante, uma vez que a mãe se sente desapontada por não ter podido levar a contento essa gravidez e pôr no mundo um belo filho saudável. Se o luto do filho imaginário está sempre por se fazer no momento de um nascimento, no caso de crianças prematuras tal luto parece ter-se tornado ainda mais difícil (Mathelin, 1999).

Para Almeida (2004), a ocorrência do parto prematuro, que interrompe o período crucial de imaginação materna a respeito do bebê que ainda se desenvolve em seu ventre, pode dificultar a vinculação mãe/bebê, bem como o estabelecimento de um estado psicológico denominado por Winnicott de *Preocupação Materna Primária* (PMP). A construção materna das fantasias a respeito da criança pode ser deixada inacabada pela urgência do nascimento.

Morsh e Braga (2007) em seu artigo introduzem uma discussão sobre um conceito correlato – o da “preocupação médico-primária” (Agman et al., p. 27, 1999). De acordo com Agman (1999), este estado acontece quando a mãe “ocupa uma função mais médica que maternal”. Essas mães, que permanecem ao lado da incubadora ou do berço de seu bebê, sistematicamente examinam minuciosamente a ficha de enfermagem e/ou o prontuário no qual estão registrados os procedimentos adotados pelas equipes de cuidadores profissionais. Muitas vezes esta atitude por parte da mãe parece ser exercida em detrimento de um olhar atento direcionado para seu filho, dando a impressão de que ocorreu uma “inversão de prioridades”. Isto porque supostamente estas mães estariam mais ocupadas em se imiscuir em condutas que são atributos de profissionais de saúde – de acordo com os parâmetros normativos da instituição hospitalar – ao invés de se ater ao que seria, a priori, de sua alçada: dedicar-se exclusivamente ao seu bebê, descobrindo suas competências e singularidades. Entretanto, precisa-se estar atento para não adotar uma perspectiva valorativa ao encarar esta “preocupação médico-primária” como uma recusa ao desempenho da função materna. Ao escarafunchar a papeleta encontrada sobre a incubadora, ao apropriar-se do glossário dos médicos para dialogar com os mesmos ou ao reunir ferramentas para melhor compreender a situação clínica de seu filho, a mãe não está deixando de exercer a maternagem. É imprescindível contextualizar e redimensionar esta prática. O que ocorre é uma modalidade interativa que se tornou

possível graças a uma disposição materna de envolver-se com seu filho. Sem poder usufruir dos aspectos prazerosos como troca de olhares, proximidade física, diálogos tônicos e expressões faciais – os quais, indubitavelmente, estariam mais evidentes com o nascimento a termo –, a mãe do bebê internado procura um caminho para se aproximar daquele que “não lhe envia nada da própria imagem dela” (Mathelin, 1999, p. 28).

Através das informações que fazem parte de uma história que também é peculiar em função da hospitalização no início da vida, a mãe busca encontrar sinais de um bebê que aos poucos vai reconhecendo como seu, individualizando-o gradativamente.

Neste sentido, Winnicott, ao falar sobre o período de dependência absoluta da relação materno-infantil no início da vida, lembra a necessidade de que o ambiente se responsabilize por satisfazer as necessidades fisiológicas do bebê. E entende sempre o ambiente como impregnado pelos cuidados maternos:

Aqui a fisiologia e a psicologia ainda não se tornaram separadas, ou ainda estão no processo de fazê-lo e é consistente. Mas a provisão ambiental não é mecanicamente consistente. Ela é consistente de um modo que implica a empatia materna.  *Holding*  protege da agressão fisiológica. Leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e a falta de conhecimento do lactente da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo... O  *holding*  inclui especialmente o holding físico do lactente, que é uma forma de amar. É possivelmente a única forma em que uma mãe pode demonstrar ao lactente o seu amor (Winnicott, 1990, p. 48).

A mãe, ao tentar compreender o que está acontecendo com seu filho, atende a uma expectativa da sociedade: a realidade da responsabilidade atordoia as mulheres tal qual uma chicotada. Apesar do suporte oferecido pelos médicos e pela família, apesar da ajuda de seu marido para realizar parte dos cuidados, a sociedade a designa como a responsável. Se alguma coisa não vai bem, há muitas possibilidades da culpa disto recair sobre seus ombros (Stern, Bruschiweiler-Stern, 1998).

Por sua vez, ao apropriar-se dos códigos de comunicação das equipes de cuidadores profissionais, a mãe do bebê habilita-se, à sua maneira, para eventualmente poder participar das instâncias de decisão sobre as condutas terapêuticas. E nem sempre este empoderamento daquela que deveria ser mais mãe é bem assimilado pelos conjuntos de profissionais das UTIs, mais habituados a decidirem entre si os

tratamentos a serem dispensados a cada paciente. Com isso, um certo desconforto reina por vezes entre as equipes. No entanto, em contrapartida, a mãe redefine seu lugar na UTI na medida em que troca a fragilidade e o alheamento inerente à parturiente prematura por uma posição mais assertiva. Assim, esta mãe passa a assumir o lugar que lhe pertence, o que a capacita a encontrar sua competência e “maternar” seu filho, abrindo os caminhos para a interação (Morsh e Braga, 2007).

Portanto, pensamos que a preocupação médico-primária só se instala provisoriamente no lugar da materno-primária porque a interação neste ambiente intensivista possui uma temporalidade própria. Ela é “urgente, premente, relacionada à sobrevivência do bebê e não à qualidade de seus cuidados” (Zornig et. al., 2004 p. 139); ou seja, a preocupação médico-primária pode ser considerada um mecanismo de transição a ser utilizado pela mãe na busca por um encontro com um filho que nasceu de forma tão diferente e estranha.

Winnicott ressalta que nem sempre a presença de doença orgânica na criança prejudica o vínculo desta com sua mãe. Para ele, uma mulher pode mais facilmente aceitar e amar uma criança doente pelo que ela é, se a própria mulher foi capaz de criar uma criança completa na fantasia, ou seja, se seu próprio ambiente inicial, agora internalizado, foi suficientemente bom (Davis e Wallbridge, 1982). Ele considerava importante algumas experiências pessoais da mãe e do pai como contribuições para o padrão e a qualidade dos cuidados com bebês. A mãe já foi um bebê um dia e ela tem essas recordações. A qualidade das experiências da primeira infância influenciam a qualidade da função de mãe. Portanto, a experiência de ter nascido, de ter sido um bebê e a elaboração destas experiências na fantasia auxiliam ou prejudicam sua própria vivência como mãe. Se o ambiente inicial da mãe é pobre, ela tem dificuldades em produzir na fantasia uma criança viva e completa, e isto pode dificultar sua relação com o bebê desde o começo.

Frente à situação da prematuridade, existem dificuldades que vão surgindo para a mãe, como a sensação de ser perigosa para o seu bebê, a incapacidade de cuidar e lutar contra a decepção e a inevitável culpa por ter parido prematuramente seu filho, o que a impede de contar com a festa social do nascimento e as felicitações dos familiares e amigos. O reconhecimento social da maternidade lhe é negado, tendo que elaborar, neste momento, os sentimentos de duplo abandono: o de ter deixado o bebê nascer antes do tempo e logo deixá-lo no hospital. Dependendo de seu funcionamento mental, pode

culpar o bebê, e sua atitude em relação a ele será evitá-lo e mesmo rejeitá-lo; ou pode culpar-se e delegar seu papel de mãe aos cuidadores da UTI Neonatal. Esta situação é frequentemente percebida pelos profissionais que, se não conhecerem o funcionamento psíquico destas mulheres, poderão condená-las por abandonar o bebê, passando eles próprios a assumir o papel de mãe (Marson, 2008).

O espaço de cura é da criança, mas nele podem circular outros discursos que ajudam o pequeno paciente a encontrar seu caminho. Discursos de outros profissionais que se conjugam num esforço de sustentar os primeiros passos do bebê na aventura da sobrevivência. O médico percebe que os pais, principalmente a mãe, precisam aceitar o tratamento e possíveis mudanças que dele decorrem. Os psicanalistas na UTI, juntamente com os médicos e demais profissionais, se encontram perto da morte e do que circula em torno dela. O estar de plantão veicula ao psicanalista no hospital um suposto saber sobre a morte e deste lugar ele é chamado a intervir (Busnel, 1997).

A equipe da UTI que lá se encontra forma um novo ninho para o bebê. Equipe esta que constantemente se prepara para o confronto com a criança em completo desamparo – sem a mínima condição de fazer face a situações do mundo fora do útero -, decorrente de uma separação traumática, patética, daquela pessoa de que fez parte por longos meses de gravidez (Busnel, 1997).

Quando ocorre o nascimento de um bebê sem problemas médicos, o conhecimento mútuo inicia-se logo no primeiro contato. Determinadas habilidades do recém-nascido surgirão e envolverão a atenção dos pais. Quando estes são privados de alguma experiência, no caso de bebês separados por necessidades orgânicas, a relação pode ter um início muito diferente. Diante de bebês mantidos em incubadoras, que permitem aos pais apenas olhá-los, cria-se uma barreira para o início do contato e interação entre mãe e bebê (Bowlby, 2000).

Eventos não previstos pelos pais para seu bebê podem interferir no ritmo e tempo deles em “apaixonar-se” pela criança. Sentimentos de angústia, vazio e desconfiança são desencadeados em mães que são separadas de seus filhos recém-nascidos (Bowlby, 2000).

É importante que a mãe permaneça com o bebê tão quanto ela deseje durante sua estada no hospital, de forma que ambos possam se conhecer; que a mãe possa aprender sobre seu bebê e seus cuidados, e que comece a desenvolver o vínculo nas primeiras semanas de vida dele (Bowlby, 2000).



A formação do vínculo não é um acontecimento imediato, já que ocorre por meio de interações sucessivas. Quanto mais houver oportunidades de interação entre mãe e bebê mais forte será o vínculo e, conseqüentemente, melhor a resposta materna às suas necessidades e menor a probabilidade de negligência, maus tratos e abandono. Os trabalhos de Charpak (2001) e os de Anderson et al. (2004) também mostraram que o contato pele a pele precoce entre a mãe e o RN favorece o senso de controle (domínio) e autoconhecimento, resultando numa maior confiança e melhor vínculo mãe-bebê, fator preditivo para uma amamentação duradoura e cuidados adequados.

## **2.2. A proposta do Método Canguru**

Para melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso, surgiu o Método Canguru, inicialmente idealizado na Colômbia no ano de 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, pelos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez, cujo objetivo era baratear os custos da assistência perinatal e promover, por meio do contato pele a pele precoce entre a mãe e o seu bebê, maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento (Brasil, 2002).

Pensando na promoção da saúde, a partir de 1984, o Método Canguru passou a ser amplamente divulgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) devido aos bons resultados alcançados, relatados na literatura científica mundial por vários autores. Entre as vantagens do Método destacam-se: menor tempo de internação, oxigenação adequada, aumento e estabilização da temperatura corporal, menos episódios de apnéia e diminuição do choro. Além disso, as mães amamentam mais e sentem-se mais seguras para cuidar da saúde de seus bebês (Lamy et al, 2006).

Segundo Charpak et al. (2000), o Método Canguru surgiu como uma resposta à falta de incubadoras e à separação da mãe de seu filho durante a internação neonatal.

Sob a perspectiva de minimizar os efeitos negativos da internação neonatal sobre os bebês e suas famílias, a Área da Criança do Ministério da Saúde adotou o Método Canguru como uma Política Nacional de Saúde, inserido no contexto da humanização da assistência neonatal. A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru foi lançada em dezembro de 1999 (Brasil, 2002).

Após o estabelecimento da Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso, surgiu a necessidade do desenvolvimento de uma estratégia para a sua implementação nas diversas unidades hospitalares do País. Para isso, foi constituído um

novo grupo de trabalho para a concepção de um manual técnico que detalhasse o Método Canguru. Assim, foi lançada a primeira edição do manual técnico intitulado “Método Mãe Canguru - Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso” usado nas capacitações de profissionais para atuarem em uma perspectiva interdisciplinar de saúde integral pais-bebê. Para colaborar na disseminação do Método no Brasil, foram criados cinco Centros de Referência espalhados estrategicamente pelo país, que ficaram com a responsabilidade de repassar o Método por meio de cursos com 40 horas de duração, para grupos de profissionais de diferentes unidades hospitalares (Brasil, 2002).

A visão brasileira sobre o Método Canguru, na realidade, é uma mudança do paradigma da atenção perinatal, onde as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos clássicos. O Método não objetiva economizar recursos humanos e técnicos, mas fundamentalmente aprimorar a atenção perinatal (Brasil, 2009).

O Método Canguru é voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social (Brasil, 2009). O Método é um tipo de assistência neonatal voltada para o atendimento do recém-nascido prematuro, que implica colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe (OMS,2004). Tal contato começa com o toque, evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais (Brasil, 2009).

O Método abrange questões como os cuidados técnicos com o bebê (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com luz, som, dor); o acolhimento à família; a promoção do vínculo mãe/bebê e do aleitamento materno, além do acompanhamento ambulatorial após a alta. Dentre as vantagens, o Manual do Método Canguru aponta: a redução do tempo de separação mãe-filho; a melhora na qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido de baixo peso; a estimulação do aleitamento materno, permitindo início mais precoce, maior frequência e duração; o controle térmico adequado; a estimulação sensorial adequada do RN; a redução do risco de infecção hospitalar; a redução do estresse e dor dos recém-nascidos de baixo peso; um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; uma maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive

após a alta hospitalar; contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários devido à maior rotatividade de leitos.

Segundo Ludington-Hoe e Golant (1993), no Método Canguru, o prematuro pode ser isolado do ambiente estressante da UTI e, ao mesmo tempo, ficar com a mãe, recebendo calor e proteção. Tendo como base os pilares calor, amor e aleitamento materno, o Método Canguru possibilita uma proximidade constante, dando à mãe a chance de se envolver e atuar no atendimento das necessidades do filho, proporcionando-lhe, gradualmente, segurança no cuidado de uma criança frágil e pequena.

O envolvimento e a atuação maternas no Método Canguru sinalizam para algo mais completo, levando a mãe a assumir integralmente a atenção ao filho. Considerando assim a dimensão do envolvimento na assistência, o Método permite à mãe cuidar do filho de forma integral, aprendendo a fazê-lo com o apoio e a orientação da equipe de enfermagem.

Portanto, o Método Canguru representa uma oportunidade de aprendizagem para aquisição de segurança quanto ao cuidado no domicílio às crianças nascidas prematuras e de baixo peso. Por meio da observação participante, das intervenções como o banho, a troca de lençóis e fraldas, das posturas terapêuticas, enfim, dos cuidados rotineiros, os quais são aliados pelo ganho de peso, são planejados e realizados de maneira segura e carinhosa. O vínculo afetivo entre mãe e filho foi evidenciado e considerado fator de relevância na recuperação do bebê. Nesse sentido, a compreensão da linguagem não verbal do bebê, o toque, o calor humano e o carinho ofertados pela mãe permitem afirmar que não seria possível a cura completa do filho sem esses elementos, que por isto devem ser tidos como essenciais (Eleutério et al, 2008).

Os bebês mantidos aquecidos com o calor do corpo de sua mãe podem sair mais cedo da incubadora e, conseqüentemente, ir mais cedo para casa. Os trabalhos de Klaus & Kennell (2000) destacam a importância dos cuidados maternos para o melhor desenvolvimento do bebê e chamam a atenção para os efeitos que a separação precoce e prolongada entre mãe e bebê pode trazer, sendo fator de risco para o atraso no desenvolvimento e as sequelas neurológicas. Kennell (1999) afirma que as paredes da UTI neonatal começaram a desmoronar e hoje mães, pais, irmãos são bem vindos para observar, tocar e abraçar os bebês.

O primeiro trabalho efetuado para investigar a possibilidade da entrada dos pais numa Unidade de Tratamento Intensivo para prematuro teve início na Universidade de Stanford, na Califórnia, em 1964. A ameaça de infecção foi um impedimento forte para a permissão da entrada dos pais na Unidade. Mesmo tendo ocorrido mudanças e avanços no diagnóstico e manejo com os bebês, de 1945 a 1960, o prematuro continuou em pleno isolamento (Kennell e Klaus, 1992).

John Bowlby foi um psiquiatra que, entre a década de 1950 e 1960, investigou e elaborou a teoria que procura explicar como ocorrem e quais as implicações para a vida adulta dos fortes vínculos afetivos entre o bebê humano e o provedor de segurança e conforto. Bowlby procurou investigar as causas da doença mental, defendendo a tese de que é essencial à saúde mental que o bebê e a criança pequena estabeleçam com sua mãe uma relação íntima, calorosa, contínua e na qual ambos encontrem prazer e satisfação.

Para Bowlby (1988, p.51), “a privação prolongada dos cuidados maternos pode ter efeitos graves e de longo alcance sobre a personalidade de uma criança e, conseqüentemente, sobre sua vida futura”. Inclusive o desenvolvimento físico, psíquico e social de uma criança pode ter atraso se privado de cuidados maternos, conforme se refere o autor.

Em sua monografia para a Organização Mundial de Saúde – OMS, “Cuidados Maternos e Saúde Mental”, de 1951, Bowlby revê as provas relativas aos efeitos adversos da privação materna para o bebê e discute os meios de prevenir tais efeitos.

Neste trabalho, fizemos uma revisão sobre a evidência, então disponível, considerada de pouca importância, relativa às influências adversas, no desenvolvimento da personalidade, do cuidado materno inadequado durante a primeira infância; chamamos a atenção para o desconforto intenso das crianças pequenas, que se acham separadas daqueles que conhecem e amam e fizemos recomendações quanto à melhor forma de evitar, ou pelo menos diminuir, os efeitos maléficos a curto e a longo prazo (Bowlby, 1989, p.34)

Spitz (2000) é pioneiro ao estudar o vínculo mãe-filho e as conseqüências da carência afetiva provocada pela separação quando não existe um substituto materno que restabeleça os cuidados afetivos do bebê. Essa situação poderá gerar quadros patológicos graves, como a síndrome do hospitalismo, a depressão e até a morte. As crianças privadas parcial ou totalmente dos cuidados maternos poderão sofrer um fracasso no desenvolvimento de sua personalidade na medida em que é a mãe, nos

primeiros anos de vida, quem lhes transmitirá os cuidados essenciais para seu desenvolvimento. A criança hospitalizada passa por uma quebra dessa relação, podendo então apresentar graves deformações emocionais, físicas e intelectuais.

Em 1953, Spitz apresentou um estudo sobre o comportamento infantil, realizado em 1946, com 123 crianças de uma creche, que descrevia a "Depressão Anaclítica", cuja sintomatologia é desencadeada pela privação afetiva da figura materna. Essa síndrome é um exemplo clássico de como a privação afetiva pode comprometer o desenvolvimento do bebê, e é o quadro mais precoce e mais grave da depressão no bebê, cuja etiologia é de caráter relacional, sendo desencadeada pela ruptura da relação com o objeto maternal. O termo "anaclítico" vem do grego *anaclinein*, que significa "apoiar-se em". Esse termo foi utilizado por Freud (1914) em "Sobre o narcisismo: Uma introdução" (Spitz, 2000).

Uma condição necessária para o desenvolvimento da depressão anaclítica é que, antes da separação, a criança tenha tido boas relações com a mãe, pois foi observado que crianças com um histórico de negligências, maltratos e descuido por parte de suas mães não apresentavam essa síndrome (Spitz, 2000).

Em se tratando do curso desse quadro clínico, vale ressaltar que, se a mãe ou um substituto aceitável retornar ao bebê, a depressão desaparece rapidamente; senão, pode evoluir para um estado de marasmo cada vez mais inquietante, tanto no plano físico (com possível morte, principalmente por infecções) como psíquico (agravamento do atraso psicomotor, da apatia), deixando sequelas indeléveis. Esse quadro foi descrito por Spitz (2000) sob o nome Hospitalismo.

A Norma brasileira deixa bem estabelecida a diferença entre Método Canguru e Posição Canguru. Segundo o Ministério da Saúde (2002), Método Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido e o envolvimento da família. A Posição Canguru consiste em manter o RN ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito de um adulto. O Método Canguru é mais abrangente e ultrapassa a Posição Canguru. Muitas vezes, o bebê ainda não tem estabilidade clínica para poder ser colocado em posição canguru, mas as ações que envolvem o método já foram iniciadas através do

acolhimento à família, da construção de rede social e da atenção individualizada ao bebê.

A atuação do Método Canguru começa numa fase prévia ao nascimento de um bebê pré-termo ou de baixo-peso, com a identificação das gestantes sob risco desse acontecimento. O início da atenção adequada ao RN antecede o período do nascimento. Durante o pré-natal, é possível identificar mulheres com maior risco de recém-nascidos de baixo peso; para elas, devem ser oferecidas informações sobre cuidados médicos específicos e humanizados. Nas situações em que há risco de nascimento de crianças com baixo peso, é recomendável encaminhar a gestante para os cuidados de referência, pois é a maneira mais segura de atenção (Brasil, 2009).

Com sua aplicação dividida em três etapas, a primeira destas consiste no período após o nascimento de um recém-nascido de baixo-peso que, impossibilitado de ir para o alojamento conjunto, necessita de internação na UTI neonatal e/ou na UI (Unidades Intermediárias), quando o hospital possui uma. Esta etapa do Método está focada nos aspectos psico-afetivos que cercam o nascimento de um recém-nascido prematuro ou gravemente enfermo, envolvendo o atendimento de uma equipe multiprofissional através de intervenção interdisciplinar. Neste momento, quanto aos cuidados técnicos relativos ao atendimento do RN, inclui-se o cuidado à mãe e à família, no sentido de orientar quanto às condições de saúde da criança; estimular o livre acesso dos pais à UTI, favorecendo o contato com o RN, assim como a co-participação da mãe nos cuidados com o bebê, promovendo um processo contínuo na formação da ligação afetiva entre bebês e seus pais (Ministério da Saúde, 2002).

Ainda na primeira etapa do Método, são iniciadas as medidas para estímulo à amamentação. Deve ser enfocada a participação da mãe no estímulo à sucção e na administração do leite ordenhado, além dos adequados cuidados de higienização. Nas situações em que as condições clínicas da criança permitirem, deverá ser iniciado na UTI e UI o contato pele a pele direto, entre mãe e criança, progredindo até o começo da colocação do recém-nascido sobre o tórax da mãe ou do pai dando início à posição canguru (Ministério da Saúde, 2002).

O suporte psicológico é prontamente oferecido. Com o nascimento do bebê e havendo a necessidade de permanência na Unidade de Terapia Intensiva e/ou de Cuidados Intermediários, especial atenção é dada no sentido de estimular a entrada dos pais na unidade e estabelecer contato pele a pele com a criança, de forma gradual e

crescente, de maneira segura e agradável para ambos. Deverá ser também estimulada a participação do pai e de outros familiares na colocação da criança em posição canguru (Brasil, 2009).

Portanto, de acordo com o Manual do Método Canguru (2009), na primeira etapa do Método os seguintes cuidados especiais são indicados:

- Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal;
- Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário;
- Propiciar o contato precoce com o bebê;
- Oferecer suporte à amamentação;
- Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores do bem-estar do bebê;
- Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências;
- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos;
- Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê;
- Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor.

A segunda etapa acontece após a estabilidade clínica do bebê e, posteriormente, o período de adaptação e treinamento realizados na etapa anterior. Os critérios para elegibilidade do bebê para o Método Canguru, adotados em Bogotá, consideram que o bebê não deve apresentar qualquer patologia, deve estar ganhando peso e ser capaz de coordenar sucção e deglutição. Já a elegibilidade da mãe aponta para o compromisso e a disciplina, a motivação e a disponibilidade. Esses critérios devem estar presentes quando a equipe de saúde aborda a mãe desde o momento do parto e a acompanha com apoio, estímulo e orientação para o autocuidado, o cuidado com as mamas e a presença na UTI neonatal (Charpak et al, 1999).

Mãe e a criança, nesta etapa, estarão aptas a permanecerem em enfermaria conjunta, onde haverá o acompanhamento contínuo da mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. O enfoque desta etapa é na efetiva participação da mãe nos cuidados do bebê e no seu desenvolvimento psicoafetivo. Essa enfermaria funcionará como um “estágio” de pré-alta hospitalar da mãe e do filho.

De acordo com o Manual do Ministério da Saúde (2002) sobre o Método Canguru, existem alguns critérios de elegibilidade para a permanência nessa enfermaria da segunda etapa do Método. São eles:

- Certificar-se de que a mãe quer participar desse tipo de assistência e se tem disponibilidade de tempo, bem como um serviço social de apoio;
- Assegurar-se que a decisão seja tomada por meio de consenso entre mãe, familiares e profissionais de saúde;
- Verificar a capacidade da mãe de reconhecimento das situações de risco do recém-nascido (mudança de coloração da pele, pausas respiratórias, regurgitações e diminuição de movimentação);
- Conhecimento e habilidade da mãe para a colocação da criança em posição canguru.
- Estabilidade clínica da criança;
- Nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo);
- Peso mínimo de 1.250 g.

O Ministério da Saúde (2002) coloca que a terceira etapa do Método Canguru consiste na alta hospitalar e, para que ela ocorra, os critérios são:

- Mãe segura, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar da criança;
- Mãe psicologicamente motivada para dar continuidade ao trabalho iniciado na maternidade;
- Compromisso materno e familiar para a realização do método por 24 horas/dia;
- Garantia de retorno frequente à unidade de saúde;
- Criança com peso mínimo de 1.500 g;
- Criança com sucção exclusiva ao peito e ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta;
- Se houver necessidade de complementação da dieta, que esta não esteja sendo ministrada por sonda gástrica;
- Condição de acompanhamento ambulatorial assegurada, sendo que, na primeira semana, a frequência deverá ser de três consultas; na segunda semana, de duas consultas; e da terceira semana em diante, pelo menos uma consulta até a criança alcançar o peso de 2500g.



Esta última etapa do Método objetiva a continuidade da assistência através do acompanhamento ambulatorial, individualizado, buscando observar o desenvolvimento global do bebê, através de um programa de acompanhamento (*follow-up*). A importância da identificação precoce de fatores de risco para alterações no desenvolvimento é largamente descrita na literatura, através de protocolos e testes avaliativos específicos para o acompanhamento de bebês de risco.

Vários estudos confirmam a importância de programas interdisciplinares preventivos de *follow-up* de prematuros, especialmente no primeiro ano de vida, com o intuito de promover o desenvolvimento da criança e minimizar as possíveis sequelas à saúde do período neonatal (Brofenbrenner, 1996; Charpak, 2001; Oliveira, 2002; Nobre et al., 2004).

São atribuições do ambulatório de acompanhamento, de acordo com o Ministério da Saúde (2002):

- Realizar exame físico completo da criança, tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, ganho de peso, comprimento e perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida;
- Avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família;
- Corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apnéias;
- Orientar e acompanhar tratamentos especializados, tais como exame oftalmológico, avaliação audiométrica e fisioterapia motora;
- Orientar para a observância do esquema adequado de imunizações.

Na Maternidade Viva Vida todas essas etapas preconizadas pelo Ministério da Saúde são cumpridas. O bebê prematuro de baixo peso e com o quadro clínico instável permanece na UTI neonatal até adquirir uma maior estabilidade, ou seja, não necessitar de ventilação mecânica. Após essa aquisição, ele é encaminhado para a UI, onde recebe monitoramento constante tanto da equipe quanto de aparelhos. A principal finalidade deste setor é o ganho de peso do bebê e o estímulo da sucção. Neste primeiro momento do Método Canguru, a equipe multiprofissional da maternidade - mais especificamente o psicólogo - atua priorizando a relação estabelecida entre mãe e bebê, que geralmente é muito frágil, cercada de medos, dúvidas, ansiedade, angústia, fantasias e expectativas.

As mães geralmente estão sob o impacto das mudanças repentinas que o nascimento prematuro proporcionou. Muitas vezes tiveram que ser hospitalizadas às

pressas e o quadro clínico delas é delicado e preocupante. Na maternidade, os casos que mais levam ao nascimento prematuro é a hipertensão arterial, apesar de haver muitos que não têm explicação médica para esta ocorrência. Esta é uma fase em que as mães relatam muito mais preocupação com seus bebês do que com elas mesmas: desejam que nasçam bem.

É percebido que, após o parto, algumas mães possuem certo receio de ir até a UTI ver o filho. Geralmente referem-se ao parto como cansativo ou apontam a dor sentida, como forma de adiar esse primeiro contato com o filho. Porém, ao mesmo tempo, nos deparamos com mães extremamente ansiosas em ir até a UTI ver o filho e conversar com a equipe para saber do estado de saúde dele. Estas, de tanto desejo de estar com o filho, não querem esperar o tempo de permanecer de repouso após o parto. Nestes casos, a psicologia entra em contato com os médicos da UTI para que estejam com as mães ainda durante o tempo necessário da recuperação do parto, para lhes passarem o quadro clínico do bebê.

Na primeira ida até a UTI, a mãe é acompanhada pela psicologia. Em geral, elas estão muito sensíveis; porém, quando os bebês são muito prematuros, ou seja, quando possuem o peso menor do que 1 kg, vemos uma maior fragilidade nas mães, que apresentam choro fácil e, principalmente, grande medo do bebê não sobreviver. No entanto, na UTI da maternidade, temos muitos casos de bebês que nascem com 700 ou 800 g, que conseguem se recuperar, apesar do longo tempo de internação. Nesses casos, a maioria das mães atendidas querem participar da recuperação do filho: comparecem ao setor, questionam a equipe sobre seu filho, tocam e conversam com seu bebê.

Quando o bebê começa a respirar sem suporte ventilatório, é transferido para a UI. Nesta unidade permanece até adquirir o peso de 2 kg, aprender a sugar no seio materno (quando possível) e estar bem clinicamente para receber alta. As mães diminuem muito o medo que sentiam, pois veem o progresso do filho. É uma fase em que, em geral, estão muito ansiosas pela alta, e quase todos os dias falam do desejo de levar o bebê para casa. Ainda manifestam preocupação com ele, mas bem menor do que na UTI. Elas estão mais seguras e confiantes na recuperação do filho.

É nesta fase da UI que os médicos avaliam os bebês que serão candidatos a participarem da segunda etapa do Método Canguru. Quando eles atingem o peso de 1.500 g, estão sugando e o estado clínico é bom, os profissionais da psicologia e do serviço social iniciam o trabalho com a mãe, com a finalidade de avaliar suas condições

psicológicas e sociais de permanecer na Enfermaria Canguru com o bebê. Lidamos com mães que possuem outros filhos em casa e, por não terem com quem deixá-los, ficam impedidas de irem para a segunda etapa do Método Canguru. Poucas mães não participaram da Enfermaria Canguru por sentirem que o filho estará mais bem cuidado e seguro se permanecer na UI até a alta. Outras mães com o bebê na UI manifestam, desde o início, o desejo de ficarem com o filho na segunda etapa do Método, chegando a solicitar à equipe, todos os dias, sobre essa possibilidade. Estas são situações que nos chamam a atenção, pois suscitam questões como, por exemplo, se o fato de algumas mães não quererem ficar com o filho na Enfermaria Canguru tem relação com a ruptura do vínculo mãe-bebê provocada pela permanência deste na UTI e UI; e, além disto, se tal fato poderia provocar o não surgimento da PMP; ou ainda se as mães que desejam desde cedo ficar com seu bebê na Enfermaria Canguru conseguiram desenvolver a PMP, mesmo com o bebê separado dela na UTI e UI; surge a dúvida se o vínculo teria, então, se mantido. É intrigante se pensar sobre as consequências que o não despertar desta condição materna pode ter para o desenvolvimento da criança.

Na segunda etapa do Método as mães também são acompanhadas pela psicologia; todos os dias são acolhidas pelo psicólogo na enfermaria coletiva do Método. Entendemos por acolhimento a demonstração de interesse pela relação mãe-bebê através da observação e das indagações sobre ela. A partir daí, as mães nas quais é percebida uma demanda psíquica e emocional evidente são atendidas em uma sala com mais privacidade. As principais questões que surgem são com relação ao medo de pegar, trocar e dar banho no filho, receio e insegurança quanto a ser uma “boa mãe”, ansiedade pelo ganho de peso do filho, dificuldade em amamentar no seio, preocupação com os outros filhos e marido, saudade de casa, cansaço em permanecer 24h na maternidade e boa parte deste tempo na Enfermaria Canguru etc. Assim, é possível nos perguntarmos se a segunda etapa do Método Canguru pode ser o início de um vínculo entre mãe-bebê que estavam separados e ainda não vinculados.

A terceira etapa do Método, ou seja, o *follow-up* ocorre com bebês provenientes da UI e do Método Canguru separadamente. Estes acontecem em dias da semana diferentes, exclusivos para cada um. O *follow-up* é composto por uma equipe interdisciplinar de médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeuta e assistente social. Nos atendimentos psicológicos, as mães, em geral, falam da alegria da chegada do filho em casa. As mães que participaram da Enfermaria Canguru, em sua maioria,

não se referem à dificuldade quanto aos cuidados do filho, pois sempre dizem da segurança adquirida enquanto estavam na Enfermaria do Método. Algumas mães, cujos bebês recebem alta sem passar pela Enfermaria, falam sobre o receio de dar banho ou acontecer algo com o filho nos primeiros dias em casa. Geralmente, essas mães contam com a ajuda de suas próprias mães, pois assim se sentem mais seguras.

É percebido nas mães do *follow-up* o incômodo sentido ao ver o filho chorando; elas relatam que não os deixam chorar, pelo que já enfrentaram na UTI. Quanto à amamentação, grande parte das mães continuam a dar o seio; poucas acabam não conseguindo ou desanimando após a alta do hospital.

Atualmente, depois de pouco mais de um ano de *follow-up*, alguns bebês apresentam atraso no desenvolvimento motor, cognitivo e da linguagem. São bebês que foram muito prematuros, ou seja, com muito baixo peso e/ou tiveram intercorrências médicas como paradas cardio-respiratória na UTI e/ou UI que, conseqüentemente, lesaram áreas cerebrais. Perguntamos: será possível associar em parte esses atrasos no desenvolvimento com a ruptura no vínculo mãe-bebê, para além do comprometimento orgânico, durante os meses iniciais da vida deste? Seria este o atraso que pode ocorrer no estabelecimento da PMP e da dependência absoluta de Winnicott, quando algo errado acontece? Será que a ida do bebê para casa aos três, quatro meses, por exemplo, retardaria a ocorrência da dependência absoluta entre mãe-bebê ou, se esta não ocorre, a mãe teria estimulado menos seu bebê gerando então outros atrasos nas aquisições de seu desenvolvimento?

Em todas as etapas do Método, a presença e participação do pai é grande, na maioria dos casos. Visitam com frequência os filhos e dão suporte às companheiras. Muitas mães que não contam com a ajuda do pai de seu bebê possuem as suas mães, irmãs, vizinhas, enfim, alguém que lhes fornece apoio.

Há evidências científicas de que a estratégia de humanização adotada pelo Ministério da Saúde por meio do Método Canguru é uma alternativa segura e desejável para o tratamento do recém-nascido de baixo peso. Atualmente, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde está empenhada em fortalecer e expandir o Método no Brasil. A partir deste esforço conjunto, será possível concretizar a expansão e o fortalecimento do Método, importante estratégia para a humanização do atendimento ao binômio mãe-bebê e para a promoção do aleitamento

materno no Brasil, contribuindo para a melhoria da assistência à saúde e da qualidade de vida das crianças brasileiras (Brasil, 2002).

Destaca-se a primeira avaliação sobre o Método Canguru feita pelo Ministério da Saúde que ocorreu em abril de 2002, por meio de questionário enviado para 240 maternidades com equipes capacitadas no Método, com o objetivo de conhecer como ele estava sendo implantado no país. Destas, 84 responderam que estavam adotando o Método e 36 foram visitadas por técnicos da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Entre as maternidades visitadas, observou-se que 12 implantaram o Método de acordo com a norma e 15 tinham implantado apenas uma ou duas etapas. Considerando as dificuldades de mudança de paradigma ao atendimento do recém-nascido de risco, estes resultados foram considerados positivos, apontando uma disponibilidade dos profissionais de saúde para a adesão ao Método. Ficou evidente, também, a necessidade de educação continuada para esses profissionais (Brasil, 2002).

Em 2005, foi realizado estudo qualitativo visando à avaliação da implantação da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru, no Brasil, promovido pelo Ministério da Saúde e conduzido pela Universidade Federal de Minas Gerais. Os resultados apontaram as seguintes dificuldades para a implantação do Método: falta de vontade política, resistência de adesão dos profissionais que não foram capacitados e falta de espaço físico nos hospitais. As mães entrevistadas colocaram sua satisfação em relação ao Método por propiciar maior aproximação com o filho e o rápido desenvolvimento do recém-nascido. As principais limitações relatadas pelas mães se referem à falta de atividades durante a internação e dificuldades de relacionamento com a equipe responsável pelo Método. Os profissionais destacaram a importância do Método para a humanização do atendimento ao recém-nascido e a importância da participação da família nos seus cuidados, recomendando a difusão e expansão do Método (Rodrigues, 2005).

Outro estudo sobre o Método Canguru teve como finalidade fazer o histórico da experiência de implantação do Método Canguru e seu impacto quanto à morbidade e mortalidade nos recém-nascidos de baixo peso. Entre as conclusões, os autores apontaram haver indicação de que o método reduz a morbidade, os custos e o tempo de internação hospitalar, além de humanizar a assistência e favorecer o aleitamento materno. Mostraram a necessidade de mais outros estudos controlados sobre a efetividade e vantagens do Método em relação ao cuidado tecnológico tradicional dos

berçários. (Cardoso et al., 2006).

Um estudo desenvolvido por Eutelério et al. (2008) em Fortaleza objetivou conhecer os sentimentos das mães que vivenciam o Método Canguru durante a internação na enfermaria mãe-canguru e contribuir com a equipe de Enfermagem com vistas à melhor percepção das adversidades que elas enfrentam nessa enfermaria. A partir de entrevistas semi-dirigidas emergiram as temáticas: oportunidade de conhecimento para cuidar do filho; insegurança em manusear o bebê; estrutura física e acolhimento às mães. Conforme se verificou, as mães consideraram que o Método Canguru representa uma oportunidade de aprendizagem quanto aos cuidados a seu filho e a conscientização acerca do seu papel na recuperação deste. São imprescindíveis mudanças no olhar e na postura da equipe de saúde, pois essas mães devem ser orientadas com vistas a atuarem como co-partícipes no cuidado à criança, além da percepção destas de que o vínculo afetivo é relevante e proporciona a recuperação do bebê.

Uma pesquisa realizada por Katakura et al. (2008) teve como objetivo identificar as percepções das mães que passaram pelo Método e a influência deste na formação dos laços afetivos e de vínculo entre a mãe e seu bebê. Como conclusão, percebeu-se que o nascimento do bebê pré-termo leva a mãe a experimentar sentimentos como medo, culpa e insegurança. A participação no Método Canguru permitiu às mães vivenciarem sentimentos como confiança e competência, aumento da autoestima e fortalecimento do apego. Como fatores facilitadores do método canguru, identificou-se a flexibilização do método, com apoio da equipe e da família. As principais dificuldades levantadas foram tempo de internação prolongado, distância da família e a fragilidade física do recém-nascido. Os benefícios trazidos pelo método foram diminuição do tempo de internação, fortalecimento do vínculo mãe-filho, melhor ganho de peso e capacitação materna para os cuidados com seu filho após a alta.

O trabalho de Javorski (1997) leva a refletir sobre as questões e necessidades da mãe-mulher-nutriz e de sua família no Método Canguru. Essa autora realizou um estudo em Recife (PE) sobre as dificuldades e conflitos das representações maternas acerca do aleitamento. Os períodos de internação variaram e a pesquisadora encontrou mães com 72 dias de internação na unidade canguru, e estas apresentavam preocupações com a família e o marido. Assim, sob a perspectiva da integralidade da assistência, recomenda que é preciso ter sensibilidade para perceber que o tempo de internação materna pode ser prolongado e que a mulher não é um ser isolado de seu contexto social dentro do Método

Canguru. Esta requer não só atenção nos aspectos técnicos da assistência, mas também abordagens que contemplem as particularidades de cada sujeito, principalmente no que diz respeito às questões pessoais e sociais da mulher. Deve haver a flexibilidade do Método e seus princípios e objetivos não devem ser como "camisa de força", que restringem a individualidade, a subjetividade, a criatividade e a tomada de decisão, de modo a atender às necessidades não só do bebê, mas também da família.

A pesquisa de Moreira, et al. (2009) teve como objetivo investigar os efeitos do Método Canguru na relação entre mãe e bebê prematuro. Os resultados apontaram a complexidade da maternidade no âmbito das questões da prematuridade, atravessada pela vivência de trauma, pelo medo de perder o bebê, pela visão da fragilidade da criança. Nesse contexto, o Programa Mãe-Canguru possibilita efetivamente a conexão entre mãe e bebê prematuro, colaborando para a vinculação da díade. Concluiu-se ainda que a mãe, os familiares e a equipe podem constituir um ambiente facilitador, a partir do momento em que assumam uma postura ativa na mediação da relação do prematuro com o mundo.

Visto que o Método Canguru proporciona uma maior proximidade entre o bebê prematuro e sua mãe, propõe-se como objetivo estudar a constituição dessa relação, ou seja, como se dão os momentos de encontro da dupla, e avaliar de que modo o Método contribui para que um “encaixe” mais harmônico ocorra. Winnicott foi a referência teórica para uma maior compreensão da relação mãe-bebê. A escolha deste autor se deu pelo fato de ter destacado a importância dos momentos iniciais da vida, da relação mãe-bebê para o desenvolvimento saudável do indivíduo.

### **2.3. Preocupação Materna Primária: um conceito da teoria de Winnicott**

Winnicott formulou uma teoria do amadurecimento pessoal normal, considerada fundamental em seu trabalho teórico e clínico. A ênfase dessa teoria recai sobre os estágios iniciais, pois é nesse período que estão sendo constituídas as bases da personalidade e da saúde psíquica. Iluminando o que se passa na peculiar relação bebê-mãe, Winnicott descreve as necessidades humanas fundamentais – que, desde as etapas mais primitivas, permanecem ao longo da vida até a morte do indivíduo. Além delas, há as condições ambientais que favorecem a constituição paulatina da identidade unitária - que todo bebê deve poder alcançar -, incluída a capacidade de relacionar-se com o

mundo e com os objetos externos, e de estabelecer relacionamentos interpessoais (Dias, 2003).

Segundo Winnicott, (1988) a existência psicossomática é uma realização e, embora sua base seja uma tendência hereditária de desenvolvimento, ela não pode tornar-se um fato sem a presença e participação ativa de um ser humano que sustente o bebê e cuide dele. Esse suporte básico vai promover a integração das características próprias de cada criança, diferenciando cada bebê de outro, a partir do apoio encontrado no ego materno que age como facilitador da organização do próprio ego do bebê. Assim, ele passa a existir segundo e para ele mesmo, seguindo na direção de vir a se tornar uma unidade.

O psique-soma inicial prossegue ao longo de uma certa linha de desenvolvimento, contanto que sua continuidade de existência não seja perturbada; em outras palavras, para que haja desenvolvimento saudável do psique-soma inicial, é necessário um ambiente suficientemente bom. Inicialmente, a necessidade é absoluta. Para Winnicott, o traumático é o que interrompe o desenvolvimento que, por sua vez, é a tendência inata fundamental que leva o ser humano desde sua criação até sua morte, em um projeto de amadurecimento pessoal (Winnicott, 1954).

Para o autor, um bebê não pode existir sozinho, mas é parte de uma relação. Sempre que encontramos um bebê, encontramos a maternagem, pois “um bebê não pode ser pensado sem a presença de alguém que lhe exerça a função de mãe e sem um ambiente, por esta última criado, onde possa evoluir e desenvolver seu potencial de crescimento e amadurecimento” (Coutinho, 1997, p. 98).

Ao longo de toda a sua obra, percebe-se que Winnicott preocupou-se em afirmar que não pretendia instruir as mães sobre o que têm que fazer com seus bebês, pois acredita na capacidade que toda mãe tem para cuidar bem de seu filho, ressaltando que esta faz seu trabalho simplesmente sendo devotada (mãe devotada comum). A palavra devoção significa uma adaptação sensível e ativa às necessidades de sua criança; necessidades que, no início, são absolutas (Winnicott, 1952).

Winnicott não salientava somente a importância da mãe nesse estágio. Para que a mãe possa exercer sua função, o pai (e também a família) deve dar suporte e aconchego a esta, de modo que ela não tenha qualquer preocupação e possa dedicar-se exclusivamente a seu bebê (Winnicott, 1985). Atribuiu ao pai e à família a função de proporcionar à mãe a segurança necessária à realização da acolhida segura e tranquila do



recém-nascido. A mãe é capaz de atender às necessidades da criança caso se sinta amada em sua relação com o pai da criança e com a própria família (Winnicott, 2001).

Outro grande papel que Winnicott destaca ao pai é que sua presença serve para poder confirmar a lei e a ordem implantadas pela mãe. Faz-se necessário, assim, uma presença no mínimo frequente para que a criança possa ter o registro de que este pai existe. O autor salienta que “toda mulher tem de estar apta a falar e agir com autoridade, mas se tiver de ser tudo na casa e tiver de fornecer todo o elemento de fortaleza ou rigor na vida dos filhos, a par do amor, suportará sobre seus ombros um fardo deveras pesado” (Winnicott, 1985, p. 129).

Uma falha do pai como objeto disponível à identificação obstaculiza a entrada do filho em um Complexo de Édipo completo, gerando uma dificuldade em lidar com as angústias e suas consequências na constituição da masculinidade do menino. As identificações originais são protótipos para o futuro e, então no caso do menino, as formas de relação com outros homens estão intimamente ligadas à forma como estabeleceu este mesmo processo com o pai e que no presente se ritualiza. O pai ausente físico e emocionalmente irá submeter o filho a uma mãe poderosa e invasiva, principalmente quanto à identidade do filho.

Apesar da tradição freudiana, Winnicott parece ir mais longe, conduzindo-nos a pensar que muitas pessoas podem não chegar ao desenvolvimento emocional referente ao Complexo de Édipo – momento este no qual pode acontecer o recalque – fazendo-nos rever o sentido do pai e das falhas ambientais no desenvolvimento inicial dos pacientes, bem como a possibilidade de não se alcançar um status de pessoa total.

Para Winnicott (1956), é fundamental que o pai seja verdadeiramente importante para a mãe, num sentido dramático e existencial, permitindo o estabelecimento de uma relação mãe-filho saudável. Deste modo, o bebê poderá integrar-se com auxílio da presença paterna. Neste último caso, o pai não “duplica” o cuidador materno, mas aparece como elemento inscrito num processo de diferenciação da alteridade. Diferentemente do que vemos em alguns casos de psicose, onde a mãe – e não apenas o bebê – mantém um vínculo fusional com o filho, o pai desempenharia importante função auxiliar no processo de desenvolvimento saudável do bebê.

Winnicott chama a atenção para uma questão que considera básica na figura paterna para a criança: “Uma das coisas que o pai faz pelos filhos é estar vivo durante os primeiros anos das crianças” (Winnicott, 1960, p.131). A criança necessita do pai para

perceber suas qualidades positivas e também aquelas que o distinguem de outros homens; isto enriquece o mundo do filho, pois a partir daí consegue formular ideais. Este pressuposto entende a identidade de gênero como uma certeza do sujeito sobre o seu próprio eu e sobre qual o papel deverá desempenhar, sendo diretamente influenciado pelas práticas parentais incididas pela sociedade.

Num contexto mais amplo, Winnicott (1960) referiu-se a pai para além da questão da provisão de cuidados práticos em família. Contemplou a importância da existência de um terceiro a se aproximar e interferir na peculiar relação da dupla mãe e bebê, destacando sua contribuição direta na teoria do desenvolvimento do self do bebê. O pai, enquanto terceiro, pode alcançar, ou não, êxito na tarefa de apresentar-se como diferente, de acordo com sua maturidade emocional e, sem dúvida, de acordo com a maturidade emocional e com a história da mãe.

Enfim, em relação à função do pai, é preciso reconhecer a importância trazida pela psicanálise, e em destaque por Winnicott, quando este ressalta “o terceiro de papel diferenciado” a ser bem utilizado como diagrama para integração do bebê. Este outro/unidade total, que nos tempos de Winnicott era geralmente o pai, caso não esteja presente, acarreta ao bebê uma árdua tarefa rumo à integração. Mas, como fala o próprio Winnicott em 1960, uma outra alternativa dada à ausência do pai é a utilização, em busca da totalidade pessoal, de “algum outro relacionamento que seja bastante estável com uma pessoa total” (Winnicott, 1960, p. 188) – fazendo-nos muito sentido hoje, quando transpomos sua premissa aos modos de organização familiar contemporâneos.

No estudo de bebês a palavra-chave é dependência. Os bebês só começam a ser sob certas condições. No início, como a dependência é absoluta, eles precisam de uma mãe que esteja tão identificada com eles, que seja capaz de atender prontamente às suas necessidades. Os bebês vêm a ser de modos diferentes, conforme as condições sejam favoráveis ou desfavoráveis. Com o cuidado recebido da mãe, a continuidade da linha da vida do bebê se mantém e ele experiencia uma “continuidade do ser” (Winnicott, 1960). O processo de amamentação, os espaços de tempo entre as mamadas, o tempo entre uma forma de segurar e outra vão “construindo um registro de continuidade de um ser que é mantido, respeitado, não invadido. Não ser invadido significa ser compreendido a partir do que poderíamos chamar de ‘visão de mundo do bebê’, o que é possível pela adaptação ativa do meio materno” (Guimarães, 2001 p.29).

O fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida. Por outro lado, sem a propiciação de um ambiente inicial suficientemente bom, esse eu nunca se desenvolve. O sentimento de realidade encontra-se ausente, e o sentimento final será o de inutilidade. As dificuldades inerentes à vida não poderão ser alcançadas, e menos ainda o serão as satisfações (Winnicott, 1956).

Aqui o 'ego' equivale a um somatório de experiências. O eu individual tem como início um somatório de experiências tranquilas, motilidade espontâneas e sensações, retornos de atividades à quietude, e o estabelecimento da capacidade de esperar que haja recuperação depois das aniquilações; aniquilações resultantes das reações contra as intrusões do ambiente. Por esta razão, é necessário que o indivíduo tenha o seu início nesse ambiente especializado ao qual me referi como preocupação materna primária (Winnicott, 1956, p. 403).

O bebê é uma “organização em marcha”, cujo ímpeto para a vida, para o crescimento e desenvolvimento é uma parcela do próprio bebê, algo que é inato na criança e que o impele para frente (Winnicott, 1986). Tal desenvolvimento, porém, depende de um ambiente de facilitação, cuja característica é a adaptação às necessidades cambiantes que se originam dos processos de maturação. Daí a importância dos sentimentos da mãe durante a gestação, parto e puerpério, e do desenvolvimento da Preocupação Materna Primária<sup>2</sup>.

Para Winnicott a primeira de todas as fases é o estado especial da mãe que denominou Preocupação Materna Primária. Ele mesmo afirma que, na literatura até então existente, não foi dada atenção a essa condição psicológica da mãe. “Gostaria muito de encontrar um bom nome para essa condição, e propor que ele seja adotado como algo a ser levado em consideração toda vez que fosse feita referência à fase inicial da vida do bebê” (Winnicott, 1956, p. 401).

Esse estado seria um estilo inconsciente de ser e mover-se da mulher, que se desenvolve gradualmente e não é lembrado pelas mulheres quando elas se recuperam e, em outras circunstâncias, poderia ser visto como um distúrbio psicótico (Winnicott, 1956).

---

<sup>2</sup> A sigla PMP será utilizada no transcorrer do texto referindo-se à Preocupação Materna Primária.

A PMP se caracteriza como um estado de verdadeira fusão emocional com seu bebê, em que ela é o bebê e o bebê é ela: “Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães o recordam depois que o ultrapassaram. Eu daria um passo a mais e diria que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida” (Winnicott, 1956, p. 401).

De acordo com o desenvolvimento do bebê, o estado de adaptação ativa, (Winnicott, 1965) parte inicial e integrante do estado de PMP, tão necessária nesse primeiro momento, sofrerá naturalmente uma diminuição. A forte identificação da mãe com seu bebê, oriunda do período de PMP, permanecerá, no entanto, sensibilizando a mãe para as necessidades físicas e psicológicas do seu bebê.

A mulher se volta inicialmente às necessidades corporais do recém-nascido que, gradualmente, transformam-se em necessidades psicológicas. A mulher que se encontra neste estado de PMP consegue colocar-se no lugar do bebê, desenvolvendo uma identificação gradativa extremamente sofisticada a ponto de saber como ele se sente e o que precisa em cada momento. Essa adaptação às necessidades da criança não seria uma apreciação intelectual sobre o que está acontecendo e sim uma identificação natural, que confere a ela uma capacidade especial de fazer a coisa certa por saber como o bebê pode estar se sentindo (Winnicott, 1965).

Winnicott acrescenta que esses cuidados dispensados ao bebê não se limitam a um ato mecânico para suprir suas necessidades fisiológicas, mas implicam também uma empatia materna extremamente sensível que levaria em conta a sensibilidade cutânea do bebê, como o tato e temperatura, além da sensibilidade auditiva e visual. Isso incluiria a rotina completa do cuidado dia e noite, que se diferencia para cada criança, com uma observação das mudanças instantâneas do dia-a-dia que fazem parte do crescimento e desenvolvimento físico e psicológico do bebê (Fleury, 2009, p. 24).

Nesse processo de desenvolvimento da PMP, a mulher muda a orientação sobre si mesma e sobre o mundo. A mãe vai transferindo, deste modo, algo do interesse em si própria para o bebê que está crescendo em seu ventre. Essa percepção permite à mulher interpretar as necessidades desse filho e saber o que ele necessita, como ser segurado no colo, deitado e levantado, como ser acariciado e alimentado de um modo sensato, atos que envolvem mais do que a satisfação de um instinto. Haveria também um prazer em prover essas necessidades ao bebê (Fleury, 2009).

As mulheres nessa condição desenvolvem uma capacidade para abdicar de suas questões pessoais em favor da criança e, aos poucos, elas vão recuperando seus interesses próprios, voltando gradualmente à sua condição normal e diminuindo com isso sua disponibilidade ao filho (Winnicott, 1968).

Winnicott refere-se à PMP como se fosse uma “quase doença” da mãe (poderia ser uma doença caso não houvesse gravidez). Esta organização poderia ser comparada a um estado de dissociação ou mesmo a uma perturbação do tipo esquizóide, em que um aspecto da personalidade assume o controle temporariamente. Entretanto, o autor coloca que a mãe precisa ser saudável para entrar nesse estado e recuperar-se dele. Essa identificação é crucial nesse início do estabelecimento das relações objetais (Gomes, 2000).

Algumas mulheres, apesar de serem boas mães em outros aspectos, não seriam capazes de desenvolver esta sensibilidade a ponto de excluir outros interesses. Esta situação ocorre devido ao temor das mudanças que envolvem a condição da PMP, o que pode fazer com que elas se prendam à suas carreiras profissionais, como uma fuga por não conseguir se entregar por completo, ou nem mesmo temporariamente, a esse envolvimento total da preocupação materna (Winnicott, 1968).

Muitas mulheres não conseguem contrair essa “doença normal”, percebida como uma “fuga para a saúde”. Há mães que não conseguem adaptar-se às necessidades do bebê, talvez por terem uma forte identificação masculina ou por terem preocupações alternativas muito grandes que não abandonam prontamente. Em um outro extremo, há a mãe que se preocupa excessivamente com seu filho. O bebê se torna sua preocupação patológica. A mãe patologicamente preocupada continua identificada com seu bebê por tempo demais. Winnicott (1956) observa que mães mentalmente doentes (esquizóides, depressivas, por exemplo) têm mais probabilidade de serem classificadas nesta última categoria.

O que acontece com essas mães que não entraram em estado de PMP é que tentam, mais tarde, compensar o que ficou perdido, através do comportamento superprotetor. Elas terão que passar por um período de adaptação às crescentes necessidades da criança na tentativa de corrigir as distorções do início: “Em vez de terem naturalmente os bons resultados da preocupação temporária inicial, elas (...) têm que passar por um período prolongado dedicado a adaptar-se às necessidades, ou seja, mimar a criança. Em vez de serem mães, fazem terapia” (Winnicott, 1956, p. 402).

A mãe que atinge o estado de PMP, que para Winnicott está relacionado à devoção e independe de jeito ou nível intelectual, é capaz de fornecer ao bebê a ilusão de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar. Esse estado da mãe, que a torna orientada para a tarefa de cuidar de seu filho, estabelecerá a base da saúde mental do bebê (Winnicott, 1986).

Portanto, é somente no estado de PMP que a mãe é capaz de fornecer um ambiente para que a constituição da criança comece a se manifestar e suas tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se. Abram (1996), profunda conhecedora da obra de Winnicott, ressalta a importância desse estado para a vida do bebê. A autora comenta que a saúde emocional e física do bebê depende da capacidade da mãe de entrar e sair deste estado especial. O bebê saudável alcança um senso de *self* e um senso de “continuidade do ser”, somente neste *setting* apropriado de preocupação materna primária. A mãe, nesse estado, é “boa o bastante” e capaz de oferecer um meio ambiente facilitador no qual o bebê seja capaz de ser e crescer.

A mãe que desenvolve esse estado ao qual chamei de preocupação materna primária fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida (Winnicott, 1956, p. 403).

O reconhecimento de uma dependência absoluta da mãe depende de sua capacidade para a preocupação materna primária, ou seja, é algo pertencente a uma sofisticação extrema, e a um estágio nem sempre alcançável nem mesmo por adultos (Winnicott, 1956, p. 403).

De acordo com Vidal (2006), o humor materno regula a possibilidade da mãe ingressar ou não ingressar no estado de Preocupação Materna Primária e será o destino entre estas duas possibilidades que possibilitará ao bebê uma visão ou uma mutilação da visão de si mesmo. Esta função especular implica no fato de que o bebê não pode “ver a si próprio” como separado de sua mãe no período de dependência absoluta.

Tal ilusão de ser um só com a mãe, após terem se estabelecido sentimentos de confiança e constância na função materna, aos poucos e de modo gradual se desfaz, sendo possível ao bebê “aceitar” as falhas maternas e se utilizar de sua atividade mental para elaborar de forma imaginativa sua experiência corporal. Se a

ilusão de fusão inicial não se estabelece, por dificuldades relativas ao ingresso no estado de preocupação materna primária relacionadas ao afeto depressivo, há uma experiência que não é da ordem da frustração mas da intrusão. A mãe deprimida é aquela que não consegue ingressar no estado de Preocupação Materna Primária, trazendo para o bebê a percepção da separação justamente no período em que o mesmo necessita da experiência de fusão. Dito de outra forma, o bebê é representado subjetivamente pela mãe como ocupando um lugar onde “deve dar conta” de seu “ser” sem “sê-lo” ainda, já que a continuidade de ser do bebê é garantida pela mãe e pelo ingresso da mesma no estado de Preocupação Materna Primária (Loparic, 1995).

O caminho proposto pela ortodoxia freudiana, que é apresentado no artigo sobre narcisismo, nos permite conhecer a importância do ambiente para o desenvolvimento do bebê, em detrimento da função da fantasia. Se supormos a função especular pertinente ao ingresso materno no estado de Preocupação Materna Primária como “uma nova ação psíquica” e, portanto, representando o auxílio do ego materno que é necessário para que o ego do bebê se desenvolva, podemos nos aproximar da abordagem do humor materno enquanto objeto de transmissão psíquica na interação mãe-bebê (Vidal, 2006).

Existem duas características referidas ao ingresso no estado de Preocupação Materna Primária que encontram-se ligadas à experiência do humor no puerpério: a identificação consciente e inconsciente que a mãe realiza com seu bebê e o estado de regressão definido como uma “quase doença” (Vidal, 2006).

Tanto a identificação com o bebê como a regressão constituem a possibilidade da existência da presença humana para o bebê ou, como diz Safra (1998, citado por Vidal 2006), da presença humana estar para onde o gesto do bebê se dirige. A condição de uma existência humana para o bebê, ou seja, para o bebê ingressar como humano no mundo é a que ele crie o que já existe (o paradoxo da ilusão), e para existir tal criação é preciso que, através da identificação e da regressão, a mãe “se localize” em relação à ação deste gesto.

Assim, identificação e regressão constituem um estado de preocupação que seja relacionado à força do ego materno de integrar as experiências agressivas e, conseqüentemente, integrar a depressão da mãe, e possibilitam seu ingresso no

estado de preocupação com o bebê. Logo, a mãe que teria “saúde psíquica para deprimir” seria aquela capaz de se preocupar com o bebê. A capacidade de deprimir estaria ligada à possibilidade de fornecer ao bebê justamente o apoio egóico característico do ingresso no estado de Preocupação Materna Primária. Abraham chama a atenção para o fato de Winnicott não ter feito esta relação (Vidal, 2006).

Será a partir da integração, ou não integração, da vivência depressiva que o estado de humor materno no puerpério determinará a experiência de identificação com o bebê ou será agente da falha ambiental, ou seja, da intrusão e conseqüente mutilação para o processo de estabelecimento do self. Winnicott (1963) propõe que a vivência de estados depressivos se relaciona aos processos de maturação que possibilitam a descoberta de uma identidade pessoal. Neste sentido, poderíamos conjecturar que os mesmos se relacionam ao estabelecimento da identidade parental (Vidal, 2006).

Assim, é possível perceber que o humor materno no puerpério e a possibilidade de integração ou não integração da vivência depressiva, enquanto determinante para o entendimento dos processos de transmissão psíquica, são característicos ao estabelecimento do self do bebê.

Para que o potencial hereditário venha a ter uma oportunidade de atualizar-se, no sentido de que venha a manifestar-se no indivíduo, é necessário que as condições ambientais sejam adequadas, que haja uma “maternagem suficientemente boa” (Winnicott, 1997). Assim, nos primeiros meses da vida do bebê, a “mãe suficientemente boa” tem três funções, assim sintetizadas por Winnicott: *holding* (sustentação), *handling* (manejo) e a *apresentação dos objetos* (Winnicott, 1985; Valler, 1990; Coutinho, 1997).

Quanto à conduta emocional da mãe ao cuidar de seu filho, na qual não somente administra cuidados físicos como também lhe dá suporte e afeto, Winnicott (1986) denominou de *holding*. É através do *holding* que o bebê terá a experiência de continuidade do ser. Todo o suporte necessário contido no *holding* está estreitamente conjugado com o manejo ou *handling*.

Winnicott destaca o *holding* que se caracteriza pela maneira como o bebê é sustentado no colo por sua mãe, sendo ao mesmo tempo uma experiência física e uma vivência simbólica, que significa a firmeza com que é amado e desejado como filho. No início do desenvolvimento, o cuidado com o bebê se dá em torno do termo “segurar”. O



“segurar” o bebê – pegando-o no colo com firmeza, impedindo que caia, acalentando-o, aquecendo-o, amamentando-o etc. – pode resultar em circunstâncias satisfatórias e acelerar o processo de maturação. Com a repetição desses cuidados, a mãe ajuda o bebê a assentar os fundamentos de sua capacidade de sentir-se real (Winnicott, 1988).

Durante o processo de integração, a mãe, ao cuidar da criança, estará oferecendo o *holding* e o *handling*, num ambiente confiável, seguro e, portanto, sensivelmente equilibrado, de forma que a criança, ao ter a sensação de segurança e confiabilidade, possa vir a se integrar gradativamente, ligando a psique com o soma. A psique encontrará, aos poucos, a sua morada no corpo (Winnicott, 1986).

Este ser em desenvolvimento precisa de um “meio ambiente maternante”, capaz de dar o *holding* e o *handling* que o bebê necessita, para que possa alcançar um desenvolvimento saudável. Porém, nem sempre é possível um desenvolvimento infantil sustentado, com uma mãe capaz de dar o *holding* e *handling* que a criança necessita: “Uma boa proporção de mães e pais, em virtude de doenças sociais, familiares e pessoais, não consegue fornecer à criança condições suficientemente boas a época de seu nascimento” (Winnicott, 2001, p. 4).

Durante o desenvolvimento, o bebê é capaz de suportar adversidades e tensões, contanto que ele possa confiar no meio ambiente maternante. Porém, se o meio ambiente primário se apresentar como inóspito, provocando “tensão” e/ou inconstância afetiva, a sensação de segurança e continuidade de ser deixa de existir, e surge, então, uma tendência natural de sobrevivência, de buscar defesa fazendo uso do falso self, a fim de poder lidar com este meio ambiente e se adequar a ele (Winnicott, 1986).

Um *holding* deficiente – mudanças repetidas de técnicas de maternagem, falta de apoio para a cabeça, ruídos altos etc. – provoca sensação de despedaçamento, de estar caindo num poço sem fundo e de desconfiança na realidade externa (Winnicott, 2001).

O *handling*, “a experiência de entrar em contato com as diversas partes do corpo através das mãos cuidadosas da mãe” (Coutinho, 1997, p.101), facilita a formação de uma parceria psicossomática (Winnicott, 2001). É a maneira como o bebê é tratado, cuidado, manipulado. Winnicott observou, em seu trabalho com crianças fisicamente doentes, que às vezes podem surgir problemas psicológicos devido à falta de contato com o corpo. Assim, a criança tem dificuldades em aceitar suas limitações físicas como reais. Ele tomou esta atitude da mãe como fator desencadeante deste estado de coisas na medida em que não pôde aceitar e amar o bebê da maneira como ele começou:

As distorções do ego originam-se de distorções da atitude daqueles que cuidam da criança. Uma mãe com um bebê constantemente apresenta e reapresenta o corpo e a psique do bebê um ao outro, e observa-se prontamente que esta tarefa fácil porém importante torna-se difícil se o bebê tem uma anormalidade que faz a mãe sentir-se culpada, envergonhada, assustada, excitada ou desesperançosa. Em tais circunstâncias ela pode fazer o melhor que possa, e não mais (Winnicott citado por Davis e Wallbridge, 1982, p. 117).

Na *apresentação dos objetos*, “a mãe começa a mostrar-se substituível e a propiciar ao seu bebê o encontro e a criação de novos objetos que serão mais adequados ao seu atual estado de desenvolvimento” (Coutinho, 1997, p.103). Esta fase, também chamada de *realização* (por tornar real o impulso criativo da criança), inclui não só o início das relações interpessoais, mas também a introdução de todo o mundo da realidade compartilhada para o bebê (Winnicott, 2001).

Essas três funções da “mãe suficientemente boa” facilitam o desdobramento do processo de maturação, que abrange três tarefas principais: a integração (propiciada pelo *holding*), a personalização (propiciada pelo *handling*) e a relação objetal (propiciada pela *apresentação dos objetos*) (Winnicott, 1997).

É com o bom *holding* que o bebê é capaz de desenvolver a capacidade de integrar suas experiências e de desenvolver o senso de “EU SOU” (Abram, 1997). A integração é facilitada pelo *holding* na fase de dependência absoluta. Como mãe e bebê estão fundidos neste período, não há relações objetais ainda, mas somente suporte de ego da mãe para o bebê. Por outro lado, há a desintegração, uma defesa organizada contra a falha ambiental maciça. Aqui há a “sensação de enlouquecimento” ao passo que a integração produz um “sentimento de sanidade” (Winnicott, 1990). Na ausência do suporte do ego materno neste início de dependência absoluta, é impossível para o bebê controlar as angústias provocadas por essas ausências. Essas angústias (nomeadas por Winnicott de “angústias impensáveis”) são muito precoces e surgem de modo incompreensível para o bebê, deixando marcas ao longo de sua vida. A partir dos períodos de integração do ego, começa a haver uma diferenciação entre a psique e o soma e o bebê passa a ter o sentimento de habitar o próprio corpo (Winnicott, 1990).

Winnicott utilizou a palavra personalização para descrever essa “trama psicossomática”, ou a psique residindo no soma (Davis e Wallbridge, 1982). À medida que o bebê se desenvolve, vai adquirindo um novo status – o de “ser uma pessoa”. A experiência instintiva e a repetida e silenciosa experiência de estar sendo cuidado

fisicamente contribuem para este processo (Winnicott, 1956). A personalização satisfatória vincula-se a um bom *handling* (manejo). O bebê, ao ser manuseado, acolhido e cuidado pela mãe vai vivenciando a experiência de morar dentro de seu corpo. Essas vivências e experiências vão dando ao bebê uma continuidade e suas sensações vão sendo imprimidas na consciência, na psique do bebê. Ao mesmo tempo começa a se estabelecer um interior e um exterior, sendo a pele a membrana de fronteira. Pode se falar agora que o bebê possui uma realidade interna e um esquema corporal (Winnicott, 1990).

No estado de dependência, o bebê encontra-se totalmente dependente dos cuidados maternos. Nesta fase, está em fusão com a mãe, e quanto mais esta compreende as necessidades do filho, melhor este se desenvolve. O bebê não consegue diferenciar o que é bem ou mal feito, mas está apenas em posição de obter proveito ou sofrer perturbações. Esta fase corresponde aos cinco primeiros meses (Dias, 2003).

Estando num estado inicial de dependência absoluta, não integrado, o bebê dependerá totalmente do meio ambiente representado pela mãe, já que ao nascer ele é formado por um conjunto não organizado de instintos e pulsões, que necessitará da mãe para realizar seu processo de integração. A mãe propiciará o meio ambiente facilitador para a integração dos fragmentos de realidade apresentados por ela, condizentes com o desenvolvimento e, portanto, capacitando o bebê de poder lidar com eles. Para isto será necessária a forma como a mãe vivencia a sua identificação com a realidade do bebê, e como esses fragmentos serão apresentados para o bebê na relação com ela, para que este processo de integração possa ocorrer satisfatoriamente (Winnicott, 1975).

Com o tempo, e na medida da capacidade maturacional crescente do bebê, a mãe suficientemente boa torna a adaptação cada vez menos absoluta e, deste modo, permite que ele, de modo gradual, caminhe na direção da dependência relativa e, depois, rumo à independência. Se a mãe é saudável, a desadaptação acontece de forma natural, por coincidir com um momento em que ela já está cansada das exigências que a adaptação absoluta requer. Esta passagem é essencial para o amadurecimento do bebê; caso a mãe não seja capaz de abdicar da adaptação absoluta, isto pode gerar sérias dificuldades para a criança (Dias, 2003).

O que caracteriza esse estágio em que a desilusão se inicia, assim como os subsequentes, é o fato de que tem início uma desadaptação gradual da mãe com relação às necessidades do bebê. Se for saudável, a mãe emerge naturalmente do estado de PMP,

cansada já do estreitamento de seu mundo e da extrema exigência que a dependência absoluta do bebê requer. Passam a ocorrer pequenas falhas que, por se darem na medida da maturidade crescente do bebê, pertencem ainda à pauta da adaptação. Isto coincide com a necessidade do bebê de dar prosseguimento ao amadurecimento, ou seja, a desadaptação da mãe é imprescindível para o início do rompimento da unidade indiferenciada mãe-bebê, de modo a pôr em marcha o longo e vagaroso processo de separação que levará o pequeno indivíduo à integração em eu unitário e separado, capaz de estabelecer relações com o não-eu ou o mundo externo (Dias, 2003 ).

Os estágios em que o bebê, de forma gradual, passa da dependência absoluta à dependência relativa da mãe fazem ainda parte das etapas iniciais do amadurecimento sendo anteriores à estruturação do eu como uma unidade. Se houver um padrão de falhas do ambiente, ainda há risco de psicose (Dias, 2003).

Numa apreensão global, o amadurecimento pode ser descrito como uma jornada que parte da dependência absoluta, passa por um período de dependência relativa, chega às etapas que estão no rumo da independência. Por fim, chega à independência relativa, que é o estado em que o indivíduo saudável se mantém regularmente ao longo da vida. Note-se que os termos são relacionados, implicando sempre a existência de um outro ser humano (Dias, 2003).

Cada ser humano é dotado de uma tendência para o amadurecimento, ou seja, de uma tendência à integração num todo unitário. Esta é a sua mais importante herança: “O que o indivíduo herda é um processo de amadurecimento” (Winnicott citado por Dias, 2003, p. 94). Cada indivíduo está destinado a amadurecer, e isto significa unificar-se e responder por um eu. Em um texto tardio de 1968, Winnicott escreve, com todas as letras, que “o estado de unidade é a conquista básica para a saúde no desenvolvimento emocional de todo ser humano” (Winnicott citado por Dias, 2003, p. 94).

Apesar de inata, a tendência à integração não acontece automaticamente, como se bastasse à mera passagem do tempo. Trata-se de uma tendência e não de uma determinação. Para que ela se realize, o bebê depende fundamentalmente da presença de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons: “Os lactentes humanos não podem começar a ser, exceto sob certas condições” (Winnicott citado por Dias, 2003, p. 96). Nenhum bebê, nenhuma criança pode vir a tornar-se uma pessoa real a não ser sob os cuidados de um ambiente que dá sustentação e facilita os processos de amadurecimento (Dias, 2003).

Sendo assim, a mãe é a facilitadora do amadurecimento do bebê e os estágios primitivos deste são base para o seu amadurecimento saudável. É nesta relação primitiva ou inicial entre mãe e bebê que se desenvolve a PMP e, conseqüentemente, a forte ligação e dependência necessárias entre o bebê e sua mãe.

Em uma pesquisa realizada por Colucci et al.(2006), um dos conceitos tomados foi o da Preocupação Materna Primária, descrito por Winnicott e objeto de estudo neste trabalho. O autor parte da premissa de que o conceito PMP fornece subsídios para determinar comportamentos ou condutas em prol de sua instalação. Dessa forma, foram observadas 36 parturientes sob vários vértices. O algoritmo conduziu à sugestão de quais variáveis estão comprometidas na não realização da PMP e também sugeriu quais são propícias à instalação da PMP.

Um estudo desenvolvido por Esteves (2009) teve como objetivo investigar a Preocupação Materna Primária em mães de bebês nascidos pré-termo. Participaram do estudo quatro mães de bebês nascidos pré-termo, com idades entre 22 e 28 anos, todas casadas. Os bebês estavam internados na UTI de um hospital universitário público, tinham nascido entre 30 e 37 semanas e com peso médio de 1000 g a 2500 g. Foram então realizadas duas entrevistas, uma sobre a gestação e outra sobre a maternidade no contexto da prematuridade. Para fins deste estudo, foi utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo que buscou investigar semelhanças e diferenças nas respostas maternas com base em três categorias: Preocupação Materna Primária na gestação, Preocupação Materna Primária e o nascimento pré-termo, e Preocupação Materna Primária no puerpério. Análise de conteúdo qualitativa revelou diversas semelhanças entre os casos, mostrando que o contexto da prematuridade parece ter agregado mais angústia e insegurança às mães que estavam em processo de desenvolvimento da Preocupação Materna Primária. No entanto, a presença de diversos indicadores sugerem que a prematuridade do bebê não impediu que estas conseguissem ingressar na Preocupação Materna Primária. Nesse sentido, é plausível se pensar que, apesar de a prematuridade e suas intercorrências terem afetado inicialmente a Preocupação Materna Primária após o choque inicial, as mães do presente estudo relataram fortes indicadores da presença deste processo, o qual, com certeza, contribuiu para a qualidade da relação e desenvolvimento do filho/a.

Pelo estudo do pensamento de Winnicott, nossa pesquisa pretendeu inovar ao estudar o desenvolvimento da PMP nas mães de bebês prematuros que participam do

Método Canguru. Pretendeu-se ainda lançar mão de alguns parâmetros ou categorias e subcategorias para avaliação da relação mãe-bebê prematuro baseadas no conceito desenvolvido por Winnicott de Preocupação Materna Primária.

### **3 O PERCURSO METODOLÓGICO**

Este projeto desenvolveu uma revisão bibliográfica e pesquisa de campo acerca da constituição e das formas de relação estabelecidas entre a mãe e bebê prematuro internado na UTI e/ou UI até o momento da alta; e entre a mãe e o bebê prematuro que passaram pela Enfermaria Canguru, como forma de abordagem durante a hospitalização.

O referencial teórico foi o pensamento de Donald W. Winnicott, com destaque para o desenvolvimento da PMP e, conseqüentemente, o início do amadurecimento do indivíduo. Além disso, foi realizado um levantamento teórico sobre alguns aspectos da prematuridade e sobre a proposta do Método Canguru.

A pesquisa foi qualitativa, devido à natureza clínica da investigação proposta pelo estudo dos casos, que se basearam nas observações e entrevistas das mães e bebês prematuros. A construção de categorias de avaliação das manifestações da mãe com relação ao bebê, indicadoras da PMP, foi realizada, com base em pesquisas anteriores, nas formulações de Winnicott sobre a PMP e na experiência da pesquisadora na UTI e UI neonatal da Maternidade Viva Vida. A partir dessas categorias e de sua aplicação sistemática durante as observações e entrevistas com as mães e bebês, sujeitos da pesquisa, foram se desdobrando subcategorias que possibilitaram a montagem de um instrumento de análise bastante detalhado. Este nos permitiu a posterior análise de cada sujeito (mãe-bebê) dos dois grupos de sujeitos – A e B – segundo tivessem ou não passado pela EC.

Duas questões principais nortearam esta investigação: o desenvolvimento da PMP pode ser dificultado ou retardado devido às condições da prematuridade e da separação decorrente da internação na UTI/UI logo após o nascimento até a alta hospitalar; as mães que participam com seus bebês da Enfermaria Canguru desenvolverão mais facilmente a PMP pela possibilidade de fazerem mais cedo o resgate do vínculo do que aquelas que não passaram pela Enfermaria.

#### **3.1 Instituições de realização da pesquisa**

A pesquisa foi realizada na Maternidade Viva Vida do Hospital Regional João Penido (rede Fhemig) e na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da rede de Hospitais Fhemig–Belo Horizonte. A pesquisa teve início em julho/2010 e foi encerrada em janeiro/2011.

A Maternidade Viva Vida teve suas atividades iniciadas em 2008, e desde então, o Método Canguru é realizado em todas as suas etapas, com exceção do período de setembro/2010 a fevereiro/2011, quando foram interrompidas as atividades na Enfermaria Canguru (EC), devido ao déficit de profissionais no setor. Este fato nos obrigou a buscar contatos com outras maternidades que instituíssem o Método Canguru em seu planejamento. Assim, foi feito contato com a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

A Maternidade Viva Vida possui, como finalidade primordial, o atendimento humanizado a todos os usuários do SUS, incluindo gestantes, puérperas, bebês e acompanhantes. Entende-se por esse tipo de atendimento, o acolhimento das demandas, seja de ordem orgânica, psíquica ou social, o atendimento interdisciplinar, o estabelecimento do vínculo e do diálogo claro e sincero, enfim, o respeito ao ser humano. A partir da pesquisa de satisfação respondida pelos usuários da Maternidade, obtivemos como retorno a qualidade do serviço oferecido, pois em geral as pacientes relatam a satisfação do atendimento recebido. Dentre algumas práticas da Maternidade, onde é possível reconhecer o atendimento humanizado, destacam-se: o alojamento conjunto, ou seja, o bebê assim que nasce vai para a enfermaria junto com a mãe, permanecendo até a alta; o ambiente do parto normal, no qual a mulher, com direito a acompanhante, é cercada de uma equipe altamente especializada composta por enfermeiras obstetras, com técnicas para o alívio da dor, como o chuveiro quente, massagens, bola de fisioterapia; o Método Canguru, em consonância com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, estimula o vínculo mãe-bebê e reduz o tempo de permanência do bebê no hospital. De acordo com estudos científicos e observações realizadas pela equipe da maternidade, os bebês ganham peso mais rápido quando passam pela Enfermaria Canguru se comparados com os bebês que não passam pela Enfermaria. Enfim, o Método Canguru vem se destacando na Maternidade Viva Vida, em suas três etapas, o que proporcionou o surgimento de vários questionamentos que deram origem a este projeto de pesquisa.

A partir da experiência adquirida foi possível constatar que a separação entre mãe e bebê prematuro, quando este permanece na UTI, provoca na mãe uma grande decepção por não poder levar seu filho para casa como havia imaginado. É preciso um



tempo para que elas possam elaborar o luto pelo filho idealizado. E é possível perceber em algumas mães a necessidade desse tempo pois, de início, muitas evitam ir até a UTI neonatal, ou passam uma semana sem visitar o filho. Pensamos que isso se deve a um trabalho de elaboração necessário para aceitação do nascimento prematuro do bebê. Porém, quando esta mãe se dispõe a participar do Método Canguru, percebe-se, a partir de então, o despertar de uma grande motivação, parecendo ter sido permitido a ela começar a exercer o “ser mãe” tão desejado.

A Maternidade Viva Vida possui uma UTI neonatal com dez leitos, uma UI com dez leitos, uma EC com três leitos. O bebê prematuro é atendido na Unidade de Terapia Intensiva e/ou Unidade Intermediária, priorizando-se, nesses setores, o que o Manual Técnico do Método Canguru do Ministério da Saúde preconiza. Além do cuidado envolvendo toda a tecnologia e conhecimento necessários para a sobrevivência do bebê prematuro, é prioridade focar o sujeito ali existente na incubadora. O trabalho em equipe interdisciplinar, desde a UTI e UI, permite que a identidade do bebê prematuro seja preservada e seja dado espaço para que o bebê possa “ser”, e não seja visto somente no nível de sua prematuridade. Portanto, o profissional da psicologia acolhe os pais e a família na UTI neonatal, estimula o acesso dos pais à Unidade, propicia o contato com o bebê, estimula a participação do pai, assegura a atuação dos pais e da família como importantes moduladores do bem-estar do bebê, ajuda os pais na percepção das peculiaridades do seu bebê e demonstra continuamente as suas competências. Além disto, auxilia o contato dos pais com a equipe médica para que estes possam acompanhar a evolução clínica do filho.

A EC da Maternidade Viva Vida, que constitui a segunda etapa do Método Canguru, vinha com suas atividades sendo desenvolvidas normalmente, apesar da dificuldade decorrente do fato de a equipe não ter passado pela capacitação do Método Canguru, e sugerida pelo Manual do Método Canguru do Ministério da Saúde. A partir do que os profissionais da Medicina e da Psicologia estudaram no Manual do Método Canguru, conseguiu-se levar para a atuação prática os preceitos deste. Nesta etapa, era priorizado o contato mais próximo entre mãe e bebê, a posição canguru, o estímulo e participação da mãe nos cuidados com o filho, a amamentação etc. A técnica adotada, principalmente no momento da amamentação, precisa ser aprimorada; por isso, foi percebida a necessidade da capacitação técnica dos profissionais para uma atuação mais eficaz no Método Canguru, mais especificamente na EC. Outra grande dificuldade

observada foi com relação ao número escasso de profissionais disponíveis para a EC. Em razão das questões explicitadas, a EC teve suas atividades temporariamente suspensas desde setembro/2010 e, conseqüentemente, a pesquisa, que vinha sendo realizada neste setor, teve que ser interrompida. Tínhamos, então, 4 sujeitos da amostra proposta, faltando, portanto, 6 sujeitos.

Foi feito um levantamento das Maternidades de Juiz de Fora, Belo Horizonte (da rede FHEMIG), Barbacena e Rio de Janeiro para verificar quais adotavam o Método Canguru em suas três etapas. As Maternidades das duas primeiras cidades não realizam o Método em todas as suas etapas, e somente a primeira etapa é adotada. A Maternidade de Barbacena adota as três etapas do Método; porém, de acordo com a médica responsável pelo Método, o fluxo de bebês prematuros que passam pela segunda etapa é muito pequeno. Diante do tempo restante para a conclusão do mestrado, não seria possível continuar a pesquisa em Barbacena. No Rio de Janeiro, da mesma forma, foram pesquisadas as Maternidades que adotavam o Método. Após contato com quatro delas, somente a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro adotava todas as etapas do Método Canguru. Desse modo, foram realizados contatos com o coordenador do Centro de Pesquisa da Maternidade Escola e, após o envio de toda a documentação necessária, a pesquisa foi aprovada e iniciada em novembro/2010, sendo encerrada em janeiro/2011.

A Maternidade Escola adota o Método Canguru em suas três etapas. A equipe desta instituição recebeu o curso de capacitação do Método Canguru e é uma equipe pronta para capacitar outros profissionais.

Devido o tempo restante para a conclusão do mestrado, as entrevistas e observações com 4 mães-bebês nesta Maternidade ocorreram já na segunda etapa do Método Canguru. Em toda a Maternidade que adota o Método, é quase impossível falar com certeza, com antecedência, quais os bebês prematuros, internados na UTI, que poderão ir para a EC. Isto depende da evolução clínica do bebê na UTI. Se ele estiver bem clinicamente, apenas faltando o ganho de peso e o estímulo a amamentação no seio para a alta, este é candidato a ir para a EC. Além disso, há a avaliação da disponibilidade da mãe a ir para esta Unidade. O processo relatado demanda um tempo razoável. Além disso, a pesquisadora poderia começar a acompanhar mães-bebês na UTI que acabassem não indo para a EC, por isso optou-se por começar esse acompanhamento com as mães-bebês já nessa Enfermaria. Por esta razão, a pesquisadora não teve contato com essas

mães no momento que estavam com seus bebês na UTI. Perdeu-se, portanto, as observações das mães-bebês nesta etapa, e a entrevista teve que ser realizada buscando-se resgatar as experiências vividas nos momentos anteriores à EC, o que pode ter levado à perda de dados referentes à vivência da UTI, nestes casos.

A UTI neonatal da Maternidade Escola possui dez leitos que recebem bebês prematuros extremos. Bebês de 600 gramas sobrevivem devido à tecnologia avançada, capaz de aumentar as chances de sobrevivência destes. O incentivo à participação das mães no processo de recuperação dos bebês prematuros é grande. Uma maneira deste ocorrer é a Maternidade contar com uma sala onde funciona o projeto AME (Amigas da Maternidade Escola). Este tem como objetivo fazer com que as mães fiquem nesta sala durante todo o dia e toda a noite, enquanto seus bebês estão na UTI neonatal. A flexibilidade quanto à permanência das mães neste setor é o diferencial, pois estas têm a possibilidade de se ausentarem da Maternidade quando desejarem ou necessitarem. A sala possui cadeiras reclináveis para o descanso das mães.

A EC da Maternidade Escola possui cinco leitos. Diferentemente da EC da Maternidade Viva Vida, o critério para alta dos bebês nesta instituição é o peso a partir de 1.600 g e o bebê estar sugando e tendo ganho de peso. Na Maternidade Viva Vida, os bebês recebem alta a partir de 2 kg. A técnica adotada para a amamentação também difere. Na primeira, a mãe ordenha a primeira fase de seu leite, depois coloca o filho em seu seio por um período máximo de 25 minutos, por fim a enfermeira administra o leite ordenhado pela sonda. A finalidade deste procedimento é o bebê sugar no seio da mãe a fase da gordura do leite, que é a última a sair e não se esforçar demais sugando a fase inicial do leite, podendo até perder peso em função disso. A preocupação com o tempo máximo de 25 minutos de amamentação do bebê no seio é estabelecido com o objetivo de evitar o esforço e a consequente perda de peso deste. Na Maternidade Viva Vida, o bebê já é colocado direto no seio da mãe. Além disso, é administrado com frequência o leite artificial.

A permanência de duas técnicas de enfermagem na EC é constante na Maternidade Escola. Foi percebido o grande envolvimento de uma das técnicas de enfermagem com o trabalho na EC. Esta procurou a pesquisadora para falar sobre a preocupação que estava com a visão que as mães dos bebês prematuros vinham tendo da EC. Estava sendo disseminada na Maternidade a ideia preconcebida de que a EC era como uma prisão e, por isso, as mães se recusavam a participar desta etapa do Método

Canguru. As mães que estavam na AME e que eram convidadas a participar da segunda etapa do Método referiam-se ao fato de “ficarem prisioneiras”, como o motivo de recusa. A EC estava com essa visão devido a proposta das mães ficarem 24hs com o bebê. Diferentemente da AME, as mães que ficam com seus bebês na EC só saem do setor para almoçarem, enquanto seus bebês ficam sob os cuidados das enfermeiras. Na AME, se as mães quiserem sair da Maternidade por qualquer motivo, elas podem, pois seus bebês estão sob os cuidados da equipe da UTI ou da Unidade Nutricional. A Unidade Nutricional tem a finalidade de cuidar para que os bebês ganhem peso e as mães não permanecem com eles o tempo todo como na EC. Estas mães estão na AME ou vão para suas casas e retornam à Maternidade para a visita aos filhos. As questões que surgem, com as mães que participam da EC são com relação ao tempo de internação que, muitas vezes, é longo (no mínimo duas semanas); com relação à distância da família e de sua casa. Isto é observado, também, na Maternidade Viva Vida, apesar de nesta não haver a visão da EC como uma prisão. Nas duas Maternidades pesquisadas há flexibilidade, no caso de as mães desistirem de permanecer na EC; quando isto ocorre, o bebê volta a UI (Maternidade Viva Vida) ou a Unidade Nutricional (Maternidade Escola). Essa questão colocada pela técnica de enfermagem a incomodava, tanto que se sentia culpada por não ser compreendida quanto às vantagens do Método Canguru transmitidas às mães no momento em que fazia o acolhimento delas, quando passavam para a segunda etapa do Método. Este acolhimento é realizado por esta profissional com a finalidade de convidar as mães para participarem da EC e explicar-lhes os objetivos desta. A pesquisadora sugeriu um trabalho com as mães da AME, explicitando as vantagens do Método Canguru e um momento de escuta das mães, do que elas esperariam da EC. A técnica de enfermagem concordou e disse que pediria ajuda às psicólogas da Maternidade Escola.

A terceira etapa do Método também se diferencia entre as Maternidades pesquisadas, pois a primeira consulta de *follow-up* com as mães-bebês que tiveram alta ocorre após, mais ou menos, dois dias, e os retornos são com um intervalo de, no máximo, quinze dias, na Maternidade Escola. Na Maternidade Viva Vida, as primeiras consultas após a alta são marcadas com intervalos de uma a duas semanas, e os retornos são variáveis mas, em geral, são mensais. Nesta instituição, os bebês recebem alta do *follow-up* após um ano de idade, de acordo com o caso, pois alguns são acompanhados por um tempo maior, como por exemplo, em caso de prematuridade extrema e de ter havido complicações mais graves durante a internação. Já na Maternidade Escola, os

bebês recebem alta mais cedo, antes de um ano de idade. As faltas às consultas de *follow-up*, na Maternidade Viva Vida, acontecem de forma considerável, se comparado à Maternidade Escola, o que pode ter como causa o intervalo das remarcações entre as consultas.

### **3.2 Amostra e Instrumentos para coleta de dados**

Os critérios utilizados para recrutamento e inclusão dos sujeitos na pesquisa foram o nascimento prematuro, a internação na UTI e/ou UI e a vivência do Método Canguru. Foram excluídos os bebês que não tiveram o nascimento prematuro. O número de sujeitos foi de vinte e definido por ser este o número possível de estudo durante o tempo delimitado de pesquisa.

A faixa etária dos participantes foi de zero a dois meses de idade. Um dos critérios para a definição desta faixa etária foi o tempo de internação dos bebês prematuros na UTI e/ou UI, na Enfermaria Canguru e para o retorno à consulta ambulatorial de *follow-up*. Outro critério para a escolha desta faixa etária foi o limite de tempo previsto para a conclusão do mestrado.

A pesquisa de campo utilizou, para a coleta de dados, um roteiro pré-estabelecido para as observações e entrevistas semi-dirigidas.

As observações foram sistemáticas e tiveram como objetivo a descrição dos fenômenos. Nesta forma de observação, o pesquisador sabe quais os aspectos que são significativos para alcançar os objetivos pretendidos. É elaborado previamente um plano de observação para a organização e o registro das informações (Gil, 1994).

O momento de realização das observações com as mães e seus bebês prematuros e o número de observações realizadas variaram de acordo com o tempo de permanência do bebê na UTI e UI, na EC, e de acordo com o agendamento da consulta ambulatorial de *follow-up*.

O roteiro para a observação e entrevista possui categorias e subcategorias de investigação em comum para todas as etapas do Método Canguru e específicas para cada uma das etapas do Método. As categorias em comum a serem pesquisadas relacionam-se à interação mãe-bebê, à amamentação, às manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê, às manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê, manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê, às evidências de aumento da

sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê. As específicas para cada etapa do Método relacionam-se às manifestações da mãe com relação à prematuridade (à ruptura) (UTI/UI), à participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*), manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI), ao desenvolvimento do bebê (*Follow-up*).

Foram incluídos nas entrevistas e observações alguns fatores colaboradores e circunstanciais do desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo e condições físicas e psicológicas da mãe durante a gravidez e o parto). Estes são: circunstâncias da gestação e do parto, antecedentes e preparativos para o nascimento, presença/ participação do pai, apoio familiar (participação e cuidados de outros familiares ou “pessoa apoio”), recursos materiais e condições sócio-afetivas da mãe (*Follow-up*).

O roteiro das observações e entrevistas vem descrito em anexo (Anexo 1).

As categorias e o roteiro com os itens de investigação da observação e entrevistas com as mães dos bebês prematuros foram definidos a partir de pesquisas já realizadas sobre a prematuridade e sobre o Método Canguru (Moreira (2009), Colucci (2006), Eutelério (2008), Rodrigues (2005), etc.) sobre a relação mãe-bebê e sobre o conceito de Winnicott da PMP. Outra fonte de delimitação foi a experiência adquirida no trabalho com o Método Canguru da Maternidade Viva Vida.

### **3.3 A Coleta de dados**

Foram definidos dois grupos de sujeitos: o das mães-bebês que participaram da Enfermaria Canguru (EC) (Grupo A) e das mães-bebês que não participaram da Enfermaria Canguru (EC) (Grupo B). Foi um total de dez mães-bebês para cada grupo.

As mães-bebês do Grupo A foram observadas e entrevistadas nas três etapas do Método: durante o tempo em que o bebê prematuro esteve na UTI e/ou UI; na EC e após a alta, durante as consultas ambulatoriais de *follow-up*.

As mães-bebês do Grupo B foram observadas e entrevistadas durante o tempo em que seus bebês estiveram na UTI e/ou UI e após a alta durante as consultas ambulatoriais de *follow-up*.

Nas consultas de *follow-up*, a psicologia acompanhou o atendimento médico ao bebê com o objetivo de observar a relação mãe-bebê. Após este momento, a mãe foi atendida pela pesquisadora em uma sala reservada para a realização da entrevista.

Na primeira etapa do Método, a observação ocorreu, em alguns casos, após dois dias da chegada do bebê na UTI ou UI. Em outros casos, esta ocorreu após mais de dois dias, pois foi este o tempo em que as mães compareceram aos setores da UTI e/ou UI. Em alguns casos, este tempo superior a dois dias ocorreu devido à recuperação das mães no pós-parto.

Na segunda etapa do Método, a observação se deu no dia seguinte da ida do bebê com a mãe para a EC. Estas observações ocorreram uma vez na semana, enquanto durou a internação, por um período de trinta minutos para cada mãe-bebê.

Na terceira etapa do Método Canguru, a observação ocorreu uma vez durante a consulta do *follow-up*, de acordo com a marcação da agenda médica, que variou de quinze dias a um mês após a alta, por um tempo de trinta minutos.

O tempo de trinta minutos de observação foi definido a partir do espaço reduzido da Enfermaria Canguru, pois um tempo maior poderia causar constrangimentos tanto para a mãe quanto para o observador. Assim, se delimitou o mesmo tempo para todas as etapas do Método.

Foram realizadas, também, entrevistas com as mães dos bebês prematuros que participaram da EC e com aquelas que não participaram da EC. Foram entrevistas semidirigidas que ocorreram uma vez em cada etapa do Método Canguru. Na primeira e segunda etapas, as entrevistas foram realizadas, em alguns casos, após uma semana em cada setor, por se considerar um tempo razoável para uma maior adaptação da mãe, maior interação com o filho e com a equipe de cada setor. Na terceira etapa, elas foram realizadas após a consulta do *follow-up*, de acordo com a marcação da agenda médica.

Foram feitos os registros das falas, gestos e sentimentos das mães captados pela pesquisadora, imediatamente após as observações e entrevistas.

A coleta de dados na Maternidade Viva Vida ocorreu sem dificuldades, exceto a questão já levantada da interrupção das atividades da Enfermaria Canguru. O contato com as mães foi acessível e a pesquisadora conseguiu ter uma relação com elas de proximidade e confiança. Em muitas das observações, a pesquisadora era chamada pelas mães para contar algo delas ou de seus bebês. As entrevistas eram realizadas, em geral, em uma sala reservada, onde as mães podiam se expressar de forma mais tranquila. O contato com as mães da Maternidade Escola foi diferente deste da Maternidade Viva Vida. Nesta, a pesquisadora passava algumas horas nos devidos setores (EC ou consulta de *follow-up*). O contato com algumas mães foi de apenas duas vezes. Além disso, as

entrevistas eram realizadas na própria EC da Maternidade Escola. Nesta Enfermaria havia bastantes funcionários, mães e bebês. Era um setor tumultuado, a rotina bem corrida. Isto influenciou na condução e realização das entrevistas, pois a pesquisadora sentiu-se de certa forma constrangida de abordar as mães neste contexto e algumas mães talvez tenham ficado mais inibidas em se exporem, estando outras pessoas a ouvi-las. Além disso, a entrevista era, com frequência, interrompida pelas enfermeiras que precisavam fazer algum procedimento com o bebê ou com a mãe. Nas observações não houve dificuldades e, ao contrário da Maternidade Viva Vida, foi possível observar mais os momentos de amamentação das mães com seus bebês.

### **3.4 Descrição do Instrumento**

Foram definidas as manifestações maternas com relação ao bebê para as três etapas do Método Canguru. Algumas destas se repetiram em todas as etapas do Método; outras se restringiram a determinadas etapas do Método.

Estabelecemos um total de 10 categorias e 64 subcategorias consideradas Positivos (+) enquanto indicadores da presença da PMP. Em relação às categorias comuns a todas as etapas do Método Canguru foram estabelecidos 6 itens e 45 subcategorias. Quanto às categorias específicas para cada etapa do Método, foram estabelecidos 4 itens e 17 subcategorias. Destas, 3 categorias e 10 subcategorias para a primeira etapa do Método; 2 categorias e 9 subcategorias para a terceira etapa. Foram inseridas novas subcategorias, em algumas categorias, que se fizeram necessárias no decorrer da pesquisa para complementar a percepção da relação entre a mãe e seu bebê.

O instrumento construído possui categorias e subcategorias de investigação referentes as manifestações maternas com relação ao bebê, que foram avaliadas como evidentemente positivos, ambivalentes ou ambíguos e predominantemente negativos, enquanto indicadores da presença da PMP. Outras categorias foram construídas para dar conta de fatores considerados coladoradores, das circunstancias (ambiente sócio e afetivo) da gravidez, do parto e do pós-parto. Estas categorias foram definidas a partir de pesquisas já realizadas sobre a PMP, do conceito de Winnicott de PMP e da experiência adquirida no Método Canguru da Maternidade Viva Vida.

As manifestações maternas com relação ao bebê foram avaliadas por três psicólogas que deram seu parecer sobre cada uma delas. A partir do conhecimento teórico



do conceito da PMP e da própria experiência com este tipo de sujeito, estas profissionais puderam ser juízes no teste de validade desses parâmetros que compõem a PMP, emitindo suas avaliações para as categorias e subcategorias estabelecidas. Os juízes pontuaram com um “X” cada manifestação materna positiva (+), negativa (-) ou indeterminada (I) enquanto indicadores para a presença da PMP em cada uma das etapas do Método Canguru.

Logo após a avaliação dos juízes, inicialmente, foram consideradas pertinentes apenas as manifestações maternas com relação ao bebê que indicavam uma positividade para a presença da PMP. Entretanto, no decorrer da pesquisa foram incluídas também as manifestações maternas indicadoras de negatividade para a presença da PMP devido à alta incidência e ao valor dessas em alguns casos. As manifestações consideradas “indeterminadas” foram desconsideradas, em parte por terem sido julgadas irrelevantes para a indicação da PMP. Porém, algumas questões da entrevista avaliadas pelas juízes como “indeterminadas” foram mantidas (Foi realizado o pré-natal? Qual a frequência das consultas? Ocorreram intercorrências médicas? Se sim, quais e como estas se deram? Qual a idade gestacional do nascimento prematuro? Você possui outros filhos? Possui disponibilidade para estar com seu bebê? Como distribui a atenção entre os filhos?) e uma foi acrescentada após a avaliação das juízes (Houve ameaça ou tentativa de aborto?). Estas perguntas foram mantidas por julgarmos que, ainda assim, poderiam contribuir com dados complementares para a anamnese e a análise qualitativa dos casos.

Desse modo, apesar da pertinência dada inicialmente às manifestações maternas positivas, ao longo da análise dos resultados foi percebido que as manifestações maternas surgidas no decorrer da pesquisa que indicavam negatividade, ambivalência ou ambigüidade para a PMP seriam relevantes para uma análise mais aprofundada dos dados. Como foi proposto que novas manifestações maternas poderiam ser incluídas ou seriam modificadoras das existentes para a presença da PMP, no sentido do aprimoramento do instrumento, estas virão descritas a seguir.

O roteiro com as categorias e subcategorias das manifestações maternas com relação ao bebê, tomadas como indicadores da presença, ausência e ambivalência da PMP, está apresentado em anexo (Anexo 1). As avaliações dos juízes encontram-se arquivadas com a pesquisadora.

### 3.5 Aprimoramento do Instrumento

Com vistas ao aprimoramento do instrumento utilizado e diante de algumas dificuldades surgidas com o roteiro criado para observação e entrevista, fizeram-se necessárias certas modificações na composição das categorias e das subcategorias.

A principal dificuldade sentida pela pesquisadora foi em relação a alguns itens do roteiro de observação que tiveram que ser complementados a partir das falas delas. Assim, foi possível obter os dados a serem registrados. Essas subcategorias são: observa e comenta os progressos/aquisições do bebê; expressa desejo de maior contato com o bebê; deseja amamentar; inclui o bebê em seus planos e na sua vida; consegue interpretar as formas e meios que seu bebê expressa suas necessidades; consegue identificar o motivo do choro; o casal está junto; o pai dá apoio (incentiva) à mãe; os avós do bebê ou outra “pessoa apoio” estão presentes; os avós ou a “pessoa apoio” dão mais segurança; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do filho; a mãe permanece a maior parte do tempo na enfermaria do Método Canguru; segue o que a equipe do *follow-up* orienta quanto a estimulações do bebê. Todos esses são pontos importantes enquanto indicadores da presença da PMP, por isso sugere-se mantê-los no roteiro, embora necessitem de um contato verbal e mais próximo da mãe, complementarmente à própria observação.

Uma categoria do roteiro de observação de difícil aplicação foi: “reações da mãe frente às manifestações de desconforto do bebê” e as subcategorias: “consegue interpretar as formas e meios com que seu bebê expressa suas necessidades; mostra-se atenta e eventualmente preocupada; consegue identificar o motivo do choro do bebê; consegue acalmar o bebê; iniciativa para aliviar a aflição do bebê”. Na maior parte dos casos, quando ocorreu a observação, o bebê não demonstrou nenhuma forma de desconforto. Ocorreu até mesmo que, com algumas mães-bebês, em momento algum foi possível observar uma demonstração de desconforto do bebê. Entretanto, na medida em que este é um item importante enquanto indicador da presença da PMP, sugere-se mantê-lo no roteiro com as devidas adaptações contextuais.

Algumas alterações foram realizadas nas nomenclaturas das categorias. Foi considerado que seria melhor deslocar algumas subcategorias das categorias em que estavam, para outras que possuíam mais ligação com o tema abordado. Com as modificações relatadas, as categorias e subcategorias passaram a ser: interação mãe-bebê

(demonstra estar confortável ao segurar o bebê, aproxima-se do bebê, olha para seu bebê, toca seu bebê, conversa com seu bebê, demonstra prazer em falar com o bebê e obter uma resposta, demonstra prazer no contato com seu bebê, pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê, interpreta os movimentos/expressões do bebê e faz tentativas de comunicação com ele, observa e comenta os progressos/aquisições do bebê); amamentação (pode amamentar, demonstra desejo de amamentar, demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar, interage com seu bebê durante a amamentação, permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando, mostra-se carinhosa ao pegar o filho para amamentar, demonstra tranquilidade quando não pode amamentar no seio); manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (demonstra interesse em cuidar do bebê, mostra-se segura e confiante em cuidar do bebê, demonstra interesse no tratamento do bebê, fazendo perguntas sobre a sua evolução clínica); manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (mostra-se atenta e eventualmente preocupada (age com naturalidade e segurança), tenta identificar o motivo do choro do bebê, consegue acalmar o bebê); manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (demonstra perceber a condição de dependência do bebê, consegue interpretar as formas e meios com que o bebê expressa suas necessidades); manifestações da mãe à condição de prematuridade do bebê (aceita (reconhece) a prematuridade do bebê, demonstra envolvimento (demonstra atenção, carinho) com o bebê, mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê, consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI; participação direta da mãe nos cuidados do bebê (visita o filho na UTI e UI, permanece mais de 1 (uma) hora na UTI/UI, quando não pode ir a UTI ou UI telefona para ter notícias do bebê), comparece as consultas ambulatoriais, demonstra interesse (indaga sobre) no tratamento e no desenvolvimento do filho, segue o que a equipe do *follow-up* orienta quanto à estimulação do bebê; manifestações da mãe frente à proposta da EC (demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru, tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru); evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (demonstra desejo de levar o bebê para casa, abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança, inclui o bebê em seus planos e na sua vida), permanece a maior parte do tempo na Enfermaria Canguru, já demonstra formas próprias de lidar com o bebê, coloca o filho na posição canguru com frequência (mínimo de 4 vezes no dia por um período de 30 minutos), demonstra estar confortável ao colocar

o bebê na posição canguru, mostra-se mais participativa/envolvida na recuperação do seu bebê do que quando ele estava na UTI e UI); desenvolvimento do bebê (estimula seu bebê, o desenvolvimento do bebê está de acordo com sua idade cronológica); recursos materiais e condições sócio-afetivas (composição familiar, moradia, nível de ganhos, clima afetivo etc).

Ao finalizar a pesquisa e analisar os dados, novas subcategorias se fizeram importantes. São elas: Interação mãe-bebê (expressa desejo de maior contato com o bebê, identifica sentimento de "ser mãe", maior liberdade/proximidade no contato); amamentação (não pode amamentar mas demonstra desejo de amamentar, satisfação ao ver seu bebê mamando bem); manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (em aprendizado dos cuidados do bebê); manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê ( iniciativa para aliviar a aflição do bebê); manifestações da mãe à condição de prematuridade (sente-se feliz por conhecer o bebê); participação direta da mãe nos cuidados do bebê (expressa mais segurança com as recomendações médicas); evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (preocupa-se com o bebê); desenvolvimento do bebê (percebe as aquisições do bebê; elogia seu bebê).

As categorias consideradas como colaboradoras do despertar da PMP (ambiente socio-afetivo) e como circunstâncias do desenvolvimento da PMP (condições físicas e psicológicas da mãe durante a gestação e o parto) são: presença/participação do pai; apoio familiar (participação e cuidados de outros); circunstâncias da gestação e do parto (pré-natal, cuidados com a saúde, doenças intercorrentes, histórico de doenças anteriores, condições do parto, idade gestacional do nascimento prematuro, recursos materiais e afetivos etc); antecedentes e preparativos para o nascimento; recursos materiais e condições sócio-afetivas da mãe ( consegue dar conta da nova rotina com o bebê em casa, em adaptação a nova rotina, conta com a ajuda de outra pessoa, consegue estar com o bebê).

O roteiro dessas categorias vem descrito e justificado em anexo (Anexo 1).

Foram identificadas nas mães, a partir das entrevistas e observações, manifestações ambivalentes na relação com o bebê em diversas situações. Muitas vezes, falavam de forma contrária às atitudes que demonstravam. Estas subcategorias são: mãe tenta construir sua explicação para o nascimento prematuro; bebê sob os cuidados da equipe; mostra-se assustada/decepcionada com o bebê prematuro na UTI; não identifica o

motivo do nascimento prematuro do filho; acredita na explicação médica para o nascimento prematuro; expressa medo de evolução negativa do quadro clínico; expressa temor do contato físico inicial com o bebê; expressa cansaço; expressa insegurança; pede ajuda a equipe; não identifica o motivo do nascimento prematuro do filho; expressa desejo de cuidar de si mesma; expressa temor de não dar conta; fica nervosa e desesperada; não pode amamentar; apresenta dificuldade para amamentar no seio.

Após as entrevistas e observações, também, foi possível identificar manifestações maternas predominantemente negativas para a PMP. Estas são: atribui a si a responsabilidade pelo parto prematuro; fica nervosa e desesperada; fica ansiosa com o choro dos bebês; dificuldade em assumir a responsabilidade de ser mãe; não inclui o bebê em seus planos e na sua vida; não pode amamentar; não demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar; não interage com seu bebê durante a amamentação; demonstra dificuldade para amamentar no seio; não permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando; pede ajuda a equipe; expressa cansaço; expressa temor de não dar conta; demonstra irritação de ter que cuidar do bebê; expressa temor de não dar conta; sem condições de se dedicar ao bebê; distante do bebê; delega à avó materna os cuidados/carinho do bebê; demonstra desejo de se liberar logo das tarefas com o bebê; dificuldade em perceber a condição de dependência do bebê; não abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança; não aceitação da gestação; não desejar a gestação; tentativa de abortar o bebê; não estimula seu bebê; não percebe manifestações de desconforto do bebê; resistência e hostilidade com relação à EC; falta de interesse em cuidar ou conhecer o bebê; não acompanhava/visitava o bebê na UTI/UI; dificuldade no contato com a equipe; não segue a recomendação médica; não possui disponibilidade para participar da EC; não possui desejo para participar da EC; possui preocupações externas; dificuldade em conciliar o tempo para os bebês; não quer cuidar de seu bebê; não se interessa por identificar as manifestações de desconforto do bebê; demonstra imaturidade e desligamento do bebê; sente dificuldade para dar conta dos dois bebês; dificuldade/ansiedade com relação às demandas do bebê; dificuldade/ansiedade com relação ao choro do bebê; não parece se dar conta das necessidades do bebê; dificuldade inicial na relação com os bebês; expressa desejo de cuidar somente de si mesma.

Pôde-se perceber, algumas vezes, as mesmas subcategorias sendo classificadas como “ambivalentes” ou como “negativas” para o desenvolvimento da PMP, de acordo com as peculiaridades de cada caso. Portanto, uma subcategoria pode ser considerada, em

um caso, como “ambivalente”, e essa mesma subcategoria, em outro caso, é vista como negativa. Entre estas estão: “fica nervosa e desesperada”, “não pode amamentar”, “pede ajuda à equipe”, “expressa cansaço”, “expressa insegurança”, “expressa temor de não dar conta”.

### **3.6 Análise de dados**

Este trabalho optou pela análise de conteúdo qualitativa como referência de análise dos resultados das observações e entrevistas realizadas. Esta foi a metodologia para a abordagem dos dados que se enquadrou, com suas etapas, na proposta da análise dos resultados da pesquisa que objetivou estudar a influência da Enfermaria Canguru no desenvolvimento da PMP das mães diante do nascimento prematuro de seus bebês.

Justifica-se a análise de conteúdo qualitativa pela riqueza de detalhes das falas, gestos, silêncios e manifestações maternas com relação ao bebê, registradas a partir das observações e entrevistas. Além disso, foi desenvolvido um conjunto de categorias e subcategorias condizentes com as manifestações maternas enquanto indicadoras da presença da PMP, incluindo categorias comuns e específicas para cada etapa do Método Canguru. As categorias e subcategorias consideradas positivas como indicadores da presença da PMP foram cotejadas com os registros das observações e entrevistas, assim como as subcategorias consideradas ambivalentes e negativas. Essa comparação permitiu as inferências e interpretações das manifestações maternas enquanto indicadores da presença ou ausência da PMP.

Inicialmente foi realizada a leitura das entrevistas e observações de cada caso. Logo em seguida, foram transcritas as respostas das mães e aspectos observados em relação aos antecedentes e aos fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP e em relação a cada categoria para cada etapa do Método Canguru. Em cada etapa, também foram identificadas as subcategorias presentes, sendo tanto as subcategorias já existentes, quanto as novas que foram identificadas no decorrer da investigação.

Em anexo virão detalhadamente a descrição dos resultados de cada caso. Nesta virá especificado a identificação, os antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo), as categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das

etapas do Método Canguru. Ao final de cada caso, foram feitas as considerações gerais sobre estes. Nesse item, foram especificados os indicadores da PMP evidentemente positivos, os ambivalentes ou ambíguos e os predominantemente negativos. Em seguida, apresentou-se uma síntese de cada caso identificando se aquela mãe desenvolveu a PMP ou se apresentou dificuldades para desenvolvê-la (Anexo 2).

Quanto aos fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP, ficou definida uma classificação destes como muito favoráveis, favoráveis, pouco favoráveis ou desfavoráveis para o desenvolvimento da PMP. Desse modo, a partir da quantidade destes fatores que compunham o ambiente sócio-afetivo das mães, definiu-se a influência deles para a PMP.

Posteriormente à análise de cada caso, foi feita uma discussão geral dos dois grupos de sujeitos considerados, visando avaliar a influência da EC para o desenvolvimento da PMP e chegar às conclusões da pesquisa no sentido da análise das hipóteses levantadas.

## 4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Partindo das hipóteses de que o desenvolvimento da PMP pode ser dificultado ou retardado devido às condições da prematuridade e da separação decorrente da internação na UTI e/ou UI logo após o nascimento até a alta hospitalar; e de que as mães que participam com seus bebês da Enfermaria Canguru desenvolverão mais facilmente a PMP pela possibilidade de fazerem o resgate do vínculo com os bebês mais cedo do que aquelas que não passaram por esta etapa do Método, discutiremos a seguir os dados obtidos em cada grupo de mães-bebês.

Um quadro comparativo entre os dois grupos das mães que desenvolveram a PMP apresenta um resumo das principais características e, logo em seguida, a análise destes resultados.

**QUADRO 1 – Comparação dos resultados gerais das mães dos grupos A e B que desenvolveram a PMP**

Grupo A (10 mães)	Grupo B (10 mães)
Mães-bebês que passaram pela EC	Mães-bebês que não passaram pela EC
<b>4 mães desenvolveram a PMP</b>	<b>6 mães desenvolveram a PMP</b>
<u>Fatores colaboradores ou circunstanciais favoráveis ou muito favoráveis para a PMP:</u>	<u>Fatores colaboradores ou circunstanciais favoráveis ou muito favoráveis para a PMP:</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desejaram a gestação; Fizeram o pré-natal;</li> <li>- Escolheram o nome do bebê;</li> <li>- Tiveram o apoio do pai do bebê.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desejaram a gestação; Fizeram o pré-natal;</li> <li>- Escolheram o nome do bebê;</li> <li>- Tiveram o apoio do pai do bebê.</li> </ul>
<u>Subcategorias positivas quanto à presença da PMP:</u>	<u>Subcategorias positivas quanto à presença da PMP:</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interação carinho, proximidade e envolvimento;</li> <li>- Amamentação tranquila, motivada e desejada;</li> <li>- Interesse em cuidar do bebê;</li> <li>- Sensibilidade em perceber as manifestações do bebê;</li> <li>- EC – mais livres, mais à vontade, mais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação ativa, motivada e confiante na recuperação dos bebês;</li> <li>- Interação: carícias, beijos, carinho e conversa;</li> <li>- Preocupação voltada para o bebê;</li> <li>- Amamentação desejada e realizada;</li> <li>- Desejaram participar da EC mas não puderam;</li> </ul>



<p>cuidadoras, mais “mães”, mais seguras, confiantes.</p> <p>- Posição Canguru – maior contato com o bebê.</p> <p>- Follow-up – aquisições do bebê; segurança adquirida na EC.</p> <p>EC estimulou e fortaleceu a PMP nessas mães.</p>	<p>- Posição Canguru na UI- satisfação</p> <p>-Follow-up- maior liberdade/proximidade com os bebês em casa; poder cuidar dos bebês</p>
--	--

O grupo A (mães-bebês que passaram pela EC) teve quatro mães (sujeitos 1, 2, 3, 5) de 10 sujeitos que desenvolveram a PMP desde a gestação. Todas essas mães tiveram os fatores colaboradores ou circunstanciais favoráveis ou muito favoráveis para a PMP: desejaram seus bebês, fizeram o pré-natal corretamente, escolheram o nome do bebê, tiveram o apoio do pai dos bebês e de algum familiar ou "pessoa apoio", conseguiram dar conta da nova rotina com o bebê em casa.

Foram várias as subcategorias indicadas como positivas quanto à presença da PMP que essas mães apresentaram e a qualidade da relação destas com seus bebês era evidente. A interação era de carinho, proximidade e envolvimento. A amamentação realizada com tranquilidade, motivação, desejo e satisfação em estar mais perto do bebê.

A experiência vivenciada pela mãe e o bebê no momento da amamentação envolve mais do que a simples satisfação da necessidade do alimento. O bebê não está apenas sendo alimentado e sim recebendo carinho, sendo acolhido e escutando a voz da mãe. Tal experiência envolve o toque, o contato corporal, o contato visual e auditivo durante a amamentação e constitui uma importante estimulação afetiva da mãe com seu bebê Winnicott (2005). Essas manifestações descritas por Winnicott no momento da amamentação foram percebidas nas mães citadas anteriormente.

O interesse em cuidar e em aprender ou conhecer sobre seus bebês foi notado nessas mães. A sensibilidade em perceber as manifestações dos bebês, em estar atenta às reações deles, o demonstrar formas peculiares de lidar com os filhos, a motivação e o envolvimento durante o tempo dos bebês na UTI/UI eram perceptíveis nessas mães. O desejo de participar da EC e, muitas vezes, o pedido para participar desta também pode ser registrado. Os planos e preocupações voltadas para os filhos, a percepção da

condição de dependência dos bebês, dentre outros, foram manifestações positivas dessas mães com seus bebês indicadoras da PMP.

Durante a PMP a mãe torna-se ensimesmada, retraindo-se e deslocando o foco de sua atenção de todos os interesses anteriores, como se estivesse deslocando todos os seus sentidos para o bebê. A mãe que cuida de seu bebê embalando-o, oferecendo-lhe o seio, consolando-o de suas dores, encontra-se no estado da PMP, pois entra num estado de sintonia sutil com seu bebê, conseguindo atender suas necessidades, como se refere Winnicott (2000). As mães referidas anteriormente conseguiram dedicar-se quase que exclusivamente a seus bebês, tendo-os como foco.

A EC, para essas mães desejosas de estar mais perto de seus bebês, parece ter permitido que se sentissem mais livres, mais à vontade, mais cuidadoras, "mais mães" e mais participativas na recuperação deles. Para essas mães, o vínculo com seus bebês tornou-se mais forte na EC. A posição canguru era realizada e vista como um momento de maior contato com os filhos e como algo prazeroso. A segurança e confiança que adquiriram na EC era notável. Além disso, as mães conseguiam estabelecer formas próprias de lidar com os filhos, de modo diferente do que a equipe orientava, ou em manifestações/situações novas que os bebês apresentavam tinham maneiras pessoais de resolvê-las. A EC estimulou e fortaleceu o desenvolvimento da PMP nessas mães.

A consulta de *follow-up* era o momento dessas mães mostrarem com satisfação as aquisições dos bebês. Falavam da oportunidade de terem passado pela EC, do quanto aprenderam nesta e por isso estavam sentindo-se mais seguras. Recomendavam que todas as mães deveriam passar pela EC. Na consulta foi possível perceber a importância que a EC teve para essas mães e a satisfação que tiveram ao passar por ela.

Entre as subcategorias ambivalentes comuns a essas mães destacam-se: “temor no contato físico inicial”, mas ao mesmo tempo o desejo em superá-lo; “medo da evolução negativa do quadro clínico do bebê”, o que nos faz pensar no receio de perder seus bebês; “mostrar-se assustada e decepcionada com o nascimento prematuro”, que pode estar relacionado com a ruptura abrupta que este provoca.

Em relação ao nascimento pré-termo, a mãe teria todas as suas funções a serem desempenhadas com o filho antecipadas. O bebê prematuro se mostraria “pouco capacitado a viver experiências como ser humano” (Winnicott, 1999, p. 147). Assim, para Winnicott o momento certo para uma criança nascer é, do ponto de vista

psicológico, o mesmo que do ponto biológico, ao se completarem os nove meses de vida intrauterina.

Como subcategorias negativas que se destacaram, em algumas dessas mães: “atribuir a si própria a responsabilidade pelo nascimento prematuro”. Quanto a essa questão, a gestante, ao sofrer ameaça de parto prematuro e após tentativas frustradas de evitá-lo, pode se sentir culpada e frustrada por imaginar que não fez tudo o que podia, como afirmam Gomes (2000) e Mendelsohn (2005). Pode-se pensar que essas mães estavam bem envolvidas e se dedicando aos seus bebês a ponto de ficarem cansadas, terem “dificuldade em conciliar o tempo entre os filhos”, e “ficarem nervosas com as manifestações de desconforto de seus bebês”.

O grupo B (mães que não passaram pela EC) teve seis mães (sujeitos 11, 13, 15, 16, 17, 18) de 10 sujeitos que desenvolveram a PMP. Essas mães tiveram os fatores colaboradores ou circunstanciais favoráveis ou muito favoráveis para a PMP: desejaram a gestação, apesar de terem apresentado intercorrências médicas durante a gravidez, buscaram cuidar da saúde, fizeram o pré-natal corretamente, escolheram o nome do bebê, tiveram o apoio do pai dos bebês e de algum familiar ou "pessoa apoio", conseguiram dar conta da nova rotina com o bebê em casa.

Segundo Winnicott (2005), é possível observar, nas mulheres grávidas, uma crescente identificação com seus bebês, a quem ela associa uma imagem de objeto interno. Tal estado psicológico da mãe, em que sua sensibilidade em relação ao filho torna-se exacerbada, tem início ainda na gestação, sendo acentuado em seu final (Winnicott, 1999).

A maneira como quatro dessas mães (sujeitos 11, 16, 17, 18) se envolveram e participaram da recuperação dos bebês na UTI/UI chamava a atenção, pois eram ativas, motivadas e confiantes, com a presença diária, a permanência junto aos filhos, sempre os acariciando, beijando, conversando, enfim, interagindo de forma carinhosa. A preocupação principal era, a cada dia, constatar se os bebês conseguiriam evoluir bem. Era percebida, em suas expressões, a satisfação em ter boas notícias médicas e na possibilidade da alta, assegurando-se de que os filhos estavam progredindo. Duas das seis mães (sujeitos 13 e 15) tiveram algumas dificuldades iniciais quanto ao acompanhar de perto seus bebês na UI, mas ao conseguirem superar os problemas vivenciados puderam visitar os bebês com maior frequência. Apesar da distância inicial, mantiveram-se participativas e envolvidas, pois telefonavam diariamente. Como foram poucas

observações e os motivos dessas mães não estarem mais próximas de seus bebês eram realmente impeditivos (ver detalhes dos casos no anexo 2), acredita-se que estas desenvolveram a PMP, mas não é possível tirar conclusões precisas devido ao contato mais reduzido com estas mães.

Winnicott (1999 citado por Esteves, 2009) refere-se a uma comunicação silenciosa, sem palavras, na qual, inicialmente, a mãe vai conseguindo entender os sinais de seu bebê com o objetivo de satisfazer suas necessidades emocionais básicas. A importância do toque, do contato corporal, visual e auditivo constituem importante estimulação afetiva da mãe com o filho. A mãe que encontra-se no estado da PMP sabe sobre as coisas vitais que seu bebê necessita, tais como ser segurado no colo, mudado de lado, deitado, levantado e acariciado. As mães citadas anteriormente, mesmo no ambiente tumultuado e atribulado da UI, conseguiram conhecer seus bebês, terem manifestações de proximidade e afeto, como se refere Winnicott sobre o estado da PMP.

A amamentação foi desejada, mas nem todas as mães a realizaram. A mãe que não amamentou no seio lidou com o fato de forma tranquila (sujeito 11). As demais mães puderam amamentar e percebiam a importância deste momento para o filho. O interesse em aprender, na própria UI, sobre seus bebês, os conhecerem e adquirirem mais segurança nos cuidados necessários antes de levá-los para casa eram aspectos positivos dessas mães. Muitas falavam de quererem aprender a cuidar com a equipe de enfermagem para saírem da UI mais confiantes. Mesmo na UI, estavam preocupadas em atender as necessidades de seus bebês, em identificarem os motivos de seus desconfortos. Muitas dessas mães, inclusive algumas mais tímidas, tinham iniciativa de tentarem acalmar o bebê quando choravam, ou já chegavam a UI pegando os bebês da incubadora, dando de mamar, acariciando-os, sem pedirem autorização ou ajuda à equipe. “Quando uma mãe é capaz de ser mãe com toda naturalidade, jamais devemos interferir. Quero que vocês consigam se sentir confiantes em sua capacidade como mães, e que não pensem que, por não terem um conhecimento profundo de vitaminas, não sabem, por exemplo, qual a melhor maneira de segurar seu bebê no colo” (Winnicott, 2006, p. 14).

Essas mães desejaram participar da EC e demonstraram desapontamento por não poderem fazê-lo, pois em alguns casos o bebê não era candidato a EC devido à sua condição clínica, em outros a EC da Maternidade Viva Vida encontrava-se fechada. Algumas ainda realizaram a posição canguru na própria UI, o que pareceu ter sido um momento de satisfação para elas e da oportunidade de um maior contato com seus bebês.

Sabiam que a posição canguru era mais uma forma de estarem próximas e ajudarem seus bebês a se recuperarem. Winnicott (1999) relata que é muito importante a mãe ver e sentir o bebê contra o seu corpo, após o nascimento, destacando que elas buscam superar o estado de sonolência após o parto, para poderem tocar e sentir seu filho imediatamente.

As subcategorias indicadoras da PMP nessas mães foram muitas e a qualidade da relação estabelecida era positiva. Essas mães desenvolveram a PMP desde a gestação e na UTI/UI esta se fortaleceu. Na consulta de *follow-up*, essas mães manifestavam com grande satisfação a maior liberdade/proximidade que tinham com seus bebês em casa. Eram momentos muito esperados por elas: poder levar o filho para casa, o momento delas estarem o tempo todo com os filhos, poder estar cuidando de seus filhos mais de perto.

É a PMP que confere à mãe a capacidade de saber o que o bebê está sentindo. “Ninguém mais sabe. Os médicos e enfermeiras talvez saibam muito a respeito de psicologia, e certamente conhecem tudo sobre a saúde e a doença do corpo. Mas não sabem como o bebê está se sentindo a cada minuto, pois estão fora dessa área de experiência” (Winnicott, 2005, p. 22).

Para Winnicott (1999), é importante que os profissionais de saúde não interfiram nesta comunicação tão sofisticada da mãe com o filho, e procurem não tentar ensinar às mães o que fazer com eles, pois estas já sabem como agir da melhor maneira possível.

No caso do nascimento prematuro, podemos pensar como exceção ao que Winnicott se referiu anteriormente, pois a EC foi de grande importância para essas mães, que puderam se sentir mais próximas de seus bebês com a ajuda da equipe. Nesta enfermaria, era notável como essas mães estavam mais atenciosas, mais cuidadoras e carinhosas. O vínculo parecia ter se formado. Cabe destacar a relevância de três mães terem desenvolvido a PMP na EC. Acredita-se que o papel da equipe junto a essas mães foi significativo quanto à mudança na relação delas com seus bebês. A atuação da enfermagem apoiando-as, incentivando no contato com os bebês, mais especificamente nos cuidados ao prematuro auxiliou na aquisição de segurança destas mães e no aumento da proximidade com estes. Além disso, o acompanhamento da psicóloga proporcionou a essas mães o espaço para que suas questões e dificuldades pudessem ser acolhidas e possivelmente auxiliasse na mudança de postura com seus bebês. Essas mães conseguiram superar as dificuldades vividas, ter a identificação com a maternidade e construir o lugar do filho.

Algumas subcategorias ambivalentes comuns nessas mães foram: “o estar assustada/decepcionada com o nascimento prematuro”, “a ruptura do nascimento prematuro”, “o medo da evolução negativa do quadro clínico dos bebês”, o que mostra o receio de perderem seus bebês; “o medo do contato inicial” também esteve presente nessas mães e nos faz pensar em uma adaptação ou aprendizado sobre seus filhos. Em relação à função materna, Winnicott (2005) aponta que a PMP está entre as funções que fazem parte da maternidade suficientemente boa. Contudo, segundo Gomes (2000), no início, as mães de prematuros terão dificuldades para estabelecer uma relação de identificação com seu filho e exercer plenamente a maternidade, pois estes lhes parecem estranhos logo após o nascimento.

Como subcategorias negativas registradas comuns, algumas dessas mães tiveram “dificuldades ao amamentar no seio”, mas depois lidaram bem com a questão. A “modificação da rotina/ está corrida” também apareceu para algumas dessas mães, mas ao mesmo tempo foi percebido o esforço que vinham fazendo para darem conta de seus afazeres domésticos e para estarem com seus bebês.

A seguir apresenta-se outro quadro comparativo entre os dois grupos de mães que não desenvolveram a PMP, contendo um resumo das características destes e logo em seguida a análise de cada grupo.

**QUADRO 2 – Comparação dos resultados gerais das mães dos grupos A e B que não desenvolveram a PMP**

Grupo A (10 mães)	Grupo B (10 mães)
Mães-bebês que passaram pela EC	Mães-bebês que não passaram pela EC
<b>3 mães não desenvolveram a PMP</b>	<b>4 mães não desenvolveram a PMP</b>
<u>Fatores colaboradores ou circunstanciais</u>	<u>Fatores colaboradores ou circunstanciais</u>
<u>desfavoráveis ou pouco favoráveis para a</u>	<u>desfavoráveis ou pouco favoráveis para a PMP:</u>
<u>PMP:</u>	-Não planejaram, nem desejaram a gestação;
-Não planejaram, nem desejaram a gestação;	- Não tiveram apoio do pai do bebê;
-Não tiveram apoio do pai do bebê;	- Ameaça ou tentativa de aborto.
-Ameaça ou tentativa de aborto.	<u>Subcategorias negativas à presença da PMP:</u>
<u>Subcategorias negativas à presença da</u>	- Acompanhamento do filho era precário;
<u>PMP:</u>	- Não houve disponibilidade ou desejo de ficar na Casa da Gestante;
- Interação pouca e distante;	- Amamentação era realizada como uma obrigação;
- Interesse, dedicação e envolvimento escassos;	- Follow-up - não compareceram a consulta.
- Não faziam planos com o bebê	
- Amamentação forçada;	
- Vínculo frágil e inseguro	
EC – mais seguras – pouco envolvidas, sensíveis, falta de desejo de cuidar.	
Follow-up – duas compareceram - distantes.	

Três mães (sujeitos 4, 7, 10) do grupo A tiveram dificuldade em desenvolver a PMP. Nenhuma delas planejou e/ou desejou a gestação. Duas tiveram questões importantes com os pais de seus bebês, ou seja, problemas de relacionamento que influenciaram bastante a relação delas com os filhos. A interação com os bebês era pouca e distante, assim como o interesse, dedicação e envolvimento. Não faziam

planos, ou quando os faziam era focando outras questões que não o bebê. O vínculo estabelecido era frágil e inseguro.

Quando o bebê está pronto para nascer, a mãe se sente adequadamente amparada por seu companheiro, está preparada para uma experiência na qual ela sabe quais são as necessidades do bebê, de acordo com Winnicott (2006).

Conforme Winnicott (2000) o pai teria um papel fundamental neste momento, pois ele cuidaria para que as preocupações do ambiente externo não atingissem a mãe, para que a mesma siga devotando-se ao filho. As mães citadas anteriormente não tiveram o companheiro para apoiá-las, o que seria de grande importância para uma relação favorável delas com o filho.

A EC proporcionou uma maior proximidade e segurança nos cuidados, mas mesmo nesta etapa do Método Canguru, a PMP não parece ter se desenvolvido nessas mães, como se constata através do pouco envolvimento, pouca sensibilidade e ausência de preocupação e desejo de estar com o bebê, de cuidar, de "ser mãe". Na consulta de *follow-up*, pôde-se perceber, nas duas mães que compareceram, que a dificuldade na relação com o bebê continuava, pois permaneceram distantes, uma vez que não eram elas quem cuidavam dos bebês, tinham prioridades outras que não os filhos.

Quanto aos indicadores ambivalentes para a PMP, as subcategorias “tenta construir sua explicação para o nascimento prematuro”, “não identifica o motivo do nascimento prematuro”, se repetiram, o que nos leva a pensar na dificuldade dessas mães em lidar com a realidade do nascimento prematuro, ao buscar explicações que as faziam tentar dar conta do bebê real. A subcategoria “bebê sob os cuidados da equipe” foi um registro feito sobre essas mães, que pareciam temer ou não querer cuidar de seus bebês pela fragilidade que apresentavam, desejando deixá-los aos cuidados da equipe. A subcategoria “em modificação da rotina/está corrida” demonstra a dificuldade dessas mães em adaptar-se a nova rotina com o bebê em casa. Todas essas mães tiveram subcategorias negativas quanto ao aspecto da amamentação: “falta de desejo” e “insatisfação ao amamentar”. Como subcategorias negativas presentes nessas mães destacam-se “o temor de não dar conta de cuidar do bebê” e “a dificuldade em lidar/atender às manifestações de desconforto do bebê”, o que reforça a ideia de um contato inicial temido e evitado pela fragilidade do bebê.

Winnicott (1999) ressalta que os momentos de separação entre mãe e bebê não devem ser prolongados neste momento inicial do pós-parto, pois o bebê ainda não



internalizou a mãe e, caso a mesma se ausente por um período maior do que ele poderia suportar, o bebê sentirá angústia de aniquilamento. O autor enfatiza que a mãe não deve se ausentar por mais minutos, horas ou dias acima da capacidade do bebê em manter a imagem materna viva e amiga. “A falha da mãe em adaptar-se na fase mais primitiva não leva a coisa alguma, salvo à aniquilação do eu do bebê” (Winnicott, 2000, p. 403). Dias (2003) defende que aquela mãe em preocupação materna primária que, por eventualidades da vida, precise ficar longe de seu bebê por determinado tempo, vai saber da importância de deixar algo que traga sua lembrança, para que o bebê não sinta tanto sua distância.

As mães que manifestaram negatividade para a PMP eram distantes de seus bebês. Estes permaneceram dias e/ou semanas na UTI/UI sem ter a presença materna, ou algo que a lembrasse. Provavelmente, neles, a angústia de aniquilamento, referida por Winnicott, se fez presente.

Quatro mães (sujeitos 12, 14, 19, 20) do grupo B não desenvolveram a PMP. Os fatores colaboradores ou circunstanciais dessas mães foram desfavoráveis ou pouco favoráveis. Três não tinham o apoio do pai do bebê e a relação de duas delas com o companheiro era muito conturbada, influenciando diretamente na relação que estabeleciam com os filhos. O fato de não terem planejado nem desejado a gestação também foi comum a elas. Houve a tentativa ou a idéia de aborto. O acompanhamento dos filhos na UTI/UI era precário e, para algumas, somente após o contato da equipe solicitando que comparecessem é que elas o fizeram. Nenhuma delas teve disponibilidade ou desejo de permanecer na Casa da Gestante e não compareceram à consulta de *follow-up*.

Winnicott (2005) diz que uma das características maternas predominantes na PMP é sua capacidade de deixar de lado, temporariamente, seus interesses pessoais e concentrá-los no bebê; tal capacidade não esteve presente nas quatro mães citadas.

Szejer (1999) propõe e aplica a intervenção sistemática, em que explica para essas mães como seus filhos precisam da presença do pai e da mãe ainda mais que os bebês nascidos a termo. A autora destaca que esses bebês prematuros são sensíveis a essa presença e a reconhecem. A intervenção proposta visa estimular a aproximação das mães com seus filhos, ajudando-as a perceberem os sinais de comunicação do bebê, com o objetivo de dar o máximo de subsídios às mães, a fim de que possam aproveitar os momentos de concentração de seu filhos, estimulando-as a exercer a PMP. Porém, nessas

quatro mães do grupo B, a interação com os bebês era distante e fria, a amamentação feita como uma obrigação, o interesse em cuidar e em conhecer o filho era pequeno ou não existia, nos planos que faziam o bebê não estava incluído, tiveram dificuldade em abdicar de suas questões pessoais para estar com os filhos, algumas não se importavam muito e pareciam até aliviadas em deixar que a equipe acalmasse seus bebês, quando estes tinham manifestações de desconforto. Não demonstravam perceber a condição de dependência do bebê. Algumas delas, que foram convidadas a ir para a EC, recusaram-se por falta de desejo ou por outros motivos pessoais.

Uma dessas mães (sujeito 20) pareceu ter começado uma relação de mais envolvimento com sua filha após seu nascimento, apresentando inclusive algumas manifestações positivas para a PMP. Falava da culpa que sentia por tê-la rejeitado. Essa mãe talvez pudesse ter desenvolvido a PMP, porém sua filha veio a falecer ainda na UTI.

As subcategorias ambivalentes que apareceram com mais frequência foram “o temor no contato físico inicial”, que nos faz pensar se essas mães, efetivamente, evitavam esse contato devido às questões despertadas com o nascimento prematuro. “O acreditar na explicação médica para o nascimento prematuro dos filhos” e “o estar assustada e decepcionada com o nascimento prematuro” também foi frequente nessas mães, que pareciam não aceitar o nascimento de um filho não desejado.

Quanto às subcategorias negativas que mais surgiram foram: “o temor de não dar conta”, “a dificuldade em amamentar no seio”, “a falta de tranquilidade ao amamentar”, “o não possuir disponibilidade e desejo para participar da EC”, “não abdicar de suas questões pessoais e do trabalho em favor da criança” e “o cansaço”. Todas foram subcategorias presentes nessas mães indicando a dificuldade em estabelecer uma relação positiva com o filho.

Três mães (sujeitos 6, 8, 9) das 10 do grupo A desenvolveram a PMP após o nascimento dos bebês, visto que, na gestação, esta condição materna não se desenvolveu. Essas mães apresentaram manifestações indicadoras de maior dificuldade na relação com os bebês durante a gravidez: não planejaram nem aceitaram a gestação, tiveram ameaça ou tentativa de aborto, sérias alterações de saúde e relataram não se sentirem bem na gravidez, referindo-se a esta como horrível ou ruim.

De acordo com Winnicott (1999, citado por Esteves 2009), o ambiente adquire importância máxima quando o bebê ainda é um feto. O autor aponta que não é possível estabelecer o momento certo no qual o feto passa a ser percebido como pessoa, mas que

tal fato ocorre ainda dentro da barriga da mãe, o que estaria relacionado também à emergência da PMP. O autor enfatiza ainda que a base de todo o desenvolvimento humano é a continuidade desse processo, que tem início antes do nascimento propriamente dito. Para que o potencial herdado seja desenvolvido em continuidade com a linha da vida, a presença de um ambiente facilitador é fundamental desde a gestação. Tal ambiente é representado pela mãe identificada com seu bebê na gestação, o que indica a presença da PMP.

Com o nascimento dos bebês, uma dessas mães (sujeito 8) apresentou inicialmente dificuldade em assumir a responsabilidade de ser mãe, mas aos poucos foi se mostrando uma mãe dedicada, envolvida, preocupada e interessada. Outra mãe (sujeito 6) percebeu melhor a responsabilidade que tinha em ser mãe e logo demonstrou envolvimento e interesse por seu bebê. A terceira mãe (sujeito 9) passou por uma situação peculiar e difícil durante a gestação mas, após o nascimento do bebê que sobreviveu, aos poucos foi conseguindo se envolver e mostrou-se dedicada e cuidadosa com ele.

Uma delas (sujeito 8) não compareceu à consulta de *follow-up*, mas acredita-se que tenha dado continuidade ao acompanhamento de seus bebês gêmeos com o pediatra de sua cidade, visto já ter demonstrado o desenvolvimento de um vínculo de responsabilidade com eles. As outras mães (sujeitos 6 e 9) que compareceram a consulta de *follow-up* continuaram a demonstrar o vínculo que já havia se formado entre elas e os bebês, pois estavam satisfeitas com os bebês em casa, relatando suas aquisições. Conclui-se que essas mães desenvolveram a PMP após o nascimento de seus bebês e esta se fortaleceu com passagem pela EC.

As três mães destacadas anteriormente tiveram manifestações ambíguas em relação aos bebês, principalmente uma delas. “O bebê sob os cuidados da equipe” foi um registro comum, o que nos faz pensar na distância inicial que estavam de seus bebês e do alívio que sentiam em “deixá-los” aos cuidados da equipe.

Em relação às subcategorias negativas que essas três mães apresentaram, destacam-se a “dificuldade inicial na relação com os filhos”, mas que aos poucos pareceram superadas na medida em que pode ser observada uma relação positiva com estes.

A PMP se desenvolveu na maioria das mães deste estudo. Isso nos leva a perceber que o contexto da prematuridade, apesar de, em geral, ser caracterizado por momentos de

angústia e medo, não impediu que as mães conseguissem demonstrar a prioridade que a maternidade representava para elas. Parecia que tinham "vencido" as dificuldades impostas pela separação forçada que o contexto do nascimento prematuro provoca e como mães, extremamente dedicadas, estavam ao lado de seus bebês, dispostas a enfrentar todos os obstáculos. A condição da PMP desenvolveu-se nas mães dos bebês prematuros, apesar de todas as questões envolvidas no contexto da prematuridade. Podemos até mesmo pensar que a própria condição de grande dependência e fragilidade em que o bebê prematuro se encontra poderia exacerbar o estado da PMP em algumas mães que se vêm impelidas a cuidar mais destes do que o fariam com um bebê nascido a termo.

Através da análise comparativa entre os grupos, houve a diferença de apenas uma mãe a mais no grupo A (passaram pela EC) que desenvolveu a PMP (do total de 10 mães deste grupo, 7 desenvolveram a PMP (4 a desenvolveram desde a gestação e 3 a desenvolveram na passagem pela EC). As mães do grupo B (do total de 10 mães deste grupo, 6 desenvolveram a PMP), mostraram também um nítido desenvolvimento da PMP. Além disso, percebemos que, no grupo A, três mães desenvolveram a PMP, após o nascimento do bebê, ao passarem pela EC e três mães deste grupo, não a desenvolveram mesmo tendo passado pela EC. Pode-se então, perceber que houve a mesma quantidade de mães que desenvolveram a PMP na EC e aquelas que não a desenvolveram mesmo tendo passado pela EC. Diante desta constatação e dos demais dados, conclui-se que a EC não influenciou, de modo determinante, no desenvolvimento da PMP. Entretanto, acreditamos que a EC tenha representado um momento de estímulo e de fortalecimento para o desenvolvimento desta condição materna.

As mães do grupo B, que não puderam ir para a EC por questões relacionadas com a condição de saúde de seus bebês, ou pelo fato da EC da Maternidade estar fechada, demonstraram o desejo de estarem ainda mais próximas de seus bebês se pudessem estar nesta Unidade. Algumas dessas mães que não passaram pela EC falaram do diferencial que era estar com os filhos em casa devido à proximidade e à maior liberdade que tinham com estes atualmente do que quando estavam na UI. As mães do grupo A que passaram pela EC puderam desfrutar desse contato e prazer com seus bebês mais cedo.

Como não era objetivo do estudo acompanhar as mães após a alta de seus bebês, apenas uma entrevista ocorreu na consulta de *follow-up*. Nesta, observou-se que, apesar das mães que haviam desenvolvido a PMP continuarem envolvidas e dedicadas, muitas

estavam com temores de que acontecesse algo com seus bebês em casa, ficavam nervosas com as manifestações de desconforto destes etc. Isso nos leva a questionar como se daria, para essas mães, o desfecho da PMP e a evolução para as demais fases citadas por Winnicott.

Percebemos que os fatores colaboradores ou circunstanciais para a PMP são de grande relevância e influência para a relação que a mãe estabelecerá com seu bebê ainda na gestação. As mães que não a desenvolveram tiveram vários fatores desfavoráveis, o que realmente dificultou um vínculo próximo com seus bebês. Chama a atenção o fato das mães que não desenvolveram a PMP não terem contado com o apoio de seus companheiros. Esta questão nos leva a pensar sobre o papel fundamental que o pai desempenha junto à mãe e, até mesmo, como um importante fator colaborador para o desenvolvimento da PMP.

As mães que não desenvolveram a PMP e tiveram manifestações de uma relação conturbada com seus bebês desde a gestação não mudaram seus posicionamentos diante destes, nem mesmo após as intervenções realizadas pela psicóloga/pesquisadora que acompanhava os casos. Pensamos que o nascimento prematuro dos bebês não tenha sido o fator principal na dificuldade de desenvolvimento da PMP nessas mães, pois acreditamos que se tratava de mães que realmente não tinham condições psíquicas e emocionais de maternagem neste momento de suas vidas.

Em suma, percebemos a importância da EC para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, mas não como determinante para o despertar ou o desenvolvimento da PMP.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo estudar a constituição e as formas de relação estabelecidas entre mãe e bebê prematuro a partir do referencial teórico de Winnicott e, mais especificamente, avaliar os efeitos do Método Canguru sobre o despertar da Preocupação Materna Primária. As mães-bebês dos dois grupos estudados vivenciaram o Método Canguru, com o diferencial entre os grupos que foi a passagem pela Enfermaria Canguru.

Dentre os principais objetivos do Método Canguru estão a aproximação e o envolvimento dos pais no processo de recuperação de um bebê prematuro numa UTI neonatal ou UI. O processo de separação e ruptura abrupta de um parto prematuro pode provocar efeitos indesejáveis para a relação entre mãe e bebê. Esse distanciamento, vivido na fase de vida tão inicial de um ser humano, pode comportar prejuízos numa etapa em que ele depende absolutamente de um outro que atenda suas diversas necessidades. De preferência que esse outro possa ser aquele com quem ele compartilhou os meses iniciais de vida intrauterina, que ele reconhece como familiar a partir das vozes que ouvia, batimentos cardíacos e sensações conhecidas. O Método Canguru, em todas as suas etapas, incentiva a mãe no contato com seu bebê, tentando amenizar a separação imposta pelas necessidades médicas decorrentes da prematuridade.

Winnicott (2006), ao ampliar o significado de “segurar” para que abranja tudo aquilo que, na vigência da PMP, uma mãe é e faz, coloca que ela não deve aprender nada nos livros. Este é o momento em que ela sente se o bebê precisa ser tomado nos braços ou colocado sobre uma superfície qualquer, ser deixado a sós ou mudado de posição, em que sabe que o essencial constitui a mais simples de todas as experiências, criando as condições necessárias para que se manifeste o sentimento de unidade entre duas pessoas, que de fato são duas, e não apenas uma. Estas coisas dão ao bebê a oportunidade de “ser”.

Pela análise dos resultados de todas as mães que participaram da pesquisa, percebemos que o desenvolvimento da Preocupação Materna Primária não foi dificultado ou retardado devido às condições da prematuridade e da separação decorrente da internação na UTI/UI, logo após o nascimento até a alta hospitalar.

Não resta dúvida de que as mães que passaram pela EC tiveram a PMP estimulada e fortalecida. A maioria das mães da pesquisa que vivenciaram esta etapa do Método ressaltou a satisfação de estarem mais próximas de seus bebês, de poderem cuidar deles, de sentirem-se “mais mães” nesta enfermaria. A EC proporcionou a elas maior confiança e segurança nos cuidados e no conhecimento das peculiaridades de seus bebês.

A equipe das duas Maternidades teve a postura de levar às mães que passaram pela EC o cuidado e o acolhimento que elas necessitavam diante do momento de fragilidade que vivenciavam. Esse cuidado proporcionou a essas mães maior segurança e, com isto, elas conseguiam estar mais próximas de seus bebês, conhecendo-os e cuidando melhor deles. Isso pode ter facilitado o despertar da PMP nas mães que somente a desenvolveram na EC e contribuído para o seu fortalecimento nas mães que já a haviam desenvolvido desde a gestação. Nas mães que não desenvolveram a PMP, este cuidado da equipe as ajudou a ficarem mais seguras nos cuidados que tinham que ter com os bebês, apesar da dificuldade demonstrada de se vincularem aos filhos prematuros.

Percebemos que o Método Canguru em sua integralidade permite às mães fazerem mais cedo o resgate do vínculo que foi rompido com o nascimento prematuro. Assim, apesar da EC não ser determinante no desenvolvimento da PMP, pensamos que o incentivo à proximidade e ao envolvimento da mãe com seu bebê prematuro proposta pelo Método e proporciona maior confiança e segurança nos cuidados e no conhecimento das peculiaridades do recém-nascido, resultando em uma maior possibilidade de vinculação da dupla.

Aspectos preconizados pelo Método Canguru como o acolhimento aos pais do bebê prematuro, promoção do vínculo mãe-bebê, do aleitamento materno, o acompanhamento ambulatorial (*follow-up*), o contato pele-a-pele da Posição Canguru, foram referências para a confecção do instrumento utilizado e para as conclusões desta pesquisa. Estas veem reforçar e apontar os benefícios do Método na recuperação dos bebês prematuros.

O instrumento utilizado veio a contribuir para melhor analisar as manifestações maternas indicadoras da PMP. Este, contendo as categorias e subcategorias indicadoras da PMP, nortearam não só o momento da coleta de dados através das entrevistas e

observações, mas proporcionaram que chegássemos à novas percepções sobre a relação mãe-bebê prematuro e sobre o desenvolvimento da PMP nessas mães.

O aprimoramento do instrumento no decorrer do trabalho permitiu um refinamento deste para que essas primeiras conclusões sobre o assunto fossem coerentes com os objetivos da pesquisa. Pretende-se que este continue em aprimoramento, visando obter reformulações ou novas idéias sobre as manifestações maternas indicadoras da presença da PMP, e/ou sobre os indicadores negativos para a PMP.

O instrumento construído contém aspectos a serem observados e priorizados na relação entre mãe e bebê que podem ser indicadores favoráveis de um desenvolvimento harmonioso ou sinais de uma relação conturbada que podem apontar para a oportunidade de intervenções preventivas de futuros problemas.

É importante que, como profissionais da saúde, estejamos atentos e possamos oferecer recursos preventivos e psicoterápicos àquelas mães que não conseguiram desenvolver a PMP, que se mostram frias e distantes de seus bebês ou que se encontram perturbadas pelas situações ambientais que as cercam.

Seguramente podemos indagar e sugerir para futuras pesquisas: como prevenir a evolução de uma relação inicial desfavorável para o futuro amadurecimento do sujeito? Como esse indivíduo, que não teve sua mãe no estado da PMP para identificar-se com ele e poder atendê-lo em suas necessidades básicas, poderá continuar caminhando para as etapas da dependência relativa e independência? Será possível ajudar a mudar este começo difícil da relação?

Pensando em prevenir possíveis distúrbios na relação mãe-bebê e atenuar os impactos destes no desenvolvimento do bebê prematuro, é fundamental que, principalmente o psicólogo, ofereça às mães o espaço para que as angústias, medos e fantasias referentes ao momento do trauma da separação de seus bebês sejam acolhidos. As devidas intervenções neste momento crucial das primeiras experiências de um bebê devem ser realizadas visando a construção do vínculo saudável entre mãe e bebê.

Como limitações do estudo, pensamos na postura da pesquisadora e psicóloga que acompanhava/atendia as mães da pesquisa. O limite era tênue entre a percepção dos dados colhidos nas observações e entrevistas e o que era conteúdo dos atendimentos às mães. Acreditamos que em alguns momentos, as questões trazidas nos atendimentos das mães que participaram da pesquisa influenciaram nas conclusões dos dados da



pesquisa. Para todas as mães foi oferecido atendimento psicológico, porém nem todas o buscaram, como ocorreu, por exemplo, com a maioria das mães que não desenvolveu a PMP. Pensamos que essas mães não puderam aproveitar o espaço oferecido pela psicologia para elaboração de suas angústias, o que pode ter impossibilitado, de certa forma, a resolução das questões envolvidas na relação conturbada com seus filhos. De outro lado, percebemos que o espaço de atendimento e de elaboração propiciado às mães, dentro dos princípios do Método Canguru, pode ter influenciado positivamente na mudança de posicionamento de algumas mães em relação à maternidade e, portanto, no desenvolvimento da PMP.

Por ser um estudo de caso de caráter transversal, obtivemos apenas os dados daqueles momentos pesquisados. Um estudo longitudinal com as mães-bebês estudados, certamente ampliaria a compreensão da dinâmica e das mudanças ocorridas na interação mãe-bebê prematuro.

Durante a realização da pesquisa, o fato desta ter sido interrompida na Enfermaria Canguru da Maternidade Viva Vida prejudicou a continuidade da coleta de dados e a previsão da data de término da dissertação. Por outro lado, a necessidade da pesquisa continuar na Maternidade Escola do Rio de Janeiro proporcionou seu enriquecimento a partir do contato com dados de uma outra instituição e um outro contexto cultural. Foi possível apreender os aspectos peculiares de cada Maternidade, as posturas dos profissionais e filosofias de cada uma, além do reflexo destes na prática do Método Canguru com os bebês prematuros e suas mães.

O estudo desenvolvido foi o início do surgimento de vários novos questionamentos diante do crescente número de nascimentos prematuros, que necessitarão de outras pesquisas para respondê-los. Além de buscar um aprimoramento do instrumento utilizado nesta pesquisa, para que a PMP possa ser mais aprofundada em seus aspectos relacionados ao vínculo entre mãe e bebê prematuro, é importante dar continuidade ao acompanhamento das mães-bebês estudados aqui. Como será o desenvolvimento do bebê prematuro que for para casa, tendo uma relação desfavorável com sua mãe? Como será a continuidade da relação entre esta mãe e este bebê? Quais as consequências da relação que se estabeleceu neste período inicial de vida?

Para finalizar, acreditamos poder dizer que esse estudo permitiu uma maior compreensão de aspectos que envolvem o nascimento prematuro, principalmente no que se relaciona a um maior conhecimento da dinâmica do desenvolvimento da PMP,

ênfatizando a importância do que Winnicott coloca sobre o ambiente no qual a criança começa a se desenvolver, para que ela possa caminhar rumo à sua identidade e ao seu amadurecimento como indivíduo.

## REFERÊNCIAS

Abram, J. (1996). *The Language of Winnicott, a Diccionario of Winnicott's use of Words*. London, Karnac.

\_\_\_\_\_. (1997). *A linguagem de Winnicott*. Tradução de Marcelo Del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter.

Agman, M., Druon, C., Frichet, A. (1999). Intervenções psicológicas em neonatologia. In: Wanderley, D. B. (org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma.

Almeida, M.L.B. (2004). Grupo criar-te: A criatividade em UTI Neonatal. In: Aragão, R.O. (org.). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Anderson, G.C., Moore, E.R., Bergman, N. (2004). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Library*, issue 2. Disponível em <<http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=re-views>>. Acessado em 12/02/10.

Bowlby, J. (1988). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.

\_\_\_\_\_. (1989). As origens do apego. In: *Uma base segura: aplicações clinicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

\_\_\_\_\_. *Apego*. (2000). In: KLAUS, M. et al. *Vínculo – Construindo as Bases para um Apego Seguro e para a Independência*. Porto Alegre: Artes Médicas Editora.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002) *Área Técnica da Saúde Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru: Manual Técnico*. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém -nascido de baixo peso: Método Canguru/

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança.  
- Brasília: Ministério da Saúde.

Brofenbrenner, U. (2005). A ecologia do desenvolvimento humano e experimentos naturais e planejados. In. LAMY, Z. S. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10 (3). 659-668.

Busnel, M.C. (1997). *A linguagem dos bebês – sabemos escutá-los*. São Paulo: Escuta.

Cardoso, A.C.A., Romiti, R., Ramos, J.L.A., Issler, H., Grassiotto, C., Sanches, M.T.C. (2006). Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. *Revista Pediatria FMUSP*. 28(2):128-34.

Charpak, N; Calume, Z. F.; Hamel, A. (1999). *O método mãe-canguru. Pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras*. Rio de Janeiro: McGraw Hill.

\_\_\_\_\_. (2000). Humanizing neonatal care. *Acta Paediatrica*, Stockholm, v. 89, n. 5, p. 501-502, May. In. Caetano, L.C. (2004). *Vivendo no Método-Canguru: a tríade mãe-filho-família*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Charpak, N. (2001). Kangaroo mother care in developing countries. 5th World Congress of Perinatal Medicine 1023-1027. In. Lamy, Z. S. et al. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10 (3). 659-668.

Colucci, A.M., Mello, A.M., Mello, C.M., Pavan, E.M., Silveira, L.F.B., Gracio, M.C.C. (2006). Investigação das condições para a instalação da preocupação materna primária: incidência na população e estudo longitudinal dos bebês observados. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina legal*. 100(1).

Coutinho, F. (1997). O ambiente facilitador: a mãe suficientemente boa. In: *Winnicott - 100 anos de um analista criativo*. Rio de Janeiro: Nau.

Davis, M.; Wallbridge, D. (1982). Pressupostos Básicos. In: *Limite e espaço: uma introdução à obra de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

Druon, C. (1997). Ajuda ao Bebê e aos seus Pais em Terapia Intensiva Neonatal. In: Wanderley, D. B. *Agora eu era o Rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma.

Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

Esteves, C. M. (2009). *A preocupação materna primária em mães de bebês nascidos pré-termo*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Eutelério, F.R.R., Rolim, K.M.C., Campos, A.C.S., Frota, M.A., Oliveira, M.M.C. (2008). O imaginário das mães sobre a vivência do Método Mãe-Canguru. *Revista Ciência Cuidado Saúde*. 7(4):439-446.

Fleury, C. (2009). *O desenvolvimento da preocupação materna primária em primíparas com pré-eclâmpsia – estudo clínico qualitativo*. Dissertação de Mestrado, UNICAMP.

Gil, A. C. (1994). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Gomes, S. M. L. (2000). *A relação mães-bebês em risco: um estudo das manifestações psicossomáticas precoces*. Dissertação de Mestrado, PUC-RJ.

Grenet, M. F. (1997). Os meios de comunicação do prematuro. In: BUSNEL, M.C. *A linguagem dos bebês – sabemos escutá-los*. São Paulo: Escuta.

Guimarães, M. A. C. (2001). *A rede de sustentação: um modelo winnicottiano em saúde coletiva*. Tese de Doutorado, PUC-RJ.

Javorski, M. (1997). *Os significados do aleitamento materno para as mães de prematuros em cuidado canguru*. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

Katakurz, E.A.L.B; Giordani, A.T.; Domingues, T.C. (2008). *Humanização da saúde : o Método Mãe-Canguru e as percepções de mães que o vivenciaram*. Universidade Estadual do Norte do Paraná.

Kennell, J. H.; Klaus, M. H. (1992). Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. *Pais/bebê: a formação do apego*. Tradução Batista, D. Porto Alegre: Artes Medicas.

Kennell, J.H. (1999). The humane neonatal care initiative. *Acta Paediatrica*, Stockholm. v.88, n.4, p. 367, April. In. Caetano, L.C. (2004). *Vivendo no Método-Canguru: a tríade mãe-filho-família*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Klaus, M.H.; Klaus, P.H.; Kennell, J.H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lamy, Z.C. (2003). Metodologia Canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na Unidade Neonatal, p. 141-156. In Mel Moreira, NA Braga, DS Morsch (orgs.). *Quando a vida começa diferente*. Coleção Criança, Mulher e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Lamy, Z.C., Gomes, M.A.S.M., Gianini, N. O. M., Henning, M. A. S. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10 (3). 659-668.

Lansky, S., França, E.; Leal, M.C. (2002). Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*. 36(6): 759-772. In. Lamy, Z. S. et al. (2005).

Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10 (3). 659-668.

Loparic, Z. (1995). Winnicott e o Pensamento Pós-Metafísico. *Psicologia USP* n.3, vol.6: 39-61. São Paulo.

Ludington, S.M.; Golant, S.K. (1993). Kangaroo care. The best you can do to help your preterm infant. New York: Bantam Books. In. Caetano, L.C. (2004). *Vivendo no Método-Canguru: a tríade mãe-filho-família*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Marson, A.P. (2008). Narcisismo Materno: quando meu bebê não vai para casa. *Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. V.11, n.1, Rio de Janeiro: Jun.

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

Moreira, J.O.M., Romagnoli, R.C., Dias, D.A.S., Moreira, C.B. (2009). Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: pesquisa qualitativa na rede pública de Betim. *Psicologia em Estudo*. 14 (3). 475-483.

Morsh, D.S; Braga, M.C.A. (2007). À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 624-636, dez.

Nobre, F.D.A., Linhares, M.B.M., Carvalho, A.E.V., Ferlin, M.L., Martinez, F. E.(2004). Risco neonatal e desenvolvimento infantil avaliado através da escala de desenvolvimento do comportamento da criança: 1o ano de vida (EDCC). *Revista Paulista de Pediatria* 22(35).

Oliveira, M.C.B. (2002). *Avaliação do crescimento de recém-nascidos de risco egressos de UTIs neonatais – um estudo prospectivo e multicêntrico*. Dissertação de mestrado, IFF/Fiocruz, Rio de Janeiro.

Organização Mundial de Saúde. (2004). *Método Mãe Canguru: Guia Prática*. Genebra.

Prochnik, M.; Carvalho, M..R. (2001). Método Mãe-Canguru de Atenção ao Prematuro. Rio de Janeiro: BNDES. In: Lamy, Z. S. et al. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10 (3). 659-668.

Quayle, J. (1997). Óbito Fetal e Anomalias Fetais: Repercussões Emocionais Maternas. In: Tedesco, J.J.A. et al. *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Atheneu.

Rodrigues, C. S. (2005). *Avaliação da implantação da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso Método Canguru no Brasil*. OPAS.

Safra, G. (1998). A transmissão do self no grupo familiar. *Revista Interações*. São Paulo: Editora UniMarco, vol.3, n.6:17/21.

Stern, D. Bruschweiler-Sternb, N. (1998). La naissance d'une mère. Paris: Odile Jacob. In: Morsh, D.S; Braga, M.C.A. (2007). À procura de um encontro perdido: o papel da "preocupação médico-primária" em UTI neonatal. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 624-636, dez.

Sptiz, R. (2000) *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.

Valler, E.H.R. (1990). A teoria do desenvolvimento emocional de D. W. Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 24 (2).

Venancio, S.I.; Almeida, H. (2004). Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre aleitamento materno. *Jornal de Pediatria* 80(5 Supl): 173-S180.



Vidal, M. (2006). *Dor e superação de mães e bebês prematuros-trajetórias da UTI para o convívio familiar*. 209p. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro.

Winnicott, D.W. (1985). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zarah Editores, 2006.

\_\_\_\_\_. (1986) *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. (1986)  *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: \_\_\_\_\_. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. Psicoses e cuidados maternos. In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. (1954) A mente e sua relação com o psique-soma. In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. (1956) Preocupação materna primária. In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. (1948) A reparação em função da defesa materna organizada contra a depressão. In: \_\_\_\_\_. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. (1956) O desenvolvimento emocional primitivo. In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. (1970). Sobre as bases para o self no corpo. In: \_\_\_\_\_. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: ArtMed, 1994.

\_\_\_\_\_. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. (1974) O medo do colapso. In:\_\_\_\_\_. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas: 1989.

\_\_\_\_\_. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

\_\_\_\_\_. (1968). *A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências*. In: \_\_\_\_\_. *O bebê e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

\_\_\_\_\_. (1984) *Privação e delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

\_\_\_\_\_. (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes médicas, 1983.

\_\_\_\_\_. (1963) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e o processo de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

\_\_\_\_\_. *O Brincar e a Realidade*. Imago Editora: Rio de Janeiro, 1975.

Zorning, S.M.A., Morsch, D.S. (2004). Os tempos da prematuridade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamental*, São Paulo, v. VII, n. 4, p. 135-43, dez.

## ANEXOS

### Anexo 1

#### **CATEGORIAS PARA AVALIAÇÃO DA PRESENÇA/AUSÊNCIA DA PMP** **SUBCATEGORIAS DE INVESTIGAÇÃO PARA OBSERVAÇÃO E ENTREVISTA**

##### **1- Interação mãe – bebê (UTI/UI, EC e Follow-up):**

- demonstra estar confortável ao segurar o bebê (+)
- aproxima-se do bebê (+)
- olha para seu bebê (+)
- toca seu bebê (+)
- conversa com seu bebê (+)
- demonstra prazer em falar com o bebê e obter uma resposta (+)
- demonstra prazer no contato com seu bebê (+)
- pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê (+)
- interpreta os movimentos/expressões do bebê e faz tentativas de comunicação com ele (+)
- observa e comenta os progressos/aquisições do bebê (+)

##### **Novas subcategorias visando o aprimoramento do instrumento:**

- expressa desejo de maior contato com o bebê (+)
- identifica sentimento de "ser mãe" (+)
- maior liberdade/proximidade no contato (+)

- Para entrevista com a mãe: como você se sente ao segurar seu bebê? Como você se sente ao conversar, tocar e olhar para seu bebê?

##### **2- Amamentação(UTI/UI, EC e Follow-up):**

- pode amamentar (+)
- demonstra desejo de amamentar (+)
- demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar (+)
- interage com seu bebê durante a amamentação (+)
- permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando (+)
- mostra-se carinhosa ao pegar o filho para amamentar (+)
- demonstra tranquilidade quando não pode amamentar no seio (+)

##### **Novas subcategorias visando o aprimoramento do instrumento:**

- não pode amamentar mas demonstra desejo de amamentar (+)
- satisfação ao ver filha mamando bem (+)

- Para entrevista com a mãe: você vai poder amamentar? Como você tem se sentido ao amamentar? Quanto tempo permanece amamentando? Caso não possa amamentar, como se sente diante dessa impossibilidade?

##### **3- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e Follow-up):**

- demonstra interesse em cuidar do bebê (+)
- mostra-se segura e confiante em cuidar do bebê (+)
- demonstra interesse no tratamento do bebê, fazendo perguntas sobre a sua evolução clínica (+)

##### **Nova subcategoria visando o aprimoramento do instrumento:**

- em aprendizado dos cuidados do bebê (+)

Para entrevista com a mãe: como você se sente ao cuidar de seu?

**4- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e Follow-up):**

- mostra-se atenta e eventualmente preocupada (age com naturalidade e segurança) (+)
- tenta identificar o motivo do choro do bebê (+)
- consegue acalmar o bebê (+)

**Novas subcategorias visando o aprimoramento do instrumento:**

- iniciativa para aliviar a aflição do bebê (+)
- Para entrevista com a mãe: Como se sente quando seu filho chora? O que você acha que seu bebê pode estar sentindo quando chora? Como você faz quando ele chora?

**5- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e Follow-up):**

- demonstra perceber a condição de dependência do bebê (+)
- consegue interpretar as formas e meios com que o bebê expressa suas necessidades (+)
- Para entrevista com a mãe: como se sente em relação ao fato de seu bebê precisar de você?

**6- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI):**

- aceita (reconhece) a prematuridade do bebê (+)
- demonstra envolvimento (demonstra atenção, carinho) com o bebê (+)
- mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê (+)
- consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI (+)

**Novas subcategorias visando o aprimoramento do instrumento:**

- sente-se feliz por conhecer o bebê (+)
- Para entrevista com a mãe: porque acha que seu bebê nasceu prematuro? Como se sente com o fato de seu bebê ter nascido prematuro? Quais as expectativas quanto ao progresso de seu filho? O quê você se lembra do momento do parto, do dia que ocorreu, do momento da internação do bebê na UTI?

**7- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, Follow-up):**

- Na UTI/UI:
  - visita o filho na UTI e UI (+)
  - permanece mais de 1 (uma) hora na UTI/UI (+)
  - quando não pode ir a UTI ou UI telefona para ter notícias do bebê (+)
- No Follow-up:
  - comparece as consultas ambulatoriais (+)
  - demonstra interesse (indaga sobre) no tratamento e no desenvolvimento do filho (+)
  - segue o que a equipe do *follow-up* orienta quanto à estimulação do bebê (+)

**Novas subcategorias visando o aprimoramento do instrumento:**

- expressa mais segurança com as recomendações médicas (+)
- destaca a importância da EC (+)

- Para entrevista com a mãe: O que você acha importante seguir e o que está conseguindo fazer das orientações dadas pela equipe do *follow-up* para o seu bebê?

#### **8- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI):**

- demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru (+)
- tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru (+)

Para entrevista com a mãe: você deseja participar da 2º etapa do Método Canguru (da Enfermaria Canguru)? Você tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru?

#### **9- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC, FOLLOW-UP):**

- Na UTI/UI:

- demonstra desejo de levar o bebê para casa (+)
- abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança (+)
- inclui o bebê em seus planos e na sua vida (+)

##### **Nova subcategoria visando o aprimoramento do instrumento:**

- preocupa-se com o bebê (+)

- Na EC:

- permanece a maior parte do tempo na Enfermaria Canguru (+)
- já demonstra formas próprias de lidar com o bebê (+)
- coloca o filho na posição canguru com frequência (mínimo de 4vezes no dia por um período de 30 minutos) (+)
- demonstra estar confortável ao colocar o bebê na posição canguru (+)
- mostra-se mais participativa/envolvida na recuperação do seu bebê do que quando ele estava na UTI e UI (+)
- demonstra desejo de levar o bebê para casa (+)
- abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança (+)
- inclui o bebê em seus planos e na sua vida (+)

- No Follow-up:

##### **Nova subcategoria visando o aprimoramento do instrumento:**

- dá prioridade ao bebê(+)

- Para entrevista com a mãe: Você coloca o filho na posição canguru? Qual a frequência? Como se sente ao colocar o filho na posição canguru? Você se sente mais participativa na recuperação do seu bebê do que quando estava na UTI/UI? Quanto tempo você permanece na Enfermaria Canguru? Como você se sente na Enfermaria Canguru?

-você sente o sono mais leve e um estado permanente de alerta depois que o bebê nasceu? Desperta sempre que o bebê faz um som diferente? Você deseja levar seu filho para casa? O que a preocupa mais no momento? Quais são seus planos para a sua vida de agora em diante? – Não perguntei para as mães na EC

#### **10- Desenvolvimento do bebê (Follow-up):**

- A mãe estimula seu bebê (+)
- O desenvolvimento do bebê está de acordo com sua idade cronológica (+)

**Novas subcategorias visando o aprimoramento do instrumento:**

- percebe as aquisições do bebê (+)
- elogia seu bebê (+)

Para entrevista com a mãe: O que você percebe do desenvolvimento de seu bebê? Quais as aquisições de seu bebê?

**Subcategorias Ambivalentes:**

- mãe tenta construir sua explicação para o nascimento prematuro
- bebê sob os cuidados da equipe
- mostra-se assustada/decepcionada com o bebê prematuro na UTI
- não identifica o motivo do nascimento prematuro do bebê
- acredita na explicação médica para o nascimento prematuro
- expressa medo de evolução negativa do quadro clínico
- expressa temor do contato físico inicial com o bebê
- expressa cansaço
- expressa insegurança
- pede ajuda a equipe
- expressa desejo de cuidar de si mesma
- expressa temor de não dar conta
- expressa desejo de cuidar somente de si mesma
- não pode amamentar
- apresenta dificuldade para amamentar no seio
- fica nervosa e desesperada
- expressa desejo de cuidar de si mesma

**Subcategorias Negativas:**

- atribui a si a responsabilidade pelo parto prematuro
- fica nervosa e desesperada
- fica ansiosa com o choro dos bebês.
- dificuldade em assumir a responsabilidade de ser mãe
- não inclui o bebê em seus planos e na sua vida
- não pode amamentar
- não demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar
- não interage com seu bebê durante a amamentação
- demonstra dificuldade para amamentar no seio
- não permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando
- pede ajuda a equipe
- expressa cansaço
- expressa temor de não dar conta
- demonstra irritação de ter que cuidar do bebê
- expressa temor de não dar conta
- sem condições de se dedicar ao bebê
- distante do bebê

- delega à avó materna os cuidados/carinho do bebê
- demonstra desejo de se liberar logo das tarefas com o bebê
- dificuldade em perceber a condição de dependência do bebê
- não abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança
- não aceitação da gestação
- não desejar a gestação
- tentativa de abortar o bebê
- não estimula seu bebê
  
- não percebe manifestações de desconforto do bebê
- resistência e hostilidade com relação à EC
  
- falta de interesse em cuidar ou conhecer o bebê
- não acompanhava/visitava o bebê na UTI/UI
  
- dificuldade no contato com a equipe
- não segue a recomendação médica
  
- não possui disponibilidade para participar da EC
- não possui desejo para participar da EC
- não abdica de suas questões pessoais e de trabalho em favor da criança
- possui preocupações externas
- dificuldade em conciliar o tempo para os filhos
- não quer cuidar de seu bebê
  
- não se interessa por identificar as manifestações de desconforto do bebê
- demonstra imaturidade e desligamento do bebê
- sente dificuldade para dar conta dos dois bebês
- dificuldade/ansiedade com relação às demandas do bebê
- dificuldade/ansiedade com relação ao choro do bebê

**CATEGORIAS PARA AVALIAÇÃO DOS FATORES COLABORADORES DO DESPERTAR DA PMP (ambiente sócio-afetivo) E DAS CIRCUNSTÂNCIAS DO DESENVOLVIMENTO DA PMP (condições físicas e psicológicas da mãe durante a gravidez e o parto) - SUBCATEGORIAS DE INVESTIGAÇÃO PARA ENTREVISTA E OBSERVAÇÃO**

**1- Circunstâncias da gestação e do parto:**

- A descoberta da gravidez foi motivo de alegria (+)
- A gravidez foi manifestamente desejada (+)

**Nova subcategoria visando o aprimoramento do instrumento:**

- Fez o pré-natal corretamente (+)

Para entrevista com a mãe: Como ocorreu a descoberta da gravidez? A gravidez foi desejada? Houve ameaça ou tentativa de aborto? Foi realizado o pré-natal? Qual a frequência das consultas? Ocorreram intercorrências médicas? Se sim, quais foram e como estas se deram? Como se sentiu durante a gravidez? Qual a idade gestacional do nascimento prematuro?

**2 - Antecedentes e preparativos para o nascimento:**

- O nome do bebê foi escolhido (+)
- A casa e o enxoval foram preparados para a chegada do bebê (+)

**3- Presença/ participação do pai:**

- O casal está junto (+)
- O pai está presente (+)
- pega o filho (+)
- conversa com o filho (+)
- faz perguntas sobre o filho à equipe (+)
- dá apoio (incentiva) à mãe (+)

**4- Apoio familiar (participação e cuidados de outros familiares ou “pessoa apoio”\*):**

- Os avós do bebê ou outra “pessoa apoio” estão presentes (+)
- A presença/participação dos avós ou outra “pessoa apoio” dá mais segurança para a mãe (+)

\* “Pessoa apoio” será considerada a pessoa que a mãe escolher para auxiliá-la nos cuidados com o bebê, sendo ou não da família.

**5- Recursos materiais e condições sócio-afetivas da mãe (Follow-up):****Novas subcategorias visando o aprimoramento do instrumento:**

- consegue dar conta da nova rotina com o bebê em casa (+)
- em adaptação a nova rotina (+)
- conta com a ajuda de outra pessoa (+)
- consegue estar com o bebê (+)

- Para entrevista com a mãe: Como está sendo a rotina em sua casa? Você tem outros filhos? Tem disponibilidade para estar com seu bebê? Como distribui a atenção entre seus filhos? Tem alguém para ajudar com o bebê?

**Total de fatores colaboradores ou circunstanciais para a PMP: 14+**

17- 14 muito favoráveis  
 13- 9 favoráveis  
 8- 4 pouco favoráveis  
 3- 0 desfavoráveis



## Anexo 2

**Identificação dos sujeitos 1:**

Mãe: J. Bebê: E. (sexo feminino)

**Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

J. tem 18 anos e não tinha outros filhos. Reside na zona rural de uma cidade distante de Juiz de Fora. Internou-se na Maternidade Viva Vida devido à perda de líquido amniótico. Estava de 27 semanas de gestação. Foram realizados os devidos procedimentos médicos na tentativa de "segurar" a gestação por mais tempo: medicamentos e a recomendação de repouso no leito.

Ao completar 28 semanas e dois dias foi detectado que era necessária a realização do parto cesárea diante do risco de morte que o bebê corria. Nasceu uma menina pesando 930 g. Foi para a UTI neonatal em estado considerado grave. Foi entubada e recomendado o mínimo toque para evitar a perda de energia/caloria e de peso. E. surpreendeu a equipe da UTI ao conseguir ser desentubada logo após três dias de vida. Permaneceu três semanas na UTI, indo para UI onde ficou por duas semanas. A mãe pediu para participar da Enfermária Canguru e nesta ficou por duas semanas.

Logo após a alta hospitalar, J. foi convidada a permanecer na Casa da Gestante<sup>3</sup> para acompanhar a recuperação da filha. J. prontamente respondeu com grande entusiasmo que queria, sim, ficar mais perto da filha.

J. e E. não retornaram para a consulta de follow-up. Foram remarcadas novas consultas e mesmo assim não compareceram. Acredita-se que houve problema para mobilizar o transporte da prefeitura de sua cidade.

A gravidez foi descoberta aos 2 meses. Não foi planejada, mas muito desejada pelos pais. Houve ameaça de aborto aos 3 meses que logo cessou. A mãe fez o pré-natal corretamente. Teve como intercorrência médica durante a gestação a perda de líquido. Apesar disso, diz que se sentiu muito bem e feliz com a gravidez. Não houve tempo de

---

<sup>3</sup> A Casa da Gestante se situa no Hospital Regional João Penido, em Juiz de Fora, e tem a finalidade de oferecer, às puérperas que moram em outras cidades ou que residem em bairros mais distantes de Juiz de Fora, a permanência na Casa para que possam acompanhar o tratamento dos filhos na UTI e/ou UI. É também oferecida às gestantes de risco a permanência na Casa para realizarem o tratamento mais adequado em cada caso.

terminar o enxoval e o nome da filha já havia sido escolhido por ela. Inicialmente o bebê teve o nome de P. e posteriormente mudou para E.

J. é casada. O pai visitou a esposa e a filha uma única vez, devido a distância que estava de Juiz de Fora. Mesmo assim a mãe sempre falou do apoio que este lhe dava ao telefonar. Nesta visita o pai não pôde tocar na filha, apenas a observou. Sua família também não esteve presente por residirem distante, na mesma cidade de J.. J. refere-se ao apoio e segurança que sua mãe, sogra e cunhadas darão quando for para a casa.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos J. e E.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP:

Considera-se que J. teve os fatores colaboradores e circunstanciais favoráveis (10 pontos/fatores positivos) para o desenvolvimento da PMP pois, demonstrou desejo pela filha desde a gestação, escolheu o nome dela, preparou o enxoval durante a gravidez e fez o pré-natal corretamente. O casal estava junto e J. teve o apoio do pai de E. Sentia também mais segurança com a perspectiva do apoio que receberia dos avós de E. ao chegar em casa. J. estava distante das "pessoas apoio", porém foi percebido que J. sentia falta delas em alguns momentos.

Por outro lado, J. teve um total de 4 fatores colaboradores e circunstanciais negativos para o desenvolvimento da PMP: a perda de líquido amniótico durante a gestação, a gravidade de seu bebê devido a prematuridade (930 g), a gravidez não ter sido planejada e ter tido ameaça de aborto, e o fato de não ter comparecido à consulta de *follow-up*.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru:**

#### **- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): na primeira semana de observação, J. permanece todo o tempo olhando para a filha. Não desvia o olhar dela em momento algum. Ao final da visita, procura a pesquisadora para falar da saudade da família e do fato de não poder pegar a filha.

Nas demais observações, J. começa a tocar a filha e conversar; interpreta as expressões dela a partir de comentários como “você está com preguiça de abrir os olhos”,

“hoje você está agitada”. Passa a conseguir um contato maior com a equipe médica para acompanhar a evolução da filha. Durante todas as observações, chama a atenção o fato de J. ter o olhar fixo na filha, ao passo que é muito comum na UTI as mães desviarem o olhar para os outros bebês ou para a equipe. Na entrevista, ao ser perguntada sobre como se sentia ao interagir com a filha, J. diz que já a havia tocado e que ela segurou seu dedo. Ao conversar com a filha, percebeu E. chorando.

Na UI, J., de forma carinhosa, conversa e acaricia a filha, principalmente durante a amamentação. Com entusiasmo, a mãe ressalta: “Minha filha começou a sugar no seio. Está sugando que é uma beleza. Quero ir para a Enfermaria Canguru, pois agora só falta ela ganhar peso e eu aprender mais a cuidar dela”.

Subcategorias identificadas: expressa desejo de maior contato com o bebê; pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê; aproxima-se do bebê; olha para seu bebê; toca seu bebê; conversa com seu bebê; demonstra prazer no contato com seu bebê; interpreta os movimentos/expressões do bebê e faz tentativas de comunicação com ele; observa e comenta os progressos/aquisições do bebê

Na 2ª etapa (EC): J. conversa com E. na posição canguru e acaricia sua cabeça: “Você cresceu, está na hora de ir embora. Está me olhando, está me entendendo né?” Na entrevista, J. afirma que, na EC, pode pegar a filha o tempo todo e na hora que quiser: “Ontem E. mamou e não quis sair do meu colo, aí eu deixei; na UI, tinha que pôr na incubadora após as mamadas”. Ressalta ainda: “na EC pego mais, brinco mais, me sinto mais à vontade; na UI e UTI tinha vergonha.”. J. diz sentir-se “mais mãe” e sente-se melhor na EC.

Subcategorias identificadas: identifica sentimento de "ser mãe"; maior **liberdade/proximidade no contato**; demonstra estar confortável ao segurar o bebê.

#### **- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): durante o tempo que E. permaneceu na UTI, J. ordenha seu leite para que seja administrado por sonda. Devido à prematuridade, E. ainda não possui o reflexo de sucção. Mesmo diante dessa situação J. se mostra disposta a fazer a ordenha para participar da recuperação da filha. Na entrevista, J. fala: “Me sinto muito bem de poder tirar o leite para E., já que não posso amamentar por enquanto”.

Na UI, J. começa a colocar a filha para amamentar no seio. Com grande satisfação, J. comenta com a pesquisadora a aquisição da sucção da filha. Durante a observação, J.

chama a enfermeira para perguntar se não era a hora de amamentar E.. Ao pegá-la e colocá-lo no seio, J. acaricia suas bochechas e a chama pelo nome para acordá-la.

Subcategorias identificadas: não pode amamentar, mas demonstra desejo em fazê-lo; demonstra tranquilidade quando não pode amamentar no seio.

Na 2ª etapa (EC): J. comenta: “E. está mamando muito! É uma beleza! Posso comprar uma vaca para ela (risos)”. Na EC, J. é elogiada pela outra mãe que está na EC, pela sua dedicação e paciência ao amamentar a filha.

Subcategorias identificadas: pode amamentar; mostra-se carinhosa ao pegar o bebê para amamentar; demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar; satisfação ao ver filha mamando bem; interage com seu bebê durante a amamentação; permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando.

#### **- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): J., ao ser perguntada sobre como se sente ao cuidar de E., responde que não é ela quem cuida e sim a equipe.

Subcategorias identificadas: bebê sob os cuidados da equipe; mãe em aprendizado dos cuidados com o bebê; demonstra interesse no tratamento do bebê, fazendo perguntas sobre a sua evolução clínica.

Na 2ª etapa (EC): J. fala: “Agora sou eu quem cuido”. Durante a observação na EC, J. conta como foi o banho dado na filha: “Achei mais fácil do que estava imaginando. Acho que me saí bem”. J. é elogiada pela sua colega de quarto: “J. está indo muito bem: troca a fralda diretinho, canta para E. dormir etc.”

Subcategorias identificadas: demonstra interesse em cuidar do bebê; mostra-se segura e confiante em cuidar do bebê.

#### **- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): J. observou a filha chorando ou com algum desconforto uma vez, e disse que teve vontade de chorar junto. Acredita que a filha sentia-se agitada e por isso estava chorando. Para acalmá-la, conversou e tocou em sua cabeça. Na UI, ao ver E. chorando, J. fica preocupada, mas com tranquilidade pega e dá o seio. Acha que a filha sente dor ou fome; consegue acalmar E.

Na 2ª etapa (EC): J. fala de como E. é “boazinha”, “ela não chora, tenho que acordá-la para mamar”, “fico preocupada se ela está bem? Com fome?”

Subcategorias identificadas: mostra-se atenta e eventualmente preocupada; tenta identificar o motivo do choro do bebê; consegue acalmar o bebê; iniciativa para aliviar a aflição do bebê.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): J. demonstra perceber o quanto sua filha precisa dela, quando visita E. na UTI/UI todos os dias e permanece quase todo o dia próxima dela, participando de seu processo de recuperação.

Na 2ª etapa (EC): J. também demonstra perceber que a filha precisa dela, ao estar de forma ativa e próxima da filha na EC. Parece que J. percebe a importância de sua presença junto a E. e da dependência desta do amor e carinho de mãe.

Subcategorias identificadas: demonstra perceber a condição de dependência do bebê; consegue interpretar as formas e meios com que o bebê expressa suas necessidades.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI):**

Na entrevista, J. fala que acredita que E. nasceu prematura por ter trabalhado demais e a bolsa se rompeu. Com o nascimento prematuro da filha, J. ficou feliz por conhecê-la, mas triste por ela ser tão pequena e frágil. Possui a expectativa da filha sair depressa do hospital. Lembra com nitidez do dia do parto e de ter visto a filha muito rapidamente: “Só fui conhecer no dia seguinte, na UTI”.

J. passa o tempo das visitas iniciais à filha olhando-a como se estivesse descobrindo cada detalhe dela. J. comemora a saída da filha do respirador após três dias de vida. Já na UI, J. aponta sempre as aquisições e evoluções da filha.

Subcategorias identificadas: mãe tem sua explicação para o nascimento prematuro; atribui a si a responsabilidade pelo parto prematuro; sente-se feliz por conhecer o bebê; aceita (reconhece) a prematuridade do bebê; demonstra envolvimento (demonstra atenção, carinho) com o bebê; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI; mostra-se assustada/decepcionada com filha prematura na UTI.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): logo após o nascimento da filha, J. já manifesta o desejo de permanecer na Casa da Gestante. Visita a filha diariamente várias vezes ao dia e permanece mais de uma hora nos setores.

Subcategorias identificadas: visita o bebê na UTI e UI; permanece mais de 1 (uma) hora na UTI/UI.

Não compareceram à consulta de *follow-up*.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI):**

É a própria mãe quem pede à pediatra da UI para ir para a EC com a filha. Deseja saber cuidar mais e melhor desta.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru; tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): J. demonstra desejo de levar a filha para casa ao falar que sua família espera ansiosa por elas. Neste momento, suas preocupações eram de ficar longe de E. e desta vir a falecer. Já fazia planos de ficar com E. em casa, cuidando bem dela.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de levar o bebê para casa; expressa medo de evolução negativa do quadro clínico; preocupa-se com o bebê; abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança; inclui o bebê em seus planos e na sua vida.

Na 2ª etapa (EC): J. está sem preocupações no momento: “Está tudo indo muito bem: minha filha está bem”. Seus planos são de sair do hospital com a filha e educá-la bem. Uma semana antes da alta, J. fala com entusiasmo da proximidade deste dia e faz planos: “Quero ir embora, terminar de arrumar o enxoval dela, ainda falta comprar umas roupinhas. Vou sentir falta da EC, mas quero ir embora, ficar com minha família.” J. fala da posição canguru, na qual coloca a filha por volta de 6 vezes no dia. Sente-se muito bem e diz ser gostosa a posição. Diz se sentir mais mãe e mais participativa na EC. Passa o tempo todo na EC e fala: “Me sinto muito bem perto de E. Com ela aqui, quero ficar bem

perto. Acorda toda hora, seu sono ficou mais leve e desperta sempre que E. faz um som diferente.

Subcategorias identificadas: permanece a maior parte do tempo na Enfermaria Canguru; já demonstra formas próprias de lidar com o bebê; coloca o bebê na posição canguru com frequência (mínimo de 4 vezes ao dia por um período de 30 minutos); demonstra estar confortável ao colocar o bebê na posição canguru; mostra-se mais participativa/envolvida na recuperação do seu bebê do que quando ele estava na UTI e UI; relata que seu sono tornou-se mais leve, que está em um estado permanente de alerta e desperta sempre que o bebê faz um som diferente.

- Indicadores da PMP:

1- Evidentemente positivos: as subcategorias identificadas na dupla J. e E. podem ser reconhecidas como indicadores evidentemente positivos do desenvolvimento da PMP, não só pelo número de itens positivos que compuseram as observações, indicando maior envolvimento e participação da mãe na relação com o filho, mas também pela qualidade deste envolvimento como, por exemplo: J. mostrou uma interação muito boa com sua filha. Estimulava-a sempre olhando, tocando, conversando e pegando de forma muito carinhosa e amorosa. A percepção sensível de J. para as expressões de E. e interpretações dadas a essas; o entusiasmo que ficava ao estar próxima e ver a evolução clínica de E.

O desejo de amamentar E. esteve sempre presente, assim como a tranquilidade e o carinho ao amamentar. O desejo de cuidar e a manifestação de que era a equipe quem cuidava da filha na UTI, como uma forma de dizer que era ela quem deveria estar cuidando. A preocupação em identificar motivos de desconforto da filha, suas necessidades e conseguir acalmá-la demonstra J. sensível a sua filha.

O fato de J. ter solicitado participar da EC, o desejo de J. de conhecer e aprender sobre a filha; o sentir-se mais participativa nos cuidados da filha, mais mãe ao estar próxima, ao passar com a filha pela EC; o demonstrar grande satisfação em estar com a filha na EC e realizar a posição canguru, os planos com E. incluída e a capacidade de abdicar de outras questões para estar com a filha. Foi possível perceber que, na EC, J. demonstrava o quanto estava se sentindo mais mãe e mais cuidadora. Na EC J. passou a sentir-se à vontade com a filha e interagiu mais. A sensibilidade de J. às necessidades de

E. estavam presentes. A satisfação que tinha em estar na EC próxima da filha era muito notável nas expressões de J.

J. permaneceu na Casa da Gestante de forma tranquila e persistente e estes foram aspectos importantes no caso.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria 'Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê' a subcategoria: bebê sob os cuidados da equipe; na categoria 'Manifestações da mãe à condição de prematuridade' as subcategorias: mãe tenta construir sua explicação para o nascimento prematuro; mostra-se decepcionada/assustada com o bebê prematuro na UTI; na categoria 'Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê' a subcategoria: expressa medo da evolução negativa do quadro clínico do bebê. Esses são indicadores ambíguos de J., mas que surgiram em razão do receio de perder a filha, do desejo de cuidar, do querer que a filha ficasse bem ou evoluísse em sua prematuridade; ou seja, mesmo havendo essa ambivalência, J. mantinha sua relação positiva com E.

3- Predominantemente negativos: na categoria 'Manifestações da mãe à condição de prematuridade' a subcategoria: atribui a si a responsabilidade pelo parto prematuro. Os medos das mães fazem parte da PMP e envolvem questões como a mãe se sentir não-natural ou inadequada. Não compareceram à consulta de follow-up. Este fato ocorreu devido a problemas da prefeitura de sua cidade e não por falta de cuidados ou de responsabilidade.

- Síntese do caso:

Desde a gestação J. apresenta sinais indicadores evidentemente positivos para a PMP. No momento em que passou pela UTI e UI, as manifestações de J. também foram positivas para a PMP. A EC foi muito importante para uma maior proximidade e envolvimento de J. com a filha e pode ter estimulado e fortalecido o desenvolvimento da PMP.

### **Identificação dos sujeitos 2:**

Mãe: C Bebê: A. (sexo feminino)

### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

C. tem 31 anos. Reside em Juiz de Fora com marido e uma filha de quatro anos.



C. internou-se na maternidade com 32 semanas de gestação devido à pressão alta. Seguiu as recomendações médicas de forma tranquila e motivada. Após duas semanas, seu parto cesáreo foi realizado devido aos picos de pressão alta que apresentava. A. nasceu com 1.630 g. Foi para a UI. Respirava sem ajuda de aparelhos e, no geral, estava estável. Necessitava ganhar peso e aprender a sugar. A. permaneceu apenas uma semana na UI. Após este período, C. foi convidada a participar da EC e aceitou na mesma hora. Na EC, A. e C. ficaram por duas semanas. Compareceram a consulta de *follow-up*.

C. vinha planejando ter mais um filho. Não havia programado a gestação para aquele momento, mas quando percebeu a menstruação atrasada já sabia que estava grávida e ficou feliz. Seu marido teve mais dificuldade em aceitar, mas logo começou a desejar sua filha. Não houve ameaça ou tentativa de aborto. Realizou o pré-natal com mais ou menos 6 consultas. Sua filha nasceu de 33 semanas. C. diz ter se sentido bem durante a gestação: “Não sentia nada. Trabalhei até vir para cá”. O nome da filha já estava escolhido e o enxoval preparado.

O casal estava junto. O pai muito presente, participativo e interessado. Pegava, conversava e questionava à equipe sobre a filha. Estava dando muito apoio e segurança para C. Na EC, o pai de A. comenta da pintura do quarto dela e fala do quanto espera tê-la em casa. Pega muito a filha, troca a fralda e conversa bastante. Os avós de A. a visitavam e a sogra de C. fornecia mais segurança para ela ao visitá-la na EC.

C. sente a rotina em casa como muito corrida. Está sem tempo para nada. O marido está ajudando-a. Apresenta dificuldade em distribuir a atenção entre as filhas: “Está difícil, mas estou conseguindo ficar cada hora com uma. Pelo menos na mamadas, eu sento e fico com A.”.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos C. e A.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP:

Considera-se que C. teve os fatores colaboradores e circunstanciais muito favoráveis (16 pontos/fatores positivos) para o desenvolvimento da PMP, pois C. planejou e desejou sua filha desde a gestação, dizia estar feliz, não houve ameaça ou tentativa de aborto, fez o pré-natal corretamente, escolheu o nome, preparou o enxoval durante a gravidez. Além disso, o casal estava junto, o pai presente, dedicado e C. teve o apoio deste. Sentia também mais segurança com o apoio que recebeu dos avós de A.

Aceitou participar da EC e compareceu a consulta de *follow-up*. Estava em adaptação à nova rotina e conseguia estar com o bebê.

C. teve três fatores colaboradores e circunstanciais negativos para o desenvolvimento da PMP: a pressão alta durante a gestação, o pai de A. ter tido dificuldade de aceitar a gravidez no início, a rotina em casa estar corrida.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

#### **- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): na UI, C. segura A. de forma carinhosa e fala: “Ela é linda, uma princesa”. C. fala do receio ao pegar a filha pela primeira vez por ela ser muito pequena. Ao mesmo tempo enfatiza que está acostumando a pegá-la e gostando bem. Diz não querer mais sair da UI, por desejar ficar perto da filha.

Subcategorias identificadas: expressa temor do contato físico inicial com o bebê; desejo de estar perto do bebê, aproxima-se do bebê, olha para seu bebê, toca seu bebê, conversa com seu bebê.

Na 2ª etapa (EC): durante a observação na EC, o pai está com A. no colo; toca-a e conversa com ela. Mãe fala das aquisições da filha: engordou bem, mama sem dificuldade e muito. Na segunda observação, C. demonstra cansaço ao segurar a filha e fala da alta prevista para a semana: “A médica falou que sou uma mãe cuidadosa e vai me dar alta antes de A. pegar os 2 kg”; “Ela já cresceu muito”. C. beija, toca o rosto de A. e conversa sobre o presente que ela deu ao pai pelo dia dos pais. Fala de se sentir mais treinada para pegar a filha: “Na UI estava mais insegura. Achava que ia quebrá-la”. Na UI sentia-se dependente da equipe. Na EC, é tudo com ela. Sente-se mais livre, pega e troca a filha a hora que quer.

Subcategorias identificadas: identifica sentimento de "ser mãe"; maior liberdade/proximidade no contato; demonstra prazer no contato com seu bebê; pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê; demonstra prazer em falar com o bebê e obter uma resposta; demonstra estar confortável ao segurar o bebê; observa e comenta os progressos/aquisições do bebê.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): C. fala de ter medo de precisar de algo em casa e não ter com quem contar para ajudar. Ao interagir com A., fica feliz: “Vê-la bem é tudo. Me sinto uma vitoriosa por ter lutado junto com ela e termos conseguido”.

Subcategorias identificadas: expressa temor de não dar conta; expressa insegurança; sentimento de vitória por lutar.

**- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): logo nos primeiros dias de vida de A., C. começou a amamentar no seio. Tinha um enorme interesse e dedicação para amamentar a filha. Na primeira observação, solicitou à equipe água: “Comecei a dar de mama e já estou com sede” – demonstra satisfação em estar fazendo bem para sua filha. A equipe pergunta à C. sobre a possibilidade de amamentar A. de 3 em 3 horas. Com entusiasmo C. responde que sim: “Venho a hora que precisar”. Ao sair da UI, questiona se deve ordenhar o leite para estimular a produção deste. Pergunta à enfermeira com orgulho: “Hoje A. só mamou no meu peito?” – referindo-se ao fato de A. não ter precisado do leite artificial para complementar sua alimentação.

Na 2ª etapa (EC): C. amamenta de forma cuidadosa e carinhosa: olha e toca A. Elogia o quanto a filha está mamando. Próximo da alta, C. elogia a iniciativa de dar o leite artificial à filha como complemento, pois com ele A. ganhou peso mais rápido: “Ela tinha muita fome e só o meu leite não estava dando conta”.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): C. relata que amamenta em casa, mas fica preocupada com os afazeres domésticos. Continua amamentando por um tempo de 40 minutos.

Subcategorias identificadas e repetidas nas três etapas: pode amamentar, demonstra desejo de amamentar; demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar; satisfação ao ver filha mamando bem; mostra-se carinhosa ao pegar o bebê para amamentar; permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando.

**- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): desde a internação na maternidade, C. demonstrava desejo de cuidar da filha.

Subcategorias identificadas e repetidas na 1ª e 3ª etapas: demonstra interesse em cuidar do bebê, mãe em aprendizado dos cuidados com o bebê.

Na 2ª etapa (EC): C. diz poder cuidar mais de A.

Subcategorias identificadas a partir das observações e entrevistas na 2ª e 3ª etapas: mostra-se segura e confiante em cuidar do bebê.

**- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): na UI, ao ver filha chorando, mostra-se feliz por poder ouvi-la chorar. Interpreta que A. está com fome. Pega e dá de mamar.

Na 2ª etapa (EC): C. demonstra estar aprendendo a identificar o que a filha está sentindo: “Penso no que ela está sentindo. Fico com medo de ter comido algo que fez mal para ela e tenho medo dela sentir dor”. Nessas horas, C. pega A. e dá o peito.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): em casa, mesmo se sentindo mais insegura, ao ver a filha chorando, consegue ficar calma e acalmá-la. Diz saber quando o choro é devido a manha ou fome. Pega, embala e dá de mamar.

Subcategorias identificadas e repetidas nas três etapas: mostra-se atenta e eventualmente preocupada; tenta identificar o motivo do choro do bebê; consegue acalmar o bebê; iniciativa para aliviar a aflição do bebê.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Em todas as etapas do Método Canguru, C. percebe o quanto sua filha precisa dela. Demonstra grande prazer em estar próxima, se mostra participativa e interessada em ajudar na recuperação da filha.

Subcategorias identificadas e repetidas nas três etapas: demonstra perceber a condição de dependência do bebê; consegue interpretar as formas e meios com que o bebê expressa suas necessidades.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI):**

C. acredita que fez esforço e trabalhou demais antes de ser internada por causa da hipertensão. Sente-se culpada com o nascimento prematuro da filha. É taxista, acha que seu trabalho estava muito tenso e pode ter contribuído para ficar estressada. As expectativas para a filha são das duas juntas ficarem ainda mais felizes. Vê A. como uma guerreira. C.. Lembra do momento do parto. O marido acompanhou e foi ele quem mostrou A. para C.

Subcategorias identificadas: mãe tem sua explicação para o nascimento prematuro; atribui a si a responsabilidade pelo parto prematuro; demonstra envolvimento (atenção, carinho) com o bebê; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê;

consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): C. visita diariamente A. na UI e permanece boa parte do dia com a filha.

Subcategorias identificadas: visita o bebê na UTI e UI; permanece mais de 1 (uma) hora na UTI/UI; quando não pode ir a UTI ou UI telefona para ter notícias do bebê.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): mãe e bebê comparecem à consulta de *follow-up*. Diz estar tudo bem com a filha. Ajuda a médica no exame da filha. Esta está muito bem, de acordo com a avaliação médica. Mãe se sente mais orientada pela pediatra sobre as vacinas a serem dadas para A.

Subcategorias identificadas: demonstra interesse (indaga sobre) no tratamento e no desenvolvimento do bebê; segue o que a equipe do *follow-up* orienta quanto à estimulação do bebê.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI):**

C. manifesta grande desejo e disponibilidade de ficar na EC com a filha.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru; tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): na UI, C. manifesta claramente o desejo de levar a filha para casa. Preocupa-se com A. poder ter recaídas. Faz planos sobre como será o quarto de A.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de levar o bebê para casa; expressa medo de evolução negativa do quadro clínico; abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança; inclui o bebê em seus planos e na sua vida.

Na 2ª etapa (EC): sobre a posição Canguru, C. diz que estava se preparando para colocar a filha na posição canguru: “Adoro fazer a posição canguru”; “É bom viu. Ela é tão cheirosinha”. Além disso, ao estar com A. na posição canguru, C. diz sentir paz e alívio por tudo o que passou com a filha. Coloca a filha na posição canguru mais ou menos 6 vezes, inclusive durante a madrugada. Sobre os cuidados na EC, diz: “Hoje eu

que dei o banho e foi ótimo”. Acha que A. precisa mais dela na EC e sente-se “mais mãe” neste local. Permanece todo o tempo na EC com satisfação e vê a EC como a última etapa. C. desperta com qualquer barulho que A. faça. Diz que a preocupação na EC é maior, pela responsabilidade ser mais dela. Faz planos de arrumar a casa para a filha.

Subcategorias identificadas: permanece a maior parte do tempo na Enfermaria Canguru; já demonstra formas próprias de lidar com o bebê; coloca o filho na posição canguru com frequência (mínimo de 4 vezes no dia por um período de 30 minutos); demonstra estar confortável ao colocar o bebê na posição canguru; mostra-se mais participativa/envolvida na recuperação do seu bebê do que quando ele estava na UTI e UI; relata que seu sono tornou-se mais leve, que está em um estado permanente de alerta e desperta sempre que o bebê faz um som diferente.

Na 3ª etapa (Follow-up): C. está sem planos e sem preocupações, pois diz que em casa tudo está tranquilo.

Subcategorias identificadas: está tudo tranquilo e sem preocupações.

#### **-Desenvolvimento do bebê (Follow-up)**

Mãe chega à consulta de *follow-up* já mostrando o crescimento da filha. Aponta o ganho de peso de A. e o fato dela estar prestando mais atenção e estar mais esperta.

Subcategorias identificadas: estimula seu bebê; o desenvolvimento do bebê está de acordo com sua idade cronológica; percebe as aquisições do bebê; elogia seu bebê.

- Indicadores da PMP:

1- Evidentemente positivos: as subcategorias identificadas podem ser reconhecidas como indicadores evidentemente positivos do desenvolvimento da PMP, não só pelo número de itens positivos que compuseram as observações, indicando maior envolvimento e participação da mãe na relação com o filho, mas também pela qualidade deste envolvimento como, por exemplo: desde a gestação, C. demonstra um grande desejo pela filha. Durante todo o tempo que esteve acompanhando A. na UI, na EC e na consulta de *follow-up* C. fez questão de mostrar a satisfação e a identificação com o papel de mãe.

A interação de C. com a filha era muito boa, sendo de carinho e atenção. Estimulava-a sempre olhando, tocando, conversando e pegando de forma muito carinhosa e amorosa. Demonstrava entusiasmo em aprender como lidar e conhecer sua filha. O momento da amamentação era feito por C. com entusiasmo. Preocupava-se em

identificar as necessidades físicas e corporais de A. Conseguia manter a calma para identificar os desconfortos da filha e percebia com nitidez a dependência que o bebê tinha dela. Apesar da dificuldade com a rotina em casa, conseguia ter o tempo para A., o que é fundamental. Conta com o grande apoio do marido e da família. O desejo de cuidar e o demonstrar entusiasmo em aprender como lidar e conhecer sua filha, e a aquisição de maior segurança e confiança para os cuidados com a filha eram presentes em C.

Para C., a EC proporcionou uma maior aproximação de sua filha e a fez se sentir mais mãe. Além disso, assumiu os cuidados com A. de forma prazerosa. O fato de C. ter aceitado participar da EC, o estar mais participativa nos cuidados da filha, mais livre, mais treinada, ao passar com a filha pela EC; o demonstrar grande satisfação em estar com a filha na EC e realizar a posição canguru, os planos com E. incluída e capacidade de abdicar de questões outras para estar com a filha, eram aspectos importantes em C.

Desde a UI, é perceptível que C. mudou a orientação sobre si mesma e sobre o mundo para sua filha. C. visitava a filha diariamente na UI junto com o marido, sempre de forma tranquila e persistente, sendo estes aspectos importantes quanto a responsabilidade de ser mãe. Compareceu a consulta de *follow-up*, fazendo questão de apontar as aquisições da filha.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria 'Interação mãe-bebê' as subcategorias: expressa temor do contato físico inicial com o bebê e expressa temor de não dar conta. Na categoria 'Manifestações da mãe à condição de prematuridade' a subcategoria: mãe tenta construir sua explicação para o nascimento prematuro; na categoria 'Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê' a subcategoria: expressa medo da evolução negativa do quadro clínico do bebê. Esses são indicadores ambíguos de C., mas que surgiram em razão do receio de perder a filha, da adaptação que estava à nova rotina, dos temores iniciais de não dar conta. Situações essas superadas por C. e que não prejudicaram a relação positiva com a filha.

3- Predominantemente negativos: na categoria 'Interação mãe-bebê' a subcategoria: expressa insegurança; na categoria 'Manifestações da mãe à condição de prematuridade' a subcategoria: atribui a si a responsabilidade pelo parto prematuro; na categoria 'Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê' C. não fazia planos no momento da 3ª etapa do Método Canguru. Esses aspectos negativos de C. são compreensíveis e/ou justificáveis ao se levar em

conta as manifestações positivas que tinha com a filha. A insegurança de C. foi inicial e aos poucos foi conhecendo a filha e adquirindo confiança; a sensação de culpa e receios das mães fazem parte da PMP, segundo Stern (1977), citado por Esteves (2009); o fato de não fazer planos na 3ª etapa nos faz pensar na tranquilidade que estava com a filha em casa. Apesar do cansaço e da dificuldade manifestada, C. mostrava-se bem dedicada, tendo como prioridade os cuidados com o bebê

- Síntese do caso:

Desde a gestação C. apresenta sinais indicadores evidentemente positivos da PMP. No momento em que passou pela UTI e UI, as manifestações de C. também foram positivas para a PMP. A EC foi muito importante para uma maior proximidade e envolvimento de C. com a filha e pode ter estimulado e fortalecido o desenvolvimento da PMP. Na consulta de *follow-up* foi possível perceber a satisfação de C. ao mostrar as aquisições de A. Apesar de estar em adaptação à nova rotina e estar cansada, C. parecia estar dando conta de atender as necessidades das filhas, o que é um sinal importante da PMP

### **Identificação dos sujeitos 3:**

Mãe: S Bebê: Ni (sexo masculino)/ Ny. (sexo feminino) (casal de gêmeos)

### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

S. tem 39 anos. Não tem outros filhos. Reside em uma cidade próxima a Juiz de Fora. S. internou-se na Maternidade Viva Vida devido a diabetes gestacional. Conseguiu manter sua glicose controlada por uma semana. Seus bebês nasceram de parto cesáreo e pesavam 2.280 g, o menino, e 1.395 g, a menina. Os dois foram para a UI. Nenhum deles precisou de ventilação mecânica: já respiravam bem sozinhos. Após aprenderem a sugar no seio materno, os dois se tornaram candidatos a ir para a EC. Permaneceram duas semanas na UI e a mãe aceitou ir para a EC com eles, onde ficaram por quatro semanas. Após o parto, S. permaneceu na Casa da Gestante acompanhando a recuperação dos filhos até irem para a EC. Compareceu a consulta de *follow-up*.

S. vinha planejando engravidar. Quando percebeu a menstruação atrasada já sabia que estava grávida. Esta foi desejada. Não houve ameaça ou tentativa de aborto. Fez o



pré-natal (8 consultas). Teve diabetes gestacional que se desenvolveu desde a última gravidez em que perdeu o bebê (há dois anos). Sentiu-se preocupada durante a gestação por serem dois bebês, se ia dar conta do trabalho. Eles nasceram de 35 semanas. Mãe escolheu o nome da menina e o pai o do menino. O enxoval foi preparado.

O casal está junto. O pai não esteve presente, pois mora em outra cidade. Visitou a mulher e os filhos uma vez. Na ocasião, não pegou e nem conversou com os filhos. S. relata que, ao conhecê-los, o pai se assustou com o tamanho. Este dá apoio a S. A avó e uma tia visitam os bebês e dão mais segurança a S.

Em casa S. sente que a rotina está corrida. Tem muita coisa para fazer. Pede ajuda ao marido. S. não possui outro filho: “Estou com muito trabalho, mas está tudo bem”.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos S e Ni., NY.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP:

Considera-se que S. teve os fatores colaboradores e circunstanciais muito favoráveis (14 pontos/fatores positivos) para o desenvolvimento da PMP, pois S. planejou e desejou seus bebês desde a gestação, não houve ameaça ou tentativa de aborto, fez o pré-natal corretamente, escolheu o nome, preparou o enxoval durante a gravidez. Além disso, o casal estava junto, o pai apoiou S. mesmo à distância. S. sentia também mais segurança com o apoio que recebeu dos avós de seus bebês. Aceitou participar da EC e compareceu a consulta de *follow-up*. Encontra-se em adaptação à nova rotina em casa e conta com a ajuda de outra pessoa.

S. teve um fator colaborador e circunstancial negativo para o desenvolvimento da PMP: a diabetes gestacional.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

#### **- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): S. abre a incubadora da filha, a acaricia e diz: “Oi amor de mãe”. Questiona à enfermeira sobre o peso desta. S. pega Ni. e o acaricia. Olha constantemente para ele: “Vão ficar bom né, filho”; “Quero que melhore para que possamos ir para a Canguru para que ganhem peso rápido”. Despede dos filhos antes de sair da UI. Pergunta à equipe quando irá para a EC. S. Sente-se insegura para pegar os

filhos: “Eles são muito pequenos. Fico nervosa porque a roupa não cabe. Estou preocupada se vou conseguir”. Sente como sendo “tudo de bom” a interação com os filhos. Percebe o menino prestando atenção e rindo.

Subcategorias identificadas: expressa temor do contato físico inicial com o bebê; expressa temor de não dar conta; demonstra prazer em falar com o bebê e obter uma resposta; aproxima-se do bebê; olha para seu bebê; toca seu bebê; conversa com seu bebê; pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê; demonstra prazer no contato com seu bebê; interpreta os movimentos/expressões do bebê e faz tentativas de comunicação com ele.

Na 2ª etapa (EC): S. acha que está indo bem, apesar de sentir-se cansada. Conta que pega os dois sem dificuldade. Quanto à interação, na EC vê os filhos mais calmos e felizes: “Eles ouvem e me olham”.

Subcategorias identificadas: demonstra estar confortável ao segurar o bebê; expressa cansaço.

Na 3ª etapa (Follow-up): S. diz que está segura e sem medo. Sente-se mais mãe e mais envolvida com os filhos.

Subcategorias identificadas: maior liberdade/proximidade no contato; identifica sentimento de “ser mãe”.

#### **- Amamentação (UTI/UI, EC e Follow-up):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): na observação S. amamenta Ni. Este suga bem e S. diz: “Isso filho, está mamando tudo né? Sua irmã também vai aprender logo”. Em uma outra observação, ao amamentar Ni., este larga o seio com frequência. S. carinhosamente vai conversando e o acariciando para que ele mame. Neste mesmo dia, logo após amamentar Ni., S. pega a menina para dar de mamar. Esta suga bem e S. mostra-se bem carinhosa. Na UI, S. sente-se “maravilhosa ao amamentar” e considera o leite do peito fundamental.

Na 2ª etapa (EC): S. amamenta Ny. e, em seguida, o menino começa a chorar: “Agora o bicho pega, os dois juntos é dose”. Pede a enfermeira para segurar Ni. enquanto termina de amamentar a menina. Interrompe a mamada dela e pega o menino, que suga com voracidade. A enfermeira oferece o leite artificial como complemento para Ny. Na EC, S. sente que é difícil amamentar se os dois bebês choram juntos. Amamenta primeiro a filha para que não perca peso.

Na 3ª etapa (Follow-up): S. está utilizando do leite artificial como complemento para amamentar aos filhos: “Não dou conta sozinha e meu marido também ajuda”.

Subcategorias identificadas e repetidas nas três etapas do Método Canguru: pode amamentar; demonstra desejo de amamentar; demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar; satisfação ao ver filhos mamando bem; mostra-se carinhosa ao pegar o filho para amamentar; permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando, sente dificuldade para dar conta dos dois bebês, pede ajuda, precisa complementar a amamentação com leite artificial.

**- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): S. está insegura quanto ao cuidar de seus bebês.

Subcategorias identificadas: demonstra interesse em cuidar do bebê; expressa insegurança.

Na 2ª etapa (EC): S. tem a sensação de ser mais mãe ao cuidar de seus bebês e está aprendendo muito na EC.

Subcategorias identificadas: mãe em aprendizado dos cuidados com o bebê, precisa e pede ajuda da equipe.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): S. sente-se cansada ao cuidar de seus bebês.

Subcategorias identificadas: expressa cansaço.

**- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): S. fica preocupada ao ver filhos chorarem. Interpreta como fome e pergunta à enfermeira se pode dar o seio. Esta responde que sim. S. pega o filho com ajuda da enfermeira e dá de mamar.

Subcategorias identificadas: mostra-se atenta e eventualmente preocupada; tenta identificar o motivo do choro do bebê; pede ajuda a equipe; consegue acalmar o bebê.

Na 2ª etapa (EC): ao ver os filhos chorarem, S. quer que parem. Acredita que filhos sentem fome. Dá de mamar para que se acalmem.

Subcategorias identificadas: iniciativa para aliviar a aflição do bebê

Na 3ª etapa (*Follow-up*): S. diz ficar "doida" com os dois filhos chorando juntos. Acha que filhos sentem fome, cólica, querem colo. Mãe e pai pegam para que parem de chorar

Subcategorias identificadas: fica nervosa e desesperada; fica ansiosa com o choro dos bebês.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Em todas as etapas do Método Canguru, S. demonstra perceber o quanto seus filhos precisavam dela. S. pareceu ter essa percepção ao estar presente com os filhos e envolvida durante toda a hospitalização deles.

Subcategorias identificadas: demonstra perceber a condição de dependência do bebê; consegue interpretar as formas e meios com que o bebê expressa suas necessidades.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI):**

S. diz não saber o motivo do nascimento prematuro dos bebês; acredita que por serem gêmeos. Conta que já estava esperando o nascimento prematuro dos filhos. As expectativas são as melhores: vê os filhos evoluindo bem e que com saúde. Lembra do dia e do que ocorreu no parto.

Subcategorias identificadas: não identifica o motivo do nascimento prematuro do bebê; mãe tenta construir sua explicação para o nascimento prematuro; aceita (reconhece) a prematuridade do filho; demonstra envolvimento (demonstra atenção, carinho) com o bebê; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do filho; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): S. visita diariamente os filhos na UI e permanece boa parte do dia com eles.

Subcategorias identificadas: visita os filhos na UTI e UI; permanece mais de 1 (uma) hora na UTI/UI; quando não pode ir a UTI ou UI telefona para ter notícias dos bebês.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): Mãe e bebês comparecem à consulta de *follow-up*. Diz estar tudo bem com os bebês. Ajuda a médica no exame. Achou importante as recomendações médicas; ficou com mais segurança.

Subcategorias identificadas: demonstra interesse (indaga sobre) no tratamento e no desenvolvimento dos filhos; segue o que a equipe do *follow-up* orienta quanto à estimulação dos bebês; expressa mais segurança com as recomendações médicas.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI):**

S. manifesta grande desejo e disponibilidade de ficar na EC com os filhos.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru; tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): S. deseja levar os filhos para casa. O que mais a preocupa no momento é o futuro deles. Tem planos de criá-los bem e trabalhar.

Na 2ª etapa (EC): o que mais preocupa S. são os filhos ficarem bem. Faz planos de ir para casa com eles. S. coloca os filhos na posição canguru várias vezes ao dia. Diz que é ótima a posição canguru. Sente-se mais participativa na EC; aprende muito: “Todas as mães deviam passar pela EC”. Fica o dia todo na EC. Sente-se mais segura e mais confiante na EC: “É muito bom ficar mais perto deles”. Diz que não dorme, apenas cochila. Está atenta o tempo todo. Fala do cansaço em que está: “É o dia todo com eles. Coloco-os na posição canguru e até durmo de tão relaxada que fico”. No dia da alta da EC, S. fala da ansiedade para ir embora e de como seus filhos cresceram e engordaram. Diz: “É hora de nascer para a casa”.

Subcategorias identificadas: permanece a maior parte do tempo na Enfermaria Canguru; já demonstra formas próprias de lidar com o bebê; coloca o filho na posição canguru com frequência (mínimo de 4 vezes no dia por um período de 30 minutos); demonstra estar confortável ao colocar o bebê na posição canguru; mostra-se mais participativa/envolvida na recuperação do seu bebê do que quando ele estava na UTI e UI; relata que seu sono tornou-se mais leve, que está em um estado permanente de alerta e desperta sempre que o bebê faz um som diferente.

Na 3ª etapa (Follow-up): S. preocupa de ser uma boa mãe. Tem planos de colocar os filhos em uma boa creche para poder trabalhar.

Subcategorias identificadas e repetidas na 1ª e 3ª etapas do Método Canguru: demonstra desejo de levar os bebês para casa; preocupa-se com os bebês; abdica de suas questões pessoais em favor das crianças; inclui os bebês em seus planos e na sua vida.

**-Desenvolvimento do bebê (Follow-up)**

Na consulta de *follow-up*, S. chega mostrando como os filhos cresceram. Percebe seus bebês crescendo e engordando; os vê como mais espertos: “Ny. é menor, mas é mais esperta e Ni. é mais devagar, mas está crescendo também”.

Subcategorias identificadas: estimula seus bebês; o desenvolvimento dos bebês está de acordo com sua idade cronológica; percebe as aquisições dos bebês; elogia seus bebês.

- Indicadores da PMP:

1- Evidentemente positivos: as subcategorias identificadas nos sujeitos S. e Ni, Ny., podem ser reconhecidas como indicadores evidentemente positivos do desenvolvimento da PMP, indicando envolvimento e participação da mãe na relação com o filho, mas também pela qualidade deste envolvimento, como por exemplo: na gestação S. teve uma boa relação, desejou seus filhos e se cuidou como devia para que esta ocorresse da melhor forma, apesar da diabetes gestacional. O casal estava junto e S. contava também com o apoio de familiares.

S. apresentava insegurança quanto a ser capaz de pegar e de cuidar de seus bebês na UI. Apesar da insegurança inicial, S. era uma mãe participativa e dedicada: tinha interesse em aprender a cuidar dos filhos. Demonstrou uma boa interação com os filhos, desejava amamentá-los e amamentou de forma carinhosa e persistente diante da dificuldade apresentada pelo filho. Desejou ir para a EC com eles, visitava-os diariamente na UI, preocupava-se com as manifestações de desconforto e choro deles, e na EC era possível perceber mais iniciativa de S. para acalmar os filhos quando choravam.

Ao ir para a EC com eles conseguiu ficar mais confiante e segura. Com o passar dos dias e com a ajuda das enfermeiras relatava que todas as mães deviam passar pela EC para conhecerem melhor seus bebês. Além disso, estava mais participativa, mais confiante, mais próxima e envolvida com os bebês na EC. Realizava a posição canguru com satisfação. Fazia planos com os filhos incluídos.

Na consulta de *follow-up* S. mostrava certa dificuldade na rotina em casa. Apontou as aquisições dos filhos e os elogiou.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria ‘Interação mãe-bebê’ as subcategorias: expressa temor do contato físico inicial com o bebê, expressa temor de não dar conta, expressa cansaço; na categoria ‘Manifestações da mãe às reações de

desconforto/aflição do bebê' a subcategoria: pede ajuda a equipe; na categoria 'Manifestações da mãe à condição de prematuridade' as subcategorias: não identifica o motivo do nascimento prematuro do bebê, mãe tenta construir sua explicação para o nascimento prematuro. Esses são indicadores ambíguos de S., contudo, é possível compreender a questão da preocupação ou insegurança inicial por serem dois bebês – se ia dar conta; o temor do contato inicial e a solicitação de ajuda à equipe representam a falta de confiança nos cuidados com os bebês, mas que foi sendo superada por S. O cansaço expressado na EC, no caso de S., é em razão da adaptação que passava para atender às necessidades dos dois filhos. Os fatos de não identificar o motivo do nascimento prematuro dos bebês e de S. tentar construir sua explicação para o nascimento prematuro são aspectos ambivalentes e que não influenciaram no caso de S. a relação positiva estabelecida com os bebês.

3- Predominantemente negativos: na categoria 'Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê' a subcategoria: fica nervosa e desesperada, fica ansiosa com o choro dos bebês. Apesar de S. ter a reação descrita diante das manifestações de desconforto dos bebês, tinha com eles um forte vínculo e uma relação de proximidade e envolvimento. Pode-se pensar na fase da adaptação que S. estava à nova rotina em casa.

- Síntese do caso:

Desde a gestação S. apresenta sinais indicadores da PMP. No momento que passou pela UI, as manifestações de S. também foram positivas para a PMP. A EC foi muito importante para uma maior proximidade e envolvimento de S. com os filhos e pode ter estimulado e fortalecido o desenvolvimento da PMP. Na consulta de follow-up foi possível perceber a satisfação de S. ao mostrar as aquisições de Ni. e Ny., apesar das dificuldades em relação à nova rotina e estar cansada.

#### **Identificação dos sujeitos 4:**

Mãe: L Bebê: La.

#### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

L. tem 40 anos. Não possui outros filhos. Internou-se na Maternidade Viva Vida com 35 semanas de gestação. Havia realizado um ultrassom que mostrou que o bebê não estava se desenvolvendo. Após cinco dias de hospitalização, sua cesárea foi feita. La nasceu de 36 semanas com peso de 1.645 g. Foi para a UI, onde permaneceu por uma semana. Na EC, ficou por duas semanas. Compareceu à consulta de *follow-up*.

L. descobriu a gravidez aos 3 meses. Planejava engravidar pois, segundo ela, estava ficando velha para ter filhos. Relata: “Não esperava vir do pai que veio mas, mesmo assim, fiquei feliz em ser mãe”. Não houve ameaça ou tentativa de aborto. Fez o pré-natal corretamente. L. conta que fazia de tudo na sua gravidez: estudava, malhava e trabalhava. Escolheu o nome de sua filha: “Escolhi com a letra ‘l’ para combinar com o meu nome”. Não conseguiu preparar todo o enxoval da filha.

O casal não está junto. O pai não sabe da filha. L. conta com o apoio de sua irmã.

L. sente a rotina de casa como uma "loucura". Conta que recebe muita visita e presentes. Fala que passa o dia dando de mamar a filha. Recebe a ajuda de sua mãe e irmã.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos L. e La.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP:

Considera-se que L. teve os fatores colaboradores e circunstanciais favoráveis (11 pontos/fatores positivos) para o desenvolvimento da PMP. Porém, apesar dessa pontuação alta, L. parecia estar seguindo alguns padrões culturais que assimilou, ao invés de realmente estar envolvida e afetuosa com o bebê. Planejou, mas não demonstra ter desejado efetivamente a gestação e a criação de um filho; parece estar cumprindo um modelo narcísico/idealizado.

Não houve ameaça ou tentativa de aborto, fez o pré-natal corretamente. Escolheu o nome da filha. Recebia o apoio da irmã e da mãe. L. acompanhou a filha na UI, pediu para participar da EC e compareceu a consulta de *follow-up*. Encontra-se em adaptação à nova rotina, em casa.

L. teve três importantes fatores colaboradores e circunstanciais negativos para o desenvolvimento da PMP: o bebê que não estava se desenvolvendo, o casal separado e o pai não saber da filha.



## **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

### **- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: L. diz sentir uma emoção grande ao pegar a filha e que “parece estar com uma boneca nos braços”. Conta que a filha sorri e segura em sua mão quando conversa com ela. Durante uma das observações, L. presta atenção na equipe. Pouco olha, toca ou conversa com a filha.

Subcategorias identificadas: pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê; interpreta os movimentos/expressões do bebê e faz tentativas de comunicação com ele; dificuldade em assumir a responsabilidade de ser mãe.

Na 2ª etapa: na EC L. relata que a filha se aconchega bem em seu colo quando pega nela. L. diz que gosta quando a filha interage com ela. Comenta com satisfação do ganho de peso da filha em apenas um dia. Comenta ter colocado La. para dormir ao seu lado e que foi bom tê-la perto. Elogia a filha: o cabelo e os olhos. Conta que a pediatra lhe mostrou que La. a olhava e que estava pedindo um carinho.

Subcategorias identificadas: dificuldade de perceber manifestações da filha; demonstra estar confortável ao segurar o bebê; observa e comenta os progressos/aquisições do bebê; conversa com seu bebê; demonstra prazer no contato com seu bebê.

Na 3ª etapa: em casa, L. fala que, ao pegar La., sente-a como "seu bebê", e que é uma vida em seus braços. Percebe a filha, ouvindo-a e prestando atenção.

Subcategorias identificadas: identifica sentimento de "ser mãe"; demonstra prazer em falar com o bebê e obter uma resposta.

### **- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: durante uma observação, L. chega a UI falando que era a hora de dar de mamar e que a filha estava dando muito trabalho. Enfermeira ajuda a mãe a pegar a filha da incubadora e a colocá-la no seio. L. fala: “Vamos La., você tem que mamar. Temos que ir embora logo. Não aguento mais ficar aqui. Tenho muito que resolver em casa. Chupa tudo que ‘é de uva’”. La. suga um pouco, pára e dorme. L. não se agrada da filha ter adormecido e diz para a equipe: “Desse jeito eu não aguento mesmo”. Enfermeira se aproxima e a ajuda a acordar a filha, mostrando a melhor posição e forma de acordá-la. L. fala para a enfermeira: “Você tem mais jeito do que eu. Não quer dar de mamar para

mim?” Enfermeira responde que não, pois ela conseguirá. La. suga mais um pouco e pára. L. diz que desiste de amamentá-la. Pede para voltar para o quarto em que está internada e solicita a enfermeira para dar o leite artificial para a filha. Diz: “Já tive que mudar meus horários de comer para vir dar de mamar, chego aqui e ela não mama”.

Subcategorias identificadas: não demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar; não interage com seu bebê durante a amamentação, pede ajuda a equipe, permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando.

Na 2ª etapa: L. fala do cansaço que está em amamentar e da falta de tempo para cuidar de si mesma: “Olha meu cabelo e minhas unhas. Não cuido mais de mim”. Enquanto amamenta L., assiste televisão. Não olha nem toca na filha. Na entrevista, L. diz que acha bom dar de mamar, mas se sente muito cansada. Fala que não esperava o ritmo que a filha está de mamar várias vezes ao dia.

Subcategorias identificadas: expressa cansaço, expressa desejo de cuidar de si mesma, demonstra irritação de ter que cuidar do bebê.

Na 3ª etapa: em casa, L. continua a dizer o quanto se sente cansada ao amamentar a filha.

Subcategorias identificadas: expressa cansaço.

#### **- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: durante uma das observações, L. fala do receio em não conseguir cuidar da filha. Pede para participar da Enfermaria Canguru, pois quer saber como cuidar da filha antes de levá-la para casa. Afirmo, na entrevista, que é a equipe quem cuida da filha na UI, e não ela.

Subcategorias identificadas: bebê sob os cuidados da equipe; expressa temor de não dar conta.

Na 2ª etapa: na EC, a equipe de enfermagem comunica à psicóloga responsável pelo caso que L. não quer cuidar da filha e que quer sair da EC com frequência para fumar. Na entrevista, L. fala que se vê cuidando direito da filha.

Subcategorias identificadas: mais distante do bebê.

Na 3ª etapa: L. fala do receio que está da filha engasgar e ter cólica. Não dá o banho, pois diz ter medo e estar cansada: “Minha mãe que dá o banho. Deixo ela dar carinho, pois eu preciso descansar”.

Subcategorias identificadas: não se dedica ao bebê, expressa cansaço, delega à avó materna os cuidados/carinho do bebê.

**- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: na UI, ao ver filha chorando, L. diz ficar "doida" para dar de mamar e trocar a fralda. Acha que a filha sente fome. Chama a equipe para acalmá-la

Subcategorias identificadas: pede ajuda à equipe.

Na 2ª etapa: na EC, L. está assistindo à novela e, quando La. chora, L. diz: “Olha aí. De novo está chorando. Não aguento mais”. Pega a filha e dá de mamar sem dificuldade. A noite, L. relata pedir as enfermeiras que deem o leite artificial para a filha, pois não consegue levantar para amamentá-la. Na entrevista, L. relata que quando L. chora, quer logo resolver. Acredita que a filha sente fome e faz manha. Para acalmá-la, troca a fralda rápido e dá o seio.

Subcategorias identificadas: tenta identificar o motivo do choro do bebê; demonstra desejo de se liberar logo das tarefas com o bebê.

Na 3ª etapa: L. diz se sentir desesperada quando a filha chora em casa. Dá a chupeta, mas a filha não acalma. Interpreta que La. sente dor de barriga e fome.

Subcategorias identificadas: fica nervosa e desesperada.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

L. diz que percebe que a filha precisa dela. Esteve presente durante o tempo de internação de La., mas pouco envolvida com esta.

Subcategorias identificadas: não demonstra perceber a condição de dependência do bebê.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI):**

L. acredita que sua filha nasceu prematura por causa da genética, pois ela também nasceu prematura (7 meses). De acordo com L., os médicos lhe disseram que foi devido ao cigarro. Com o nascimento prematuro, L. ficou assustada e com medo de não conseguir acompanhar a filha na UI, da filha não ganhar peso, ser pequena e enrugada. Possui

expectativas da filha ser uma criança normal e perfeita. Lembra-se do dia e do que ocorreu no parto.

Subcategorias identificadas: mãe tenta construir sua explicação para o nascimento prematuro; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: L. permaneceu internada na Maternidade Viva Vida devido à pressão alta. Quando teve alta, sua filha também teve alta da UI e foram as duas para a EC.

Questiona à médica da UI sobre o resultado do teste do pezinho e pede para participar da Enfermaria Canguru, pois sente necessidade de conhecer mais a filha.

Subcategorias identificadas: visita o filho na UTI e UI

Na 3ª etapa: na consulta de *follow-up*, L. chega falando: “Estou carregando duas malas (a filha e a mala com as coisas da filha)”. Questiona ao pediatra sobre os episódios de "golfadas" da filha, sobre o umbigo da filha e sobre as cólicas. Fala das olheiras que está devido ao cansaço. Ao pesar a filha e ver que ganhou peso, L. fica feliz.

Subcategorias identificadas: comparece às consultas ambulatoriais; demonstra interesse (indaga sobre) no tratamento e no desenvolvimento do filho; segue o que a equipe do *follow-up* orienta quanto à estimulação do bebê; expressa mais segurança com as recomendações médicas.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI):**

L. teve disponibilidade de participar da EC desde a UI.

Subcategorias identificadas: tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa: L. deseja levar a filha para casa. O que mais a preocupa no momento é a sua pressão alta piorar. Tem planos de ir embora com a filha e amamentá-la até os 4 meses.

Na 2ª etapa: na EC, o que mais preocupa L. é conseguir o leite artificial pela prefeitura para não ter que amamentar no seio. Continua com os planos de ir embora com

a filha e ficar com ela até os 4 meses. L. coloca a filha na posição canguru ao amamentar (por volta de 5 vezes). Suas atitudes e seu discurso são contraditórios. L. diz “sentir-se mais mãe e mais participativa com a filha na posição canguru”. Não aguenta ficar muito tempo na EC, precisa sair; tem a sensação de não aguentar por ter muito trabalho. Sente-se mais segura na EC. L. conta que desperta muito e não tem mais tempo para cuidar de si.”

Subcategorias identificadas: coloca o filho na posição canguru com frequência (mínimo de 4 vezes no dia por um período de 30 minutos); relata que seu sono tornou-se mais leve, que está em um estado permanente de alerta e desperta sempre que o bebê faz um som diferente.

Na 3ª etapa: na consulta de *follow-up*, L. fala que o que mais a preocupa no momento é resolver suas questões de direito trabalhista. Continua com os planos de amamentar a filha até os 4 meses. Este é um tempo previsto pela própria L., para que possa voltar a procurar um emprego. Durante sua gestação a empresa em que trabalhava fechou.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 1ª e 3ª etapas: demonstra desejo de levar o bebê para casa.

### **-Desenvolvimento do bebê (*Follow-up*)**

L. percebe a filha engordando e ficando mais bonita: “Sinto prazer em ver as características dela mudando”.

Subcategorias identificadas: o desenvolvimento do bebê está de acordo com sua idade cronológica; percebe as aquisições do bebê; elogia seu bebê.

#### **- Indicadores da PMP:**

1- Evidentemente positivos: não foram identificados indicadores positivos na relação de L. com La.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria ‘Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê’, a subcategoria: bebê sob os cuidados da equipe; na categoria ‘Manifestações da mãe à condição de prematuridade’ a subcategoria: mãe tenta construir sua explicação para o nascimento prematuro. Essas são subcategorias que, em L., podemos compreendê-las como consequentes da relação distante com a filha, e a falta de interesse ou desejo em se envolver com esta.

3- Predominantemente negativos: na categoria 'Interação mãe-bebê', a subcategoria: dificuldade em assumir a responsabilidade de ser mãe; na categoria 'Amamentação', as subcategorias: não pode amamentar, não demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar; não interage com seu bebê durante a amamentação, pede ajuda a equipe, expressa cansaço, demonstra irritação de ter que cuidar do bebê, expressa desejo de cuidar somente de si mesma; na categoria 'Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê', a subcategoria: expressa temor de não dar conta, sem condições de se dedicar ao bebê., distante do bebê, delega à avó materna os cuidados/carinho do bebê; na categoria 'Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê', a subcategoria: fica nervosa e desesperada, pede ajuda a equipe, demonstra desejo de se liberar logo das tarefas com o bebê; na categoria 'Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê', a subcategoria: não demonstra perceber a condição de dependência do bebê; na categoria 'Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê', a subcategoria não abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança, não inclui o bebê em seus planos e na sua vida; na categoria 'Desenvolvimento do bebê', a subcategoria: não estimula seu bebê.

L. teve muitas subcategorias indicando manifestações maternas negativas para a PMP. A questão que tinha com a amamentação chamava a atenção. Esta não era desejada e o momento não era de satisfação. Este era tido como uma obrigação e parecia não ser prazeroso. Não havia carinho ou interação durante este momento.

A dificuldade de L. em ficar com a filha na EC, a reclamação que fazia diariamente sobre o cansaço que estava e a questão que colocava de que não ia aguentar, podemos entender como "não quero aguentar, não quero cuidar". A distância que tinha da filha, a falta de interesse em conhecê-la, em cuidá-la, em perceber suas manifestações. Era visível na UI que chamava a equipe para acalmar a filha quando chorava. Em casa L. ficava nervosa ao ver a filha chorando. Teve algumas dificuldades nos cuidados com a filha em casa e ficava aliviada de ter sua mãe para cuidar e conseguir ter tempo para cuidar de si. O cuidar de si era prioridade para L. desde a UI. Ficava insatisfeita ao ter que cuidar da filha ao invés dela própria. A equipe da EC ficou incomodada com a frieza e o distanciamento de L. com relação a sua filha.

- Síntese do caso:

L apresenta sinais predominantemente negativos para o desenvolvimento da PMP. Demonstra ter uma personalidade narcisista que inviabiliza o desenvolvimento da PMP. Suas atitudes são de pouco envolvimento, participação e interesse com a filha. O vínculo que estabeleceu com a filha era frágil e distante. Na consulta de *follow-up* foi possível perceber a preocupação de L. com La., mas ao mesmo tempo a necessidade de L. de contar com outra pessoa, para delegar as tarefas de cuidar da filha, como sua mãe, ela própria demonstrando sua pouca dedicação em ser mãe.

### **Identificação dos sujeitos 5:**

Mãe: Ma. Bebê: E.

### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

Ma. possui 45 anos. Tem mais um filho (5 anos). Foi internada na Maternidade Escola no 6º mês de gestação devido à pressão alta. Após 18 dias seu parto cesáreo foi realizado. Seu bebê nasceu de 32 semanas com peso de 1.075 g. Permaneceu na UTI por cinco semanas. Ma. ficou na AME acompanhando a filha na UTI. Conta com satisfação que a filha nasceu pequena, mas nasceu respirando sozinha. Pediu a enfermeira da EC para passar por esta enfermaria com a filha e ficou nela por duas semanas. Compareceram à consulta de *follow-up*.

Ma. planejava engravidar, mas achava que não conseguiria mais devido a uma problema no útero. Conta que, no último mês que deu de prazo para tentar engravidar, percebeu sua menstruação atrasada e descobriu a gravidez. Desejou muito seu bebê. Não houve ameaça ou tentativa de aborto. Fez o pré-natal (6 consultas). Ao ser perguntada como se sentiu na gravidez, Ma. diz: “Tirando a alegria, não senti mais nada. A gestação foi maravilhosa”. Ma. escolheu o nome da filha e preparou o enxoval.

O casal está junto. O pai presente, tocou, conversou e questionou a equipe sobre a filha. Dá apoio e incentivo a mãe. Ma. possui amigos, vizinho e irmãs que estarão ajudando-a quando tiver alta.

Em casa Ma. está sem dormir e sente-se cansada. Possui outro filho e está difícil ter disponibilidade para os dois. Consegue ficar com o bebê ao amamentar: “Faço o serviço de casa rápido para dar de mamar a E. Ela mama dia e noite sem parar”.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos Ma. e E.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP:

Considera-se que Ma. teve os fatores colaboradores e circunstanciais muito favoráveis (15 pontos/fatores positivos) para o desenvolvimento da PMP, pois Ma. planejou e desejou a gestação, não houve ameaça ou tentativa de aborto, fez o pré-natal corretamente, diz que se sentiu alegre na gestação. Escolheu o nome da filha e preparou o enxoval. O casal estava junto, o pai presente. Recebia o apoio do companheiro e de familiares. Permaneceu na AME, pediu para participar da EC e compareceu à consulta de *follow-up*. Está em adaptação à nova rotina e consegue estar com o bebê.

Ma. teve um fator colaborador e circunstancial negativo para o desenvolvimento da PMP: a pressão alta durante a gestação.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

#### **- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: Ma. fala de sentir a melhor sensação quando pode segurar a filha. Diz: “Vê-la fora da incubadora é sinal que está bem”. Quando Ma. conversa com E., esta abre os olhos e fica olhando para ela.

Subcategorias identificadas: identifica sentimento de "ser mãe; demonstra prazer no contato com seu bebê; demonstra estar confortável ao segurar o bebê; pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê; conversa com seu bebê; demonstra prazer em falar com o bebê e obter uma resposta; interpreta os movimentos do bebê e faz tentativas de comunicação com ele.

Na 2ª etapa: Ma. acha que estar na EC é melhor, porque pode pegar a filha a hora que quiser. Sabe que a filha a escuta e reconhece sua voz, mas acredita que não a entende.

Na 3ª etapa: em casa, Ma. refere sentir mais liberdade, pois pode pegar mais a filha.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 2ª e 3ª etapas: maior liberdade/proximidade no contato.

#### **- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**



Na 1ª etapa: Ma. está ordenhando o leite para a filha. Mostra-se tranquila e satisfeita ao fazer a ordenha. Durante a primeira observação, Ma. estava ordenhando o leite para a filha. Tira o leite sem dificuldade e, após terminar, se prepara para colocar a filha na posição canguru. Pega a filha da incubadora com facilidade e, sem ajuda das enfermeiras, a coloca na posição. Beija seu rosto e conversa baixinho com ela.

Subcategorias identificadas: não pode amamentar; demonstra desejo de amamentar; demonstra tranquilidade quando não pode amamentar no seio.

Na 2ª etapa: Ma. fala da ajuda que a enfermeira está dando a ela ao amamentar o filho na EC. Sabe que seu leite é o melhor para a filha.

Subcategorias identificadas: pode amamentar; demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar; mostra-se carinhosa ao pegar o filho para amamentar; demonstra dificuldade para amamentar no seio; permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando.

Na 3ª etapa: Ma. sente-se cansada ao amamentar a filha em casa. Diz que precisa do leite artificial como complemento para a filha.

Subcategorias identificadas: expressa cansaço.

#### **- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: Ma. sente que cuida bem de seu bebê na UTI.

Subcategorias identificadas: demonstra interesse em cuidar do bebê.

Na 2ª etapa: mãe está aprendendo na EC a cuidar de seu bebê. Diz que está adquirindo confiança: “A EC é como uma escola para ser mãe”

Subcategorias identificadas: em aprendizado dos cuidados com o bebê.

Na 3ª etapa: Ma. está preocupada da filha não estar crescendo e ganhando peso. Sente medo que aconteça algo com a filha em casa.

Subcategorias identificadas: expressa medo de evolução negativa do quadro clínico; expressa temor de não dar conta.

#### **- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: Ma. pede ajuda às enfermeiras ao ver a filha chorando. Interpreta que E. sente fome e dor.

Subcategorias identificadas: pede ajuda a equipe; mostra-se atenta e eventualmente preocupada.

Na 2ª etapa: na EC, mãe fica preocupada ao ver a filha chorando. Pede ajuda às enfermeiras para colocá-la no seio. Acha que a filha sente fome. Para que esta acalme, pega e dá de mamar. Durante uma das observações, E. resmunga no berço e Ma. se aproxima: “Viu, ela nem chora, eu estou atenta a qualquer barulho dela para ver o que ela quer. Tem horas que é fome e tem horas que não é nada que ela quer”.

Subcategorias identificadas: tenta identificar o motivo do choro do bebê; consegue acalmar o bebê.

Na 3ª etapa: em casa, ao ver filha chorar, Ma. tem a sensação de não aguentar ouvir e fica cansada. Acha que a filha sente muita fome. Dá de mamar para que pare de chorar.

Subcategorias identificadas: fica nervosa e desesperada.

#### **- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Ma. percebe que a filha precisa dela em todas as etapas do Método Canguru. Seu envolvimento e participação demonstram que Ma. percebia a dependência que a filha possuía dela.

Subcategorias identificadas: demonstra perceber a condição de dependência do bebê; consegue interpretar as formas e meios com que o bebê expressa suas necessidades.

#### **- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI):**

Ma. acredita que a filha nasceu prematura porque tinha que nascer: “Deus quem quis; eu fiz tudo direito”. Com o nascimento prematuro, mãe sentiu-se feliz por vê-la, mas ficou preocupada por filha ser frágil; se cresceria bem e se ia conseguir cuidar direito. As expectativas de Ma. quanto à filha são as melhores: ver a filha ganhando peso e respirando bem. Lembra-se do dia e do que ocorreu no parto.

Subcategorias identificadas: mãe tenta construir sua explicação para o nascimento prematuro; demonstra envolvimento (demonstra atenção, carinho) com o bebê; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI; mostra-se assustada/decepcionada com filha prematura na UTI.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa: Ma. permaneceu na AME acompanhando a filha na UTI. Foi para a EC, e após a alta, retornou para a consulta de follow-up.

Na consulta de *follow-up*, Ma. chega falando da preocupação com a filha por esta não dormir bem e estar mamando muito. A pediatra a orienta quanto a amamentação. Ma. achou importante as recomendações médicas, mas acha mais importante o que aprendeu na EC.

Subcategorias identificadas: visita o bebê na UTI e UI; permanece mais de 1 (uma) hora na UTI/UI; telefona quando não visita o bebê; demonstra interesse (indaga sobre) no tratamento e no desenvolvimento do filho; segue o que a equipe do *follow-up* orienta quanto à estimulação do bebê; destaca a importância da EC.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI):**

Ma. relata que, desde o início, desejou participar da EC: “Fiquei na AME e estava doida para vir para a EC, porque aqui vou aprender mais, ficar mais confiante. Estou preocupada em ir para casa desse jeito e não saber cuidar”.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru, tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru, expressa insegurança; em aprendizado dos cuidados do bebê.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa: Ma. deseja muito levar a filha para casa. O que mais a preocupa no momento é a filha ficar bem. Tem planos de levar a filha para casa.

Na 2ª etapa: na EC. Ma. está preocupada em fazer o melhor para a filha. Fica receosa de ir para a casa com a filha e esta ter algum problema: “Só a vendo crescer para ver se vai ter algum problema (sequela), mas de qualquer jeito, eu a amo”. Os planos eram de cuidar da filha até os 2 anos e, depois, voltar a trabalhar. Durante uma observação na EC, Ma. estava com a filha na posição canguru. Acaricia sua cabeça. Parecia sonolenta e acabou dormindo com a filha na posição. Fica uns 30 minutos dormindo, até a enfermeira chamá-la para amamentar E. Muito carinhosa Ma. dá de mamar para a filha.

Na EC, Ma. coloca a filha na posição canguru de 3 a 4 vezes por dia. Diz que é ótimo ter a filha na posição, pois esta fica mais calma e quentinha: “No berço ela fica

agitada, aí ela acalma aqui comigo. É como se E. estivesse na barriga.”. Sente-se mais participativa na EC, mais confiante e segura: “A EC é tudo para mim”. Fica o tempo todo na EC. Diz que não dorme mais e acorda com qualquer barulho, e apenas cochila.

Subcategorias identificadas: permanece a maior parte do tempo na Enfermaria Canguru; já demonstra formas próprias de lidar com o bebê; coloca o filho na posição canguru com frequência (mínimo de 4 vezes no dia, por um período de 30 minutos); demonstra estar confortável ao colocar o bebê na posição canguru; mostra-se mais participativa/envolvida na recuperação do seu bebê do que quando ele estava na UTI e UI; relata que seu sono tornou-se mais leve, que está em um estado permanente de alerta e desperta sempre que o bebê faz um som diferente.

Na 3ª etapa: em casa Ma. volta a falar da preocupação da filha crescer sem ter problemas e planeja cuidar bem dela.

Subcategorias identificadas e repetidas nas três etapas: demonstra desejo de levar o bebê para casa; preocupa-se com o bebê; abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança; inclui o bebê em seus planos e na sua vida.

### **-Desenvolvimento do bebê (*Follow-up*)**

Ma. percebe seu bebê mais esperto, engordando e ficando mais acordado.

Subcategorias identificadas: estimula seu bebê; o desenvolvimento do bebê está de acordo com sua idade cronológica; percebe as aquisições do bebê; elogia seu bebê.

#### **- Indicadores da PMP:**

1- Evidentemente positivos: as subcategorias identificadas na dupla Ma. e E. podem ser reconhecidas como indicadores evidentemente positivos do desenvolvimento da PMP, não só pelo número de itens positivos que compuseram as observações, indicando envolvimento e participação da mãe na relação com o bebê, mas também pela qualidade deste envolvimento, como por exemplo: desde a gestação, Ma. demonstra um grande desejo e ligação com a filha. Durante todo o tempo que esteve acompanhando E. na UI, na EC e na consulta de follow-up, Ma. fez questão de mostrar a satisfação em estar com a filha e de ser mãe.

O vínculo e a proximidade que tinha com E. eram fortes. A interação era de carinho e atenção. Estava sempre estimulando a filha: acariciando, beijando e conversando. A amamentação era feita desde a UTI com satisfação. A desenvoltura de

Ma., ainda na UTI, em pegar a filha, em fazer a posição canguru, e a participação ativa que tinha ao acompanhar a filha eram aspectos positivos em Ma. Porém, Ma. falava na UTI e na EC do grande receio e insegurança que tinha de poder acontecer algo com a filha e de não saber cuidar bem dela. Fazia questão de aprender tudo com as equipes dos setores. A EC foi de grande importância para Ma., pois pareceu ter conseguido mais confiança e segurança. Assumiu mais os cuidados com E. sempre de forma carinhosa. O fato de Ma. ter pedido para participar da EC, o estar realmente mais participativa nos cuidados da filha, mais livre, mais treinada, ao passar com a filha pela EC; o demonstrar grande satisfação em estar com a filha na EC e realizar a posição canguru, os planos com E. incluída e a capacidade de abdicar de questões outras para estar com a filha, eram manifestações importantes em Ma.

Apesar da dificuldade em casa para dar conta dos filhos e dos afazeres domésticos, Ma. vinha se adaptando e administrando o tempo para sua filha. Diante da preocupação que manifestou sobre as sequelas que a filha poderia ter, Ma. estava mais atenta ao desenvolvimento desta e suas aquisições.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria ‘Amamentação’, as subcategorias: não pode amamentar, apresenta dificuldade para amamentar no seio, expressa cansaço; na categoria ‘Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê’, as subcategorias: expressa temor de não dar conta, expressa medo de evolução negativa do quadro clínico; na categoria ‘Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê’, a subcategoria: pede ajuda a equipe, fica nervosa e desesperada; na categoria ‘Manifestações da mãe à condição de prematuridade’ a subcategoria: mãe tenta construir sua explicação para o nascimento prematuro, mostra-se assustada/decepcionada com bebê prematuro na UTI; na categoria ‘Manifestações da mãe frente à proposta da EC’, a subcategoria: expressa insegurança. Essas subcategorias nos levam a pensar em manifestações iniciais de Ma. indicando receio de perder a filha, insegurança e falta de confiança quanto ao cuidar desta. Apesar dessas ambivalências, Ma. mostrou sua dedicação em superar as dificuldades, e a relação que tinha com a filha era de um forte vínculo.

3- Predominantemente negativos: não houve subcategorias negativas identificadas neste caso.

- Síntese do caso:

Desde a gestação Ma. apresenta sinais indicadores da PMP. No momento em que passou pela UTI e UI, as manifestações de Ma. também foram positivas para a PMP. A EC foi muito importante para uma maior segurança de Ma. com a filha e pode ter estimulado e fortalecido o desenvolvimento da PMP. Na consulta de *follow-up*, foi possível perceber a satisfação de Ma. ao mostrar as aquisições de E. Apesar de estar em adaptação à nova rotina e estar cansada, Ma. parecia estar dando conta de atender às necessidades dos filhos, o que evidencia o pleno desenvolvimento da PMP.

### **Identificação dos sujeitos 6:**

Mãe: Re ; Bebê: I. (sexo masculino)

### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

Re. tem 24 anos. Não tem mais filhos. Internou-se na Maternidade Escola no 6º mês de gestação devido a perda de líquido amniótico. Seu bebê nasceu de parto cesáreo com 32 semanas de gestação e pesando 1.820 g. I. permaneceu uma semana na UTI neonatal. Após, foi para a EC com sua mãe, onde ficou por três semanas. Compareceram a consulta de *follow-up*.

Re. percebeu a menstruação atrasada e descobriu a gravidez aos 2 meses. Diz que não planejou, mas conseguiu aceitá-la e desejá-la. Teve ameaça de aborto a gestação toda. Fez o pré-natal. As intercorrências médicas foram a perda de líquido e “um problema” na placenta. Ao mesmo tempo em que Re. relata ter conseguido desejar sua gestação diz sentir que esta foi ruim, pois não curtiu nada devido aos problemas de saúde que teve. Ela que escolheu o nome da filha e preparou o enxoval.

O casal estava junto. O pai presente. Pegou e conversou com o filho. Questionou à equipe sobre este e dava apoio e incentivo à mãe. Re. contará com a ajuda dos avós de I. quando tiver alta.

Re. está se adaptando à nova rotina em casa; diz estar muito corrida. O pai está ajudando.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos Re e I.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP:

Considera-se que Re. teve os fatores colaboradores e circunstanciais favoráveis (9 pontos/fatores positivos) para o desenvolvimento da PMP, pois Re. escolheu o nome

do filho ainda na gestação, preparou o enxoval, foi para a EC, compareceu a consulta de follow-up, contava com o apoio do marido e de seus familiares. Está em adaptação à nova rotina e conta com a ajuda de outra pessoa.

Re. teve quatro fatores colaboradores e circunstanciais negativos para o desenvolvimento da PMP: a perda de líquido amniótico, o fato de não ter planejado a gestação e ter tido dificuldade em aceitá-la e desejá-la, a ameaça de aborto, o sentir sua gestação como tendo sido ruim.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

#### **- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: Re. vê o filho na incubadora, com aparelhos, sonda etc. e fica incomodada. Fala que “é uma sensação única ser mãe”.

Subcategorias identificadas: mostra-se assustada/decepcionada com filho na UTI; identifica sentimento de "ser mãe"; aproxima-se do bebê; olha para seu bebê.

Na 2ª etapa: mãe diz que na EC fica mais fácil, é possível pegar mais o filho.

Subcategorias identificadas: maior liberdade/proximidade no contato; demonstra estar confortável ao segurar o bebê; pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê.

Na 3ª etapa: em casa, a mãe refere-se à EC que fornece mais segurança, mais confiança e é possível cuidar do filho sem ajuda das enfermeiras. Percebe o filho olhar e entender o que ela fala.

Subcategorias identificadas: interpreta os movimentos do bebê e faz tentativas de comunicação com ele; conversa com seu bebê ; demonstra prazer em falar com o bebê e obter uma resposta; demonstra prazer no contato com seu bebê.

#### **- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: Re. sente-se bem ao ordenhar o leite para o filho.

Subcategorias identificadas: não pode amamentar, mas demonstra desejo em fazê-lo; demonstra tranquilidade quando não pode amamentar no seio.

Na 2ª etapa: mãe sente-se cansada ao amamentar na EC. Sente o seio dolorido. Durante uma observação, Re. demonstra sentir dor no seio ao amamentar. Fica 30 minutos

amamentando e enfermeira que fala para parar, e administra o leite pela sonda. Re. fica observando a enfermeira com seu filho.

Subcategorias identificadas: pode amamentar; demonstra dificuldade para amamentar no seio; expressa cansaço; permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando.

Na 3ª etapa: Re. relata que sente-se bem ao amamentar e dar o que é bom para o filho. Fica mais de uma hora amamentando.

Subcategorias identificadas: demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar.

#### **- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: Re. diz que é equipe quem cuida de seu filho.

Subcategorias identificadas: bebê sobre os cuidados da equipe.

Na 2ª etapa: Re. se lembra dos cuidados de sua mãe com ela para fazer igual ao cuidar de seu bebê na EC.

Na 3ª etapa: Re. tem a sensação de poder e ter que cuidar mais em casa.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 2ª e 3ª etapas: demonstra interesse em cuidar do bebê; mostra-se segura e confiante em cuidar do bebê.

#### **- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: na entrevista, Re. responde que não viu manifestações de desconforto do filho na UTI, pois sempre que o visitava estava dormindo.

Subcategorias identificadas: não percebe manifestações de desconforto do bebê.

Na 2ª etapa: Re. fica desesperada ao ver o filho chorar na EC. Interpreta que ele sente cólica e fome. Pega e nina para que pare de chorar.

Na 3ª etapa: mãe fica preocupada e nervosa ao ver filho chorar em casa. Como na EC Re. interpreta que filho sente fome e cólica quando chora. Para acalmá-lo pega, dá de mamar ou o remédio.

Subcategorias identificadas e repetidas na 2ª e 3ª etapas: mostra-se atenta e eventualmente preocupada; fica nervosa e desesperada; tenta identificar o motivo do choro do bebê; consegue acalmar o bebê; iniciativa para aliviar a aflição do bebê.



**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Em todas as etapas do Método Canguru, Re. diz, nas entrevistas, que percebe I. precisando dela.

Apesar de Re. acompanhar o filho desde a UTI, passar pela EC e comparecer a consulta de *follow-up*, demonstrava pouco envolvimento e dedicação, o que nos faz pensar numa dificuldade em perceber realmente a dependência do filho.

Subcategorias identificadas: dificuldade em perceber a condição de dependência do bebê.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI):**

Re. acha que filho nasceu prematuro porque entrou em sofrimento fetal. Estava esperando o nascimento prematuro do filho, ao saber do parecer médico de sofrimento fetal. Suas expectativas são boas. Lembra-se do dia, e do que ocorreu no parto.

Subcategorias identificadas: acredita na explicação médica para o nascimento prematuro; aceita (reconhece) a prematuridade do bebê; demonstra envolvimento (demonstra atenção, carinho) com o filho; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa: Re. permaneceu na AME enquanto seu bebê ficou na UTI.

Subcategorias identificadas: visita o filho na UTI e UI; permanece mais de 1 (uma) hora na UTI/UI; quando não pode ir a UTI ou UI telefona para ter notícias do bebê.

Na 3ª etapa: na consulta, a pediatra elogia o crescimento de I. Pais falam da dificuldade do filho dormir a noite. Re. achou importante as recomendações médicas; achou mais importante o que aprendeu na EC.

Subcategorias identificadas: demonstra interesse (indaga sobre) no tratamento e o desenvolvimento do filho; segue o que a equipe do *follow-up* orienta quanto à estimulação do bebê; importância da EC.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI):**

Re. deseja participar da EC. Pede à equipe para participar.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru; tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa: Re. deseja muito levar o filho para casa. O que mais a preocupa no momento é aprender a cuidar do filho. Tem planos de cuidar bem do filho.

Na 2ª etapa: durante uma das observações Re. não sabia responder “há quantos dias estava na EC”, de tão envolvida que parecia com o bebê. Re. se preocupa com o filho ficar bom, em amamentar bem, saber cuidar. Re. coloca o filho na posição canguru o dia todo. Diz que é ótima a posição, pois ficaquentinho. Sente-se mais participativa na EC. Fica o tempo todo na EC. Considera a EC boa e está aprendendo muito. Não dorme mais e acorda com qualquer mexida do filho na EC.

Subcategorias identificadas: permanece a maior parte do tempo na Enfermaria Canguru; já demonstra formas próprias de lidar com o bebê; coloca o filho na posição canguru com frequência (mínimo de 4 vezes no dia por um período de 30 minutos); demonstra estar confortável ao colocar o bebê na posição canguru; mostra-se mais participativa/envolvida na recuperação do seu bebê do que quando ele estava na UTI e UI; relata que seu sono tornou-se mais leve, que está em um estado permanente de alerta e desperta sempre que o bebê faz um som diferente.

Na 3ª etapa: o que mais a preocupa em casa é de dar um futuro bom para o filho. Tem planos de criar bem o filho.

Subcategorias identificadas e repetidas na 1ª e 3ª etapas: demonstra desejo de levar o bebê para casa; preocupa-se com o bebê; abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança; inclui o bebê em seus planos e na sua vida.

**- Desenvolvimento do bebê (*Follow-up*)**

Na consulta de *follow-up* mãe percebe seu bebê crescendo, mais esperto, prestando atenção.

Subcategorias identificadas: estimula seu bebê; o desenvolvimento do bebê está de acordo com sua idade cronológica; percebe as aquisições do bebê; elogia seu bebê.

- Indicadores da PMP:

1- Evidentemente positivos: algumas subcategorias podem ser identificadas na dupla Re. e I. como indicadores positivos do desenvolvimento da PMP após o nascimento do filho, pois estava mais próxima e dedicada.

Na gestação, Re. teve grandes dificuldades na relação com o filho, apesar de também ter apresentado algumas manifestações positivas, como escolher o nome, fazer o enxoval, fazer o pré-natal. O casal estava junto e Re. contava também com o apoio de familiares.

Durante a permanência do bebê na UTI, Re. teve certo envolvimento e interação, ficando mais envolvida com ele na EC e na consulta de *follow-up*. Nesta, foi possível perceber o quanto Re. estava mais segura, carinhosa e satisfeita em ser mãe. Chegou a ser elogiada pela pediatra pelo crescimento do filho.

Com o fato de não poder amamentar inicialmente, Re. lidou bem e manteve-se motivada a amamentar o filho no seio. Assim o fez, mesmo relatando, com frequência, o fato do seio estar dolorido.

A EC foi de grande importância para Re. adquirir maior confiança e aprender sobre os cuidados com o filho. Teve mais iniciativa em tentar identificar as manifestações de desconforto e aflição do filho e ajudá-lo a aliviá-los. Tinha satisfação em realizar a posição canguru e sentia-se mais participativa na EC. Preocupava-se com o filho e conseguiu abdicar de suas questões pessoais para ficar com ele.

2- Ambivalentes ou ambíguos: Re. mostrou-se ambígua durante sua gravidez quanto as manifestações indicadoras da PMP, demonstrando ao mesmo tempo não desejar o filho e de certa forma investir neste ao escolher o nome, realizar o pré-natal etc. Falava de forma contrária a algumas de suas ações com o filho, como por exemplo ao dizer perceber a necessidade que o bebê tinha dela, mas não demonstrar ter essa percepção com suas atitudes iniciais de pouco envolvimento.

Na categoria ‘Interação mãe-bebê’ as subcategorias: mostra-se assustada/decepcionada com o bebê prematuro na UTI; na categoria ‘Manifestações da mãe à condição de prematuridade’ a subcategoria: acredita na explicação médica para o nascimento prematuro; na categoria Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê, a subcategoria: bebê sob os cuidados da equipe. Essas subcategorias em Re. demonstram sua relação mais distante com o filho e a sua instabilidade: a decepção com o nascimento prematuro e, ao mesmo tempo, dizer que esperava que o filho nascesse prematuro; o bebê sob os cuidados da equipe que, inicialmente, para ela, parecia mais

um alívio; o fato de não estar dando conta da rotina, também nos fazem pensar que Re. estava no processo de adaptação à nova rotina, visto que, em casa, Re. já estava mais envolvida com o filho.

3- Predominantemente negativos: a gestação de Re. teve fatores importantes quanto a negatividade do desenvolvimento da PMP: a dificuldade em aceitá-la, em desejá-la, o relatar sentir-se ruim nesta, a ameaça de aborto. Na categoria 'Amamentação' as subcategorias: expressa cansaço, demonstra dificuldade para amamentar no seio; na categoria 'Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê' a subcategoria: fica nervosa e desesperada. Essas subcategorias nos mostram a dificuldade inicial que Re. estava em estabelecer um vínculo mais forte com o filho.

- Síntese do caso:

Re. mostra uma evolução no sentido do desenvolvimento da PMP. Numa primeira impressão, notam-se alguns fatores evidentemente negativos para esta condição. No momento em que passou pela UTI, as manifestações de Re. foram ambíguas para a PMP: demonstrando ora aspectos positivos, ora negativos. A EC foi muito importante para uma maior proximidade e envolvimento de Re. com o filho e pode ter estimulado o desenvolvimento da PMP. Na consulta de *follow-up* foi possível perceber a satisfação de Re. ao mostrar as aquisições de I. e de estar cuidando e dedicando-se ao filho, o que nos leva a concluir que ela conseguiu desenvolver a PMP.

#### **Identificação dos sujeitos 7:**

Mãe: R. Bebê: K. (sexo masculino)

#### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

R. tem 25 anos. Tem mais um filho de cinco anos. R. internou na Maternidade Escola ao 7º mês de gestação devido a diabetes gestacional. Seu bebê nasceu de parto vaginal com 32 semanas de gestação com 1,730grs. Foi para a UTI onde permaneceu por duas semanas. A mãe ficou na AME e foi convidada a ir para a EC. De início recusou-se a ir para a EC, pois tinha a visão desta "ser como uma prisão". Após um período de

insistência da enfermeira da EC, R. aceitou ir para ela, onde ficou por duas semanas. Compareceram à consulta de follow-up.

R. teve a menstruação atrasada e assim descobriu a gravidez. Não planejou, mas aceitou com certa dificuldade: “estou querendo fazer a ligadura”. Não houve ameaça de aborto. Fez o pré-natal (4 consultas). Ocorreu a intercorrência médica da diabetes gestacional. R. relatou ter se sentido cansada durante a gravidez. Foi o pai quem escolheu o nome do bebê e preparou o enxoval do filho, de acordo com R.

O casal estava junto. O pai presente. Visitou o filho e a esposa todos os dias. Não pegou o filho, mas conversou. Dava apoio e incentivo a R. A mãe de R. ajudará a cuidar do neto quando este for para a casa.

Em casa com a nova rotina R., está sem dormir, mas acha que está indo bem. Possui outro filho. Consegue ter disponibilidade e dar atenção para os dois.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos R. e K.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP:

Considera-se que R. teve os fatores colaboradores e circunstanciais pouco favoráveis (8 pontos/fatores positivos) para o desenvolvimento da PMP. Esses fatores pouco favoráveis foram: fez o pré-natal corretamente, não teve ameaça ou tentativa de aborto, acompanhou o filho na UTI estando na AME, compareceu a consulta de *follow-up*, teve o apoio do pai do bebê e de familiares. Em adaptação à nova rotina de casa. Consegue estar com o bebê.

R. teve cinco fatores colaboradores e circunstanciais negativos para o desenvolvimento da PMP: a diabetes gestacional, o fato de não ter planejado a gestação e ter tido dificuldade em aceitá-la e desejá-la, o fato de ter recusado ir para a EC inicialmente, ter sido o pai que preparou o enxoval, o sentir-se cansada durante a gravidez.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru:**

- **Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: mãe fala na entrevista que quando pode segurar/pegar o filho na UTI é um momento muito rápido. Apesar disso, diz que é bom e gosta de interagir com o filho.

Subcategorias identificadas: expressa desejo de maior contato com o bebê; pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê; demonstra prazer no contato com seu bebê; aproxima-se do bebê; olha para seu bebê; toca seu bebê.

Na 2ª etapa: na EC é possível ficar mais tempo com o filho no colo. R. gosta mais do que na UTI.

Na 3ª etapa: R. diz que em casa não sente diferença de quando estava na EC, no que diz respeito ao contato ou interação com o filho.

Subcategorias identificadas e repetidas na 2ª e 3ª etapas: maior liberdade/proximidade no contato; demonstra estar confortável ao segurar o bebê.

#### **- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: K. apresenta dificuldade de sucção.

Subcategorias identificadas: não pode amamentar; demonstra preocupação quando não pode amamentar no seio.

Na 2ª etapa: K. começou a sugar bem na EC. Mãe diz querer ir embora rápido.

Na 3ª etapa: na consulta de *follow-up* R. comenta apenas que K. continua sugando bem.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 2 e 3 etapas: não demonstra tranquilidade ao amamentar; não permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando.

#### **- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: R. diz que é a equipe quem cuida de seu bebê.

Subcategorias identificadas: bebê sob os cuidados da equipe.

Na 2ª etapa: R. tem a sensação de que vai começar a cuidar do filho na EC.

Subcategorias identificadas: demonstra interesse em cuidar do bebê.

Na 3ª etapa: na consulta de *follow-up* R. está preocupada com o filho ser muito pequeno e tem medo de acontecer algo com ele

Subcategorias identificadas: expressa medo de evolução negativa do quadro clínico.

#### **- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: mãe diz não ter visto o filho chorar na UTI.

Subcategorias identificadas: não percebe manifestações de desconforto do bebê.

Na 2ª etapa: R. fica preocupada e nervosa ao ver filho chorando. Interpreta que filho sente fome. Pega e dá de mamar para que pare de chorar.

Na 3ª etapa: R. fica nervosa ao ver filho chorar. Acha que filho sente fome ou cólica. Dá de mamar ou o remédio para que pare K. acalme.

Subcategorias identificadas e repetidas na 2ª e 3ª etapas: mostra-se atenta e eventualmente preocupada; fica nervosa e desesperada; tenta identificar o motivo do choro do bebê; iniciativa para aliviar a aflição do bebê.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Em todas as etapas do Método Canguru, R. respondeu, nas entrevistas, que percebe seu bebê precisando dela. Esteve envolvida com o filho na UTI, mas teve grande resistência em ir para a EC com ele. Assim, parece que não percebeu a necessidade que seu bebê tem dela.

Não foram identificadas subcategorias.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI):**

R. não sabe o motivo do nascimento prematuro do filho. Conta que os médicos justificam a prematuridade devido à infecção que ela teve. Com o nascimento prematuro, mãe sentiu-se preocupada. As expectativas são as melhores. R. lembra do dia e do que ocorreu no parto.

Subcategorias identificadas: não identifica o motivo do nascimento prematuro do bebê; acredita na explicação médica para o nascimento prematuro; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa: R. ficou na AME e visitou o filho na UTI

Subcategorias identificadas: visita o filho na UTI e UI; quando não pode ir a UTI ou UI telefona para ter notícias do bebê.

Na 3ª etapa: ao chegar para a consulta, R. encontra outra mãe que já conhecia e também aguardava a consulta. Aproxima-se para conversarem. Diz que está bem melhor em casa, pois já não aguentava mais a EC. Queria ter alta rapidamente. R. achou importante as recomendações médicas. Na consulta, a pediatra elogia R. pelo ganho de peso do filho.

Subcategorias identificadas: demonstra interesse (indaga sobre) no tratamento e no desenvolvimento do filho; segue o que a equipe do *follow-up* orienta quanto à estimulação do bebê.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI):**

R. possui disponibilidade de participar da EC.

Subcategorias identificadas: tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru; resistência e hostilidade com relação à EC.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa: R. deseja muito levar o filho para casa. O que mais a preocupa na UTI é o filho se recuperar. Não tem planos no momento.

Na 2ª etapa: o que mais preocupa R. na EC é o filho ficar bem e ter alta. Continua sem planos na EC. Coloca pouco o filho na posição canguru. Tem boa sensação na posição. Sente-se mais participativa na EC. Fica o tempo todo na EC e relata na entrevista sentir-se melhor nesta (contradição com o que disse sobre a EC para a outra mãe na consulta de *follow-up*). Não dorme bem e desperta muito a noite. Durante uma observação R. coloca o filho na posição canguru pela primeira vez. É orientada pela enfermeira. R. o segura e fica olhando para K. carinhosamente. Em alguns momentos presta atenção nos afazeres da equipe.

Subcategorias identificadas: permanece a maior parte do tempo na Enfermaria Canguru; demonstra estar confortável ao colocar o bebê na posição canguru; relata que seu sono tornou-se mais leve, que está em um estado permanente de alerta e desperta sempre que o bebê faz um som diferente

Na 3ª etapa: o que preocupa R. em casa é o filho continuar bem. Continua sem planos.



Subcategorias identificadas e repetidas na 1ª e 3ª etapas: preocupa-se com o bebê;  
abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança.

**- Desenvolvimento do bebê (*Follow-up*)**

R. percebe seu bebê indo bem, apesar de se preocupar por ele não dormir bem. Aponta o ganho de peso de seu bebê.

Subcategorias identificadas: estimula seu bebê; o desenvolvimento do bebê está de acordo com sua idade cronológica; percebe as aquisições do bebê.

**- Indicadores da PMP:**

1- Evidentemente positivos: algumas poucas subcategorias podem ser consideradas positivas na relação de R. com K.: interação com o filho; quando estava na EC, pareceu um pouco mais próxima dele; preocupou-se quando não pôde amamentar no seio na UTI. Esteve atenta às reações de desconforto de bebê, buscando acalmá-las, preocupava-se com o filho. Na consulta de follow-up, apontou as aquisições do filho.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria 'Manifestações da mãe à condição de prematuridade' as subcategorias: não identifica o motivo do nascimento prematuro do filho, acredita na explicação médica para o nascimento prematuro; na categoria 'Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê', as subcategorias: bebê sob os cuidados da equipe, expressa medo da evolução negativa do quadro clínico. Essas subcategorias que R. apresentou e que indicam ambiguidade na relação com o filho e com o "ser mãe". Demonstram a dificuldade que R. estava no estabelecimento de um vínculo positivo com o filho e em lidar com a realidade do nascimento prematuro. O bebê sob os cuidados da equipe parecia trazer um alívio para R. mas, ao mesmo tempo, preocupava-se com a evolução negativa do quadro clínico do filho. A adaptação à nova rotina em casa parecia estar difícil para R. e a relação mais distante com o bebê, talvez devido à dificuldade que estava para exercer seu papel de mãe.

3- Predominantemente negativos: na categoria 'Amamentação' as subcategorias: não pode amamentar, não demonstra tranquilidade para amamentar, não permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando; na categoria 'Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê' as subcategorias: fica nervosa e desesperada, não percebe manifestações de desconforto do bebê; na categoria 'Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê', a subcategoria:

dificuldade em perceber a condição de dependência do bebê; na categoria ‘Manifestações da mãe frente à proposta da EC’, a subcategoria: resistência e hostilidade com relação à EC. As subcategorias negativas identificadas em R. são várias. Todas as especificadas anteriormente demonstram com clareza a dificuldade na relação de carinho, dedicação e envolvimento com o filho.

#### Síntese do caso:

R. apresenta sinais indicadores de uma negatividade para a PMP. A EC foi importante para uma maior proximidade R. com o filho, mas não estimulou ou fortaleceu o desenvolvimento da PMP. Na consulta de *follow-up* R. mantinha a relação distante com o filho indicando realmente o não aparecimento da PMP.

#### **Identificação dos sujeitos 8:**

Mãe: D. Bebês: H. e C. (gemelares sexo feminino)

#### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

D. tem 24 anos. Tem mais um filho de 4 anos. Reside em um município próximo ao Rio de Janeiro. D. chegou a Maternidade Escola em trabalho de parto prematuro. Foi realizado o parto cesárea e suas filhas nasceram com 1.770 g e 1.750 g. Foram para a UTI e nesta ficaram por uma semana. D. ficou na AME da Maternidade Escola e, assim que as filhas tiveram alta da UTI, D. foi convidada a participar da EC. D. aceitou e nesta ficou por duas semanas. Não compareceram à consulta de *follow-up*, pois foram encaminhadas para o pediatra de sua cidade.

D. descobriu estar grávida ao “sentir-se mal” em seu trabalho. Fez o exame de sangue que deu a gravidez de 6 semanas. Não havia planejado, diz que “não era hora, mas já que tinha vindo, estava bom”. Teve uma leve ameaça de aborto, mas que cessou rapidamente. Fez o pré-natal corretamente (6 consultas). Diz que sentiu enjoos a gravidez toda e teve toxoplasmose que foi tratada. Conta que “passou muito mal e por isso se sentiu horrível durante sua gravidez.” Seus bebês nasceram de 34 semanas. D. e seu marido é que escolheram os nomes dos bebês. Conta que ganhou todo o enxoval de suas filhas.

O casal estava junto. O pai presente, pegou, conversou e questionou à equipe sobre suas filhas. Dava apoio à D. Quando forem para casa, D. poderá contar com a ajuda de várias pessoas: mãe, irmãs etc. Acredita que ajudarão bem.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos D. e H., C.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP:

Considera-se que D. teve os fatores colaboradores e circunstanciais pouco favoráveis (7 pontos/fatores positivos) para o desenvolvimento da PMP, pois D. fez o pré-natal corretamente, permaneceu na AME, foi para a EC, tinha o apoio do marido e de familiares, escolheu o nome dos bebês e tinha o enxoval.

D. teve cinco fatores colaboradores e circunstanciais negativos para o desenvolvimento da PMP: o trabalho de parto prematuro, o fato de não ter planejado a gestação, a ameaça de aborto, as intercorrências médicas que teve na gravidez, o não comparecimento à consulta de *follow-up*.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

#### **- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: (UTI/UI): D. sente emoção ao segurar as filhas e sente como sendo suas filhas. Fala da sensação única de poder interagir com elas.

Subcategorias identificadas: demonstra estar confortável ao segurar o bebê; pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê; demonstra prazer no contato com seu bebê; aproxima-se do bebê; olha para seu bebê; toca seu bebê; conversa com seu bebê.

Na 2ª etapa: (EC): D. tem as filhas mais perto, dá mais atenção. Diz que “estar com as filhas é como brincar de boneca” e não acredita que são “suas filhas” Na observação, D. conversa com as filhas: “Vocês já cresceram, vamos embora semana que vem”; “Vocês vão ser atletas e participarão das Olimpíadas de 2014”.

Subcategorias identificadas: maior liberdade/proximidade no contato; dificuldade em assumir a responsabilidade em ser mãe.

#### **- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): D. sente-se bem ao ordenhar o leite para as filhas na UTI.

Subcategorias identificadas: não pode amamentar, mas deseja fazê-lo; demonstra tranquilidade quando não pode amamentar no seio;

Na 2ª etapa (EC): D. considera ótimo amamentar, apesar de sentir o seio dolorido. Durante uma observação na EC, D. está com H. dando de mamar. Conversa com a filha para que ela não durma: “Vamos filhinha, não durma. Você tem que mamar. Está rindo né?”. Comenta com a pesquisadora o quanto é demorado amamentar. Enquanto amamenta H., C. é cuidada pelas enfermeiras. D. olha de vez em quando para ela, mas passa quase todo o tempo acariciando e estimulando H. a mamar. A enfermeira se aproxima para ajudar D. a acordar a filha.

Subcategorias identificadas: pode amamentar, demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar; mostra-se carinhosa ao pegar o bebê para amamentar, permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando; interage com seu bebê durante a amamentação.

#### **- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): D. diz que é a equipe quem cuida de suas filhas na UTI.

Subcategorias identificadas: bebê sob os cuidados da equipe.

Na 2ª etapa (EC): sente-se bem ao cuidar de seus bebês. Acha tudo muito novo e está preocupada se vai conseguir cuidar de seus bebês. Em uma das observações D. dá banho em C. Enfermeira a ajuda. C. chora e D. carinhosamente fala “calma, sua irmã ficou quieta.” A enfermeira lhe diz que, ao virar C. para lavar suas costas, ela parará de chorar. D. faz isto e C. realmente fica mais calma. Após o banho, D. enxuga e põe a roupa sem dificuldade e de forma carinhosa: “Está cheirosinha, gostosinha”.

Subcategorias identificadas: expressa temor de não dar conta, mãe em aprendizado dos cuidados com o bebê.

#### **- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): ao ver filhas chorarem D. quer que parem. Interpreta que filhas sentem dor e chama enfermeiras para ajudarem as filhas a pararem de chorar.

Subcategorias identificadas: mostra-se atenta e eventualmente preocupada; pede ajuda a equipe.

Na 2ª etapa (EC): mãe fica preocupada ao ver filhas chorarem. Interpreta que filhas fazem manha, precisam trocar a fralda, sentem fome. Pega e conversa para que parem de chorar.

Subcategorias identificadas: tenta identificar o motivo do choro do bebê; consegue acalmar o bebê; fica ansiosa com o choro dos bebês.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

D. responde na entrevista que percebe que as filhas precisam dela. Acompanhou-as na UTI, na EC, mas parece que não percebe a responsabilidade que é ser mãe e estar atenta à condição de dependência do bebê

Subcategorias identificadas: dificuldade em perceber a condição de dependência do bebê

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI):**

D. acha que as filhas nasceram prematuras por não ter mais espaço para as duas em sua barriga: “Uma das meninas se acomodou, mas a outra ficava muito agitada e não encontrava um lugar”. Com o nascimento prematuro, D. sentiu-se feliz, mas preferia que tivessem nascido de 9 meses. Possui expectativa das filhas ganharem peso rapidamente. Lembra do dia e do que ocorreu no parto.

Subcategorias identificadas: mãe tenta construir uma explicação para o nascimento prematuro; demonstra envolvimento (demonstra atenção, carinho) com os bebês; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação dos bebês; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): D. permanece na AME acompanhando as filhas na UTI até irem para a EC.

Subcategorias identificadas: visita o filho na UTI e UI; permanece mais de 1 (uma) hora na UTI/UI.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI):**

D. deseja e possui disponibilidade de ir para a EC.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru; tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): D. deseja muito levar as filhas para casa. O que mais a preocupa no momento da UTI são as filhas irem para a EC. Faz planos das filhas terem alta rápida para poderem ir para casa.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de levar o bebê para casa; preocupa-se com o bebê; abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança; inclui o bebê em seus planos e na sua vida.

Na 2ª etapa (EC): as preocupações na EC são com o ganho de peso das filhas, de não conseguir amamentar no seio e delas precisarem de complemento. Sem planos no momento, relata se sentir perdida mas, apesar disso, diz: “Está tudo encaixando. É tudo muito novo”. Na EC mãe coloca os bebês na posição canguru apenas uma vez. Acha gostosa a posição; uma das filhas não fica quieta, pois é mais agitada. Sente-se mais participativa na EC, mais responsável e pode ficar o tempo todo com as filhas na EC: “É bom vê-las chorar, rir, resmungar etc.” Fica o tempo todo na EC. Sente-se mais mãe na EC. Possui o sono mais leve e acorda durante a noite só para vê-las.

Subcategorias identificadas: permanece a maior parte do tempo na Enfermaria Canguru; já demonstra formas próprias de lidar com o bebê; demonstra estar confortável ao colocar o bebê na posição canguru; mostra-se mais participativa/envolvida na recuperação do seu bebê do que quando ele estava na UTI e UI; relata que seu sono tornou-se mais leve, que está em um estado permanente de alerta e desperta sempre que o bebê faz um som diferente; identifica sentimento de “ser mãe”; maior liberdade/proximidade no contato.

- Indicadores da PMP:

1- Evidentemente positivos: as subcategorias identificadas nos sujeitos D. e H., C. podem ser reconhecidas como indicadores positivos de uma evolução no sentido do desenvolvimento da PMP. Pareceu ter certa dificuldade em se haver com a responsabilidade de ser mãe de gêmeas, mas a EC a ajudou a se encontrar nessa

condição. Tinha uma boa interação com as filhas e esteve mais próxima delas na EC. Desejou amamentar e o fez de forma carinhosa. Tinha interesse em aprender a cuidar das filhas. Esteve atenta às reações de desconforto destas, buscando acalmá-las. Acompanhou as filhas na UTI e EC. Não compareceu a consulta de *follow-up*, mas foi encaminhada para o pediatra de sua cidade.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria ‘Manifestações da mãe à condição de prematuridade’ a subcategoria: mãe tenta construir sua explicação para o nascimento prematuro; na categoria ‘Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê’, a subcategoria: bebê sob os cuidados da equipe. D. mostrou-se ambivalente, mas parecia estar em adaptação e se dando conta da questão das filhas terem nascido prematuras e com relação aos cuidados que ela teria que assumir.

3- Predominantemente negativos: na categoria ‘Interação’, a subcategoria: dificuldade em assumir a responsabilidade de ser mãe; na categoria ‘Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê’, a subcategoria: expressa temor de não dar conta; na categoria ‘Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê’ a subcategoria: pede ajuda à equipe. Compreende-se que D. possa ter apresentado as manifestações anteriores devido a uma postura defensiva por estar lidando com o fato de ser mãe de gêmeas e “tudo ser muito novo”. Essas dificuldades foram iniciais e parece que D. conseguiu superá-las e estar mais segura e dedicada às suas filhas.

- Síntese do caso:

D. teve fatores colaboradores importantes para pensarmos em uma ausência da PMP durante a gravidez, como o fato de não tê-la aceitado, de ter tido tantos problemas de saúde e ameaça de aborto. D. apresentou sinais indicadores da PMP na EC. Esta foi uma etapa importante para a relação entre D. e suas filhas. Começou a se envolver mais, dedicar-se, a cuidar e a sentir-se mais mãe. A EC foi importante para uma maior proximidade de D. com as filhas e estimulou e fortaleceu o desenvolvimento da PMP.

### **Identificação dos sujeitos 9:**

Mãe: Cl. Bebês: L. e M. (gemelares sexo feminino)

### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

Cl. tem 26 anos. Tem um filho de três anos. Sua gestação foi de gemelares do sexo feminino. Um de seus bebês (L.) veio a falecer quando Cl. estava no 5º mês de gravidez e Cl. ficou com este morto no útero até o momento de M. nascer. Internou-se na Maternidade Escola, pois o bebê que estava vivo (M.) começou a receber menos oxigênio. M. nasceu no 8º mês de gestação de parto cesáreo com peso de 1880 g. Cl. preferiu não ver a filha que faleceu, porém conseguiu acompanhar o velório e enterro desta.

M. permaneceu na UTI por uma semana enquanto a mãe estava na AME. Esta foi convidada para participar da EC e concordou. Ficou neste setor por duas semanas. Compareceram a consulta de *follow-up*.

Cl. havia parado de tomar o anticoncepcional fazia 3 meses. Diz que não estava planejando, mas sabia do risco que corria: “Aí veio né! Minha menstruação atrasou e eu desconfieei, mas não queria ir ao médico, pois estava com medo de confirmar”. Conta que foi sozinha ao médico e se assustou muito com o fato de serem gêmeos. Para Cl. foi difícil aceitar a gravidez, chorava enquanto sua família comemorava. Estava preocupada se ia dar conta de três filhos. Com o tempo, Cl. relata que foi se adaptando e aceitando. Não houve ameaça ou tentativa de aborto. Realizou o pré-natal. A partir do 5º mês de gestação Cl. fazia as consultas de pré-natal uma vez por semana. Cl. não se sentiu bem durante a gestação. Conta que engordou, inchou muito e estouraram veias. Os nomes das filhas foram escolhidos pelos pais. O bebê gemelar que faleceu tinha o nome “M.” que passou a ser o nome do bebê que sobreviveu, pois era o nome que os dois gostavam mais. Cl. ganhou todo o enxoval das filhas.

O casal estava junto. O pai estava presente, pegou, conversou com a filha e questionou à equipe sobre ela. Dava apoio e incentivo à Cl. Os avós e tias de M. estavam presentes e forneciam mais segurança à mãe.

Cl. acha que está indo bem na nova rotina de casa. Conta com a ajuda da avó e do marido; sente-se cansada. Pode-se questionar se Cl. não estava com sintomas depressivos em razão do contexto de sua gestação. Possui outro filho. Está difícil ter disponibilidade para os dois e acha que está aprendendo a dar atenção a ambos.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos Cl. e M., L.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP:



Considera-se que Cl. teve os fatores colaboradores e circunstanciais favoráveis (10 pontos/fatores positivos) para o desenvolvimento da PMP, pois fez o pré-natal corretamente, permaneceu na AME, foi para a EC, tinha o apoio do marido e de familiares, escolheu o nome dos bebês e tinha o enxoval, compareceu à consulta de *follow-up*. Encontra-se em adaptação à nova rotina e conta com a ajuda de outra pessoa.

Cl. teve seis fatores colaboradores e circunstanciais negativos para o desenvolvimento da PMP: a perda de um de seus bebês, as intercorrências médicas que teve na gravidez, o fato de não ter planejado e ter tido dificuldade de aceitar a gestação, a preocupação se ia dar conta dos bebês.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

#### **- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: Cl. diz estar com medo de pegar a filha, devido a instabilidade dela e por estar cheia de fios ao seu redor. Sente-se bem ao conversar com ela.

Subcategorias identificadas: mostra-se assustada/decepcionada com filha prematura na UTI; expressa temor do contato físico inicial com o bebê; aproxima-se do bebê; olha para seu bebê; conversa com seu bebê.

-Na 2ª etapa: na EC Cl. acha que é diferente, pois pega, dá banho, conversa, olha a sonda etc. Sente que está mais com a filha, mais próxima dela e que está ajudando.

Subcategorias identificadas: identifica sentimento de "ser mãe"; maior liberdade/proximidade no contato; demonstra estar confortável ao segurar o bebê; pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê; demonstra prazer no contato com seu bebê.

Na 3ª etapa: Cl. diz se sentir cansada, pois em casa é tudo com ela: "Na EC não fazia nada, além de cuidar de M." Ao interagir com a filha, esta resgungua. Conta que saiu da EC sabendo muito e por isso fica tranquila com o que aprendeu.

Subcategorias identificadas: **expressa cansaço**; demonstra prazer em falar com o bebê e obter uma resposta.

#### **- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: mãe diz que sai pouco leite na ordenha.

Subcategorias Identificadas: não pode amamentar; demonstra preocupação quando não pode amamentar no seio.

Na 2ª etapa: Cl. diz estar aprendendo a amamentar. Relata que está começando a amamentar e sabe que a filha pode perder peso devido ao esforço inicial que é feito, mas acredita que M. vai recuperar rápido. Na observação Cl. ordenha o leite para a filha enquanto a enfermeira coloca a sonda nesta. Cl. fica olhando para a filha enquanto ordenha. Ainda não permanece o tempo de 30 minutos amamentando, pois a própria M. consegue sugar por um tempo menor.

Subcategorias identificadas: pode amamentar; em aprendizado dos cuidados com o bebê; expressa medo de evolução negativa do quadro clínico; mostra-se carinhosa ao pegar o bebê para amamentar; não permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando.

Na 3ª etapa: Cl diz ter tempo de amamentar a filha apesar da rotina corrida.

Subcategorias identificadas: não demonstra tranquilidade ao amamentar.

#### **- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: mãe sente que está ajudando a cuidar da filha na UTI.

Subcategorias identificadas: demonstra interesse em cuidar do bebê.

Na 2ª etapa: mãe sente-se bem ao cuidar de seu bebê. Está confiante e segura. Está conhecendo a filha: “Somos eu e ela agora”.

Subcategorias identificadas: mostra-se segura e confiante em cuidar do bebê.

Na 3ª etapa: Cl. diz não ter tempo para cuidar de si, de ser mulher e está sentindo falta.

Subcategorias identificadas: expressa desejo de cuidar de si mesma.

#### **- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa: mãe fica incomodada ao ver filha chorar. Interpreta que sente dor e incômodo. Pega M. para que pare de chorar.

Na 2ª etapa: mãe fica preocupada ao ver filha chorar: “Ela dá um espirro ou resmunga e aí eu vou ver”. Acha que filha quer colo e carinho. Pega e conversa para que pare de chorar.

Na 3ª etapa: mãe diz que ela é muito calma e só resmunga. Acha que filha sente fome, cólica, faz manha. Dá de mamar para que pare de chorar.

Subcategorias identificadas: mostra-se atenta e eventualmente preocupada; tenta identificar o motivo do choro do bebê; consegue acalmar o bebê; iniciativa para aliviar a aflição do bebê.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Cl. percebe que M. precisa dela em todas as etapas do Método Canguru. Teve uma boa participação e envolvimento com a filha na UTI, EC e *follow-up*. Parecia perceber o quanto a filha precisava dela, apesar de ficar ansiosa nas situações de choro e demanda por parte desta.

Subcategorias identificadas: demonstra perceber a condição de dependência do bebê.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI):**

Cl. mãe acha que filhas nasceram prematuras por serem gêmeas e devido à síndrome de transfusão feto-fetal<sup>4</sup> que seu bebê que faleceu teve. Com o nascimento prematuro mãe diz ter se sentido calma; aprendeu a lidar com a situação da filha e a esperar cada etapa. Expectativas são ótimas; da filha ganhar peso. Lembra do dia, e do que ocorreu no parto: “Querida ter visto mais, mas ela teve que ir para a UTI”.

Subcategorias identificadas: acredita na explicação médica para o nascimento prematuro; aceita (reconhece) a prematuridade do bebê; demonstra envolvimento (demonstra atenção, carinho) com o bebê; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI.

---

<sup>4</sup> Na Síndrome de Transfusão Feto-Fetal (STFF), um feto torna-se doador de sangue e o outro receptor. O feto doador cresce menos e produz muito pouco líquido amniótico, enquanto o receptor produz líquido amniótico em excesso, crescendo mais. A falta ou o excesso de sangue são ruins para os fetos, podendo levar à morte de ambos (ainda dentro do útero) ou ao parto muito prematuro. O diagnóstico é feito através da ultra-sonografia fetal, quando se observa a presença de excesso de líquido no saco amniótico do receptor (maior bolsão vertical de líquido igual ou maior que 8,0 cm antes de 20 semanas de gestação, ou superior a 10,0 cm após esta idade gestacional), associado a redução de líquido na bolsa do doador (maior bolsão igual ou menor que 2cm). Fonte: [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa: mãe visita o filho na UTI/UI. Enquanto M. esteve na UTI, Cl. ficou na AME.

Subcategorias identificadas: visita o filho na UTI e UI; permanece mais de 1 (uma) hora na UTI/UI.

Na 3ª etapa: Cl. acha importante as recomendações médicas. Diz que aprendeu muito na EC e saiu desta “com um curso de enfermagem”: “Não fico receosa em casa, pois aprendi mesmo”.

Subcategorias identificadas na 1ª e 3ª etapas: demonstra interesse (indaga sobre) no tratamento e no desenvolvimento do bebê; segue o que a equipe do *follow-up* orienta quanto à estimulação do bebê; importância da EC.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI):**

Cl. deseja participar da EC. Pediu à equipe para participar. Possui disponibilidade de participar da EC.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru; tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa: Cl. deseja levar a filha para casa. O que mais a preocupa no momento é com as chances da filha morrer. Tem planos de tudo ficar bem.

Na 2ª etapa: o que mais preocupa Cl. na EC é com a filha recuperar-se: ganhar peso e ir para casa. Tem planos de evitar mais gestações. Mãe ainda não havia colocado a filha na posição canguru, pois deu prioridade a aprender a dar banho, trocar fralda, ver a sonda; o pai que colocou na posição. Sente-se mais participativa na EC: “O vidro da incubadora da UTI não deixa ficar próxima; agora é comigo os cuidados”. Fica o tempo todo na EC e vê que nela pode aprender a ser mãe de bebê prematuro. O sono está mais leve e desperta fácil.

Subcategorias identificadas: permanece a maior parte do tempo na Enfermaria Canguru; já demonstra formas próprias de lidar com o bebê; mostra-se mais participativa/envolvida na recuperação do seu bebê do que quando ele estava na UTI e UI;

relata que seu sono tornou-se mais leve, que está em um estado permanente de alerta e desperta sempre que o bebê faz um som diferente.

Na 3ª etapa: o que preocupa Cl. em casa é ver os filhos bem. Relata ter planos de cuidar dos filhos e abdicar de sua vida: “Agora eu sou dona de casa. Abdiquei de minha vida, da diversão porque eu quero cuidar de meus filhos”.

Subcategorias identificadas e repetidas na 1ª e 3ª etapas: demonstra desejo de levar o bebê para casa; preocupa-se com o bebê; abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança; inclui o bebê em seus planos e na sua vida.

### **-Desenvolvimento do bebê (*Follow-up*)**

Na consulta de *follow-up*, mãe percebe seu bebê esperto, mais firme no banho, mais corado, ganhou peso, cresceu e conversa com ela.

Subcategorias identificadas: estimula seu bebê; o desenvolvimento do bebê está de acordo com sua idade cronológica; percebe as aquisições do bebê; elogia seu bebê.

#### **- Indicadores da PMP:**

1- Evidentemente positivos: as subcategorias identificadas nos sujeitos Cl. e M., L. podem ser reconhecidas como indicadores positivos do desenvolvimento da PMP, não só pelo número de itens positivos que compuseram as observações, indicando gradual envolvimento e participação da mãe na relação com o bebê, mas também pela qualidade deste envolvimento. Cl. teve muitas complicações durante a gestação, mas buscou tratar de todas. O marcante acontecimento de ter perdido um de seus bebês a deixou bem abalada e mais cuidadosa/ansiosa com seu bebê que sobreviveu. Escolheu o nome das filhas, tinha o enxoval, o casal estava junto e Cl. contava também com o apoio de familiares.

Cl. tinha uma interação boa com sua filha que nasceu viva: envolvida e participativa. A amamentação foi realizada de maneira motivada e dedicada, apesar da dificuldade inicial da filha de permanecer o tempo de 30 minutos sugando. Tinha interesse em cuidar da filha, estava segura e confiante. Era atenta às reações de desconforto da filha e demonstrava iniciativa para acalmá-la. Esteve participando da recuperação da filha de forma esperançosa, carinhosa e envolvida. Pediu para participar da EC. Esta representou um diferencial na relação de Cl. com a filha por permitir estarem mais próximas, proporcionar maior liberdade a Cl, ter mais segurança, identificar-se como mãe e fortalecer o vínculo mãe-bebê. Na consulta de *follow-up*, Cl.

destacou o quanto aprendeu na EC. Mostrou certa dificuldade de adaptação à rotina, mas apontou as aquisições da filha com satisfação.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria 'Interação mãe-bebê' as subcategorias: mostra-se assustada/decepcionada com o bebê prematuro na UTI, expressa temor no contato físico inicial com o bebê; na categoria 'Amamentação', a subcategoria: expressa medo da evolução negativa do quadro clínico; na categoria 'Manifestações da mãe à condição de prematuridade' a subcategoria: acredita na explicação médica para o nascimento prematuro; na categoria 'Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê', a subcategoria: expressa desejo de cuidar de si mesma. Cl. mostrou-se em alguns momentos ambígua ao estar com seu bebê participando de sua recuperação e, ao mesmo tempo, desejando cuidar de si mesma. Os temores com a prematuridade, no contato inicial, da evolução negativa do quadro clínico da filha e a dificuldade em incluir a filha em seus planos, nos faz pensar na relação inicial com esta como sendo de maior distanciamento e receio diante dos acontecimentos de sua gestação.

3- Predominantemente negativos: na categoria 'Interação' a subcategoria: expressa cansaço; na categoria 'Amamentação' as subcategorias: não pode amamentar, não demonstra tranquilidade para amamentar no seio, não permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando. Essas subcategorias em Cl. quanto ao cansaço e a amamentação demonstram realmente dificuldades, mas mesmo assim parecia que Cl. vinha conseguindo enfrentá-las para dedicar-se e cuidar de seu bebê. Suas outras manifestações demonstram uma relação positiva com sua filha indicando o desenvolvimento da PMP.

- Síntese do caso:

Cl. apresenta sinais indicadores do desenvolvimento da PMP após o nascimento e a passagem da filha pela UTI. Os fatores colaboradores ou circunstanciais da gravidez foram contribuintes para uma dificuldade em desenvolver a PMP. No momento da UTI Cl. parecia receosa de um maior envolvimento com a filha, talvez pelo medo de perdê-la, visto já ter perdido seu outro bebê gemelar. A EC foi muito importante para uma maior proximidade e envolvimento de Cl. com a filha e também um auxiliar na elaboração da perda de sua outra filha, e pode ter estimulado e fortalecido o desenvolvimento da PMP.

**Identificação dos sujeitos 10:**

Mãe: I. Bebê: G. (sexo feminino)

**Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

I. tem 19 anos. Não tem outros filhos. I. estava no início do 8º mês de gestação quando a bolsa rompeu. Foi para a Maternidade Escola onde foi induzido o trabalho de parto vaginal. G. nasceu com 1.700 g, foi para UTI onde ficou por uma semana e meia, até ir para a EC com I. onde permaneceu por mais uma semana. Não compareceram a consulta de *follow-up*. As enfermeiras que a aguardavam para a consulta a chamaram de "mãe porra louca". Referiam-se ao fato de a mãe não estar muito ligada à nova responsabilidade de ser mãe.

Ao perguntar à I. como tinha sido a descoberta da gravidez, conta que havia se separado do marido. Teve que enfrentar a questão deste afirmar que o filho não era dele. Relata que, no início, foi difícil aceitar a gravidez, mas que, com o passar do tempo, conseguiu lidar melhor. I. pensou em abortar, mas diz que não tentou: "Minha gravidez foi muito difícil". Fez o pré-natal, mas não sabe o número de consultas. Não ocorreram intercorrências médicas. Apesar de contraditório, na entrevista I. disse ter se sentido muito bem durante a gestação: "É uma sensação única e é até difícil descrever o ser mãe". Foi I. quem escolheu o nome de sua filha e preparou seu enxoval.

O casal não está junto. O pai veio ao hospital para conhecer a filha, mas a mãe não quis que ele permanecesse muito tempo. Não pega, nem conversa com ela. Não dá apoio à mãe. A avó de G. e a tia é que estavam mais presentes e dando mais segurança para I.

**Considerações gerais sobre os sujeitos I. e G.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP:

Considera-se que I. teve os fatores colaboradores e circunstanciais pouco favoráveis (4 pontos/fatores positivos) para o desenvolvimento da PMP, pois I. fez o pré-natal, foi para a EC, tinha o apoio de familiares, escolheu o nome dos bebês e preparou o enxoval, porém teve 6 fatores negativos: a bolsa ter se rompido prematuramente, a questão de não aceitar a gravidez, o pensar em abortar, o pai do bebê não estar apoiando,

o fato de ser vista pelas enfermeiras como uma "mãe porra louca", não comparecimento à consulta de *follow-up*.

I. mostrou-se ambivalente ao relatar vários pontos desfavoráveis em sua gestação e dizer que se sentiu bem durante este período, e que é única a sensação de ser mãe.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru:**

#### **- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): I. não pega a filha, pois “sente medo por ser muito pequena.”

Subcategorias identificadas: expressa temor do contato físico inicial com o bebê; aproxima-se do bebê; olha para seu bebê.

Na 2ª etapa (EC): I. diz ainda achar difícil segurá-la devido ao tamanho: “Estou aprendendo, fico com medo. Já peguei bebês maiores”. Quanto à interação, I. conta que sente-se bem: “Desde a gravidez que fazia carinho na barriga, conversava e colocava música. Eu gosto e acho que ela também”.

Subcategorias identificadas: mãe em aprendizado dos cuidados com o bebê; conversa com seu bebê.

#### **- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): I. ordenha o leite para a filha na UTI, pois esta está de sonda.

Subcategorias identificadas: não pode amamentar.

Na 2ª etapa (EC): I. conta que G. está sugando muito bem e que tem muita força”. No momento da observação da amamentação, I. se prepara para a ordenha do leite. A filha acorda e I. conversa com ela: “Já acordou e está querendo mamar né? Já virou um relinho”. Em pouco tempo, I. ordenha o leite sem dificuldade e a amamenta no seio.

Subcategorias identificadas: pode amamentar; satisfação ao ver filha mamando bem; não permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando.

#### **- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): I. fala que é a equipe quem cuida de sua filha.



Subcategorias identificadas: bebê sob os cuidados da equipe.

Na 2ª etapa (EC): I. diz que está achando difícil cuidar de G. Conta que ainda não tinha dado o banho e sentia que sozinha não ia conseguir. Durante a observação, I. tira a roupa da filha para o banho com facilidade. A enfermeira dá banho e I. pega o telefone celular para conversar. Não presta atenção no banho da filha. Enfermeira enxuga G. e chama I. para vestir a filha.

Subcategorias identificadas: expressa temor de não dar conta; dificuldade em assumir a responsabilidade de ser mãe.

**- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): I. diz que, na UTI, era a equipe quem resolvia “o choro da filha.”

Subcategorias identificadas: deixa por conta da equipe.

Na 2ª etapa (EC): Ao ver G. chorando, I. fica incomodada e querendo que pare. De início, responde que acha que a filha não sente nada ao chorar, depois fala que esta se irrita quando alguém mexe com ela. Na observação, G. começa a chorar enquanto I. coloca sua roupa. Põe o dorso da mão de G. em sua própria boca e diz: “Viu como ela está com fome? Está comendo até a mão”; “Minha filha, não chore, já vai comer”; “Quem mandou nascer de 8 meses, as roupas ficam todas grandes”.

Subcategorias identificadas: mostra-se atenta e eventualmente preocupada; dificuldade/ansiedade com relação às demandas do bebê.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

I. responde na entrevista que percebe o quanto sua filha precisa dela. Apesar de I. ter participado da EC, apresentou manifestações que demonstraram pouco interesse e uma relação frágil e de pouco envolvimento com a filha.

Subcategorias identificadas: dificuldade em perceber a condição de dependência do bebê.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI):**

Na entrevista, I. diz não saber o porquê da filha nascer prematura: “Não fiz nada. A bolsa rompeu em casa”. Ficou preocupada com o nascimento prematuro e incomodada ao ver a filha na incubadora com fios e aparelhos em volta. As expectativas que tem para a filha são de vê-la crescendo e de educá-la bem. Lembra do parto e do que ocorreu. Conta que viu a filha muito rápido, pois foi para UTI.

Subcategorias identificadas: não identifica o motivo do nascimento prematuro do bebê; sente-se culpada pelo nascimento prematuro; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI; mostra-se assustada/decepcionada com filha prematura na UTI.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): após a alta do parto, I. foi para sua casa. Visitava a filha uma média de duas vezes na semana.

Subcategorias identificadas: visita o filho na UTI e UI; quando não pode ir a UTI ou UI telefona para ter notícias do bebê.

Não compareceu à consulta de *follow-up*.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI):**

Após uma semana e meia do nascimento de G., I. foi convidada a participar da EC. Demonstrou disponibilidade e desejo de ficar nesta.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru; tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): I. deseja levar G. para casa. Tem a preocupação de registrá-la o quanto antes e não colocar o nome do pai de G. Não faz planos naquele momento.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de levar o bebê para casa.

Na 2ª etapa (EC): I. ainda está preocupada com o registro da filha e não faz planos. Coloca pouco a filha na posição canguru. Diz que está sem ter tempo para colocar mais vezes e que quando a coloca é de roupa mesmo. Apesar de contraditório, I. responde na entrevista que considera a posição canguru boa, pois relata que o bebê fica como se

estivesse na barriga e fica quieta. Fica o tempo todo na EC e acha chato e cansativo permanecer ali: “É como estar presa, mas vale à pena”. Diz que desperta por qualquer coisa, som que G. faça, e está sem dormir.

Subcategorias identificadas: permanece a maior parte do tempo na Enfermaria Canguru; já demonstra formas próprias de lidar com o bebê; relata que seu sono tornou-se mais leve, que está em um estado permanente de alerta e desperta sempre que o bebê faz um som diferente.

- Indicadores da PMP:

1- Evidentemente positivos: foram poucas as manifestações positivas de I. em relação a G., mas temos que considerar a iniciativa que teve na EC para aliviar os desconfortos da filha, o fato de ter acompanhado a filha na EC, o preparo de enxoval e a escolha do nome.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria ‘Interação mãe-bebê’ a subcategoria: expressa temor no contato físico inicial com o bebê; na categoria ‘Manifestações da mãe à condição de prematuridade’ as subcategorias: mostra-se assustada/decepcionada com o bebê prematuro, mãe tenta construir sua explicação para o nascimento prematuro, não identifica o motivo do nascimento prematuro; na categoria ‘Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê’, a subcategoria: bebê sob os cuidados da equipe. As subcategorias descritas demonstram o comportamento ambivalente e contraditório presente em I. levando-nos a perceber a relação distante com a filha, o alívio desta estar sob os cuidados da equipe, o estar temerosa e assustada com o nascimento da filha e o ter que assumir seus cuidados, o ser mãe.

3- Predominantemente negativos: na categoria ‘Amamentação’ as subcategorias: não pode amamentar, não permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando; na categoria ‘Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê’, a subcategoria: expressa temor de não dar conta, dificuldade em assumir a responsabilidade de ser mãe, falta de interesse em cuidar ou conhecer o bebê (atendeu o celular enquanto a enfermeira dava o banho em sua filha); na categoria ‘Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê’ a subcategoria: pede ajuda a equipe; na categoria participação direta da mãe nos cuidados do bebê, a subcategoria: não acompanhava/visitava o bebê na UTI/UI. As subcategorias anteriores demonstram a predominância da negatividade e os tipos de subcategorias denotam a qualidade da relação frágil, fria e de pouco envolvimento de I. com a filha.

As subcategorias identificadas na dupla I. e G. podem ser reconhecidas como indicadores negativos para o desenvolvimento da PMP, não só pelo pouco número de itens positivos que compuseram as observações, indicando menor envolvimento e participação da mãe na relação com o bebê, mas também pela qualidade deste envolvimento. Desde a gestação a relação que I. teve com seu bebê foi conturbada pelo questionamento da paternidade, o que parece ter dificultado o investimento na gravidez e na filha. Desejou abortar. A falta de apoio do pai de G. era algo que a incomodava bastante I.. Não fazia plano algum, sua preocupação maior era em relação ao pai de sua filha, e era como se a filha estivesse como um "joguete" no meio da relação. As questões primordiais para I. eram não deixar o pai se aproximar, não deixá-lo registrar etc.

Foi percebido pela equipe da EC e foi motivo de preocupação o pouco afeto, dedicação e responsabilidade de I. Não fazia parte de suas preocupações o cuidar da filha, o se envolver com ela. A interação com a filha era fria, a amamentação era como uma obrigação, não se interessava em prestar atenção nas enfermeiras cuidando de G. para aprender. I. visitou a filha na UTI poucas vezes e não compareceu à consulta de *follow-up*.

- Síntese do caso:

I. é uma mãe que teve muitas manifestações indicadoras de dificuldade no desenvolvimento da PMP. A EC parece tê-la aproximado mais de sua filha, mas ainda assim, I. apresentou grande ambivalência na relação com seu bebê: não se interessou muito por aprender a cuidar (banho etc.), não preocupava-se com sua filha, via a EC como uma prisão, não fazia a posição canguru como deveria etc. Interagia, amamentava, mas não era carinhosa e dedicada à filha. Há evidências de que o fato do pai de sua filha não a apoiar foi de grande influência para I. ter maiores dificuldades. Pensa-se que I. não desenvolveu a PMP.

## **GRUPO B**

### **Identificação dos sujeitos 11:**

Mãe: E. Bebê: L. (sexo feminino)

### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

E. tem 32 anos. Não tem outros filhos. L. nasceu de 7 meses, quando E. entrou em trabalho de parto. Seu parto estava programado de ser cesárea, mas foi vaginal em um outro hospital de Juiz de Fora. O peso foi de 2.445 g. L. foi para a UTI neonatal da Maternidade Viva Vida para a realização de cirurgia renal. Logo no dia seguinte à cirurgia, L. foi encaminhada para a UI onde permaneceu por dois meses. Após a alta E. e L. compareceram a consulta de *follow-up*.

E. descobriu que estava grávida aos 3 meses. Diz ter sido uma grande e boa surpresa, pois não estava planejando e achava que não podia engravidar. Mesmo não planejada, foi uma gravidez muito desejada: “Foi ótimo o momento que veio, pois me sinto preparada para ser mãe”. Houve uma ameaça de aborto aos 4 meses, mas que, ao seguir as orientações médicas, cessou. Fez 4 consultas de pré-natal: “Descobri aos 3 meses e ela nasceu de 7, então só deram 4 consultas”. E. diz ter se sentido muito bem durante a gestação. O nome foi escolhido por E. O enxoval foi quase todo preparado: “Só faltou o berço, que só monto quando ela for para casa”.

O casal está junto. O pai presente. Não pegou a filha, pois diz ter medo. Conversou e questionou a equipe sobre a filha. Dava apoio a E. A avó materna também está presente e passa mais segurança para E.

Com a nova rotina em casa, a mãe cuida somente da filha. Deixou o trabalho: “Fico com ciúmes quando está com outra pessoa, inclusive do pai”.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos E. e L.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP:

Considera-se que E. teve os fatores colaboradores e circunstanciais favoráveis (11 pontos/fatores positivos) para o desenvolvimento da PMP, pois E. desejou muito sua filha desde a gestação, dizia sentir-se bem neste período, fez o pré-natal corretamente, escolheu o nome, preparou quase todo o enxoval durante a gravidez. Além disso, o casal estava junto, o pai presente, dedicado e E. teve o apoio deste. Recebia também o apoio dos avós de L. Compareceu à consulta de *follow-up*. Encontra-se em adaptação à nova rotina em casa.

E. teve cinco fatores colaboradores e circunstanciais negativos para o desenvolvimento da PMP: o trabalho de parto prematuro, o diagnóstico da filha de um nódulo renal que poderia ser câncer, a permanência da filha na UI por dois meses, o não planejamento da gravidez, a ameaça de aborto.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

#### **- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): durante a observação E. olha para a filha na incubadora. Não toca nem conversa. Observa o trabalho da equipe. Na segunda semana da observação, E. começa a colocar L. na posição canguru dentro da própria UI. Descreve a sensação como única e indescritível: “Gosto de colocá-la na posição canguru. Ela precisa de mim”. Ao segurá-la, olha o tempo todo para ela e acaricia seu rosto. Fala com satisfação do ganho de peso da filha. Em uma das observações fala para a pesquisadora: “Hoje ela ganhou 30 g. Está crescendo”. Conversa com a filha: “Conta para a tia que você está engordando”. Em um outro momento, E. chega a UI e já pergunta a enfermeira se a filha ganhou peso. Aproxima-se da filha e diz: “Mamãe chegou”. Ao segurar L. na UI, E. fica emocionada: “Ela se aconchega nos meus braços. Não tenho medo de pegar”. Sobre a interação, E. diz que é difícil de descrever a emoção ao perceber que L. a escuta e fica mais calma quando se aproxima.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): E. fala da sensação da filha ser tudo para ela. Conta que conversa muito, mostra as coisas para a filha e a percebe olhando.

Subcategorias identificadas e repetidas na 1ª e 3ª etapas: identifica sentimento de “ser mãe”; demonstra estar confortável ao segurar o bebê; pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê; aproxima-se do bebê; olha para seu bebê; toca seu bebê; conversa com seu bebê; demonstra prazer no contato com seu bebê; interpreta os movimentos/expressões do bebê e faz tentativas de comunicação com ele; demonstra prazer em falar com o bebê e obter uma resposta; observa e comenta os progressos/aquisições do bebê.

#### **- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): E. pode amamentar, mas inicialmente está ordenhando o leite, pois ainda não é estimulada a sucção da filha devido a sua prematuridade. Na segunda observação, E. fala com empolgação do início da amamentação previsto para o dia seguinte. Ao iniciar a amamentação, L. apresenta certa dificuldade de sucção: “Ela ainda não suga bem, mas a fonoaudióloga disse que está caminhando. Sei que é um tempo e daqui a pouco ela está boa para irmos embora brincar”. Em uma das observações, a

fonoaudióloga ajuda E. a colocar L. no seio para amamentar. Passa algumas orientações quanto à posição e forma de pegar o seio. E. presta atenção e consegue ajudar L. a sugar por um tempo. Em um outro dia de observação, E. já está na UI amamentando. Chama a pesquisadora e fala: “Ela já está sugando bem. Engordou e está quase de alta. Ganhou o peso para ir embora, mas a pediatra quer esperar o resultado da biópsia.”

Subcategorias identificadas: não pode amamentar; demonstra tranquilidade quando não pode amamentar no seio.

Na 3ª etapa (Follow-up): quando E. retorna na consulta de *follow-up* não está dando o seio para L., pois disse que ela começa a fazer vômito. Diz ter ficado chateada, pois planejou amamentar, mas priorizou o que seria melhor para a filha. Fica uma média de 40 minutos amamentando na mamadeira.

Subcategorias identificadas: demonstra dificuldade para amamentar no seio; permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando; mostra-se carinhosa ao pegar o filho para amamentar.

#### **- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e Follow-up)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): sobre os cuidados com L., E. fala que ainda não cuidou, pois é a equipe quem cuida. Após um mês e meio da filha na UI, E. troca a fralda: “As enfermeiras ajudaram porque achei um pouco difícil. Antes de ir embora preciso treinar mais”.

Subcategorias identificadas: expressa desejo de maior contato com o bebê; bebê sobre os cuidados da equipe; mãe em aprendizado dos cuidados com o bebê; demonstra interesse em cuidar do bebê.

Na 3ª etapa (Follow-up): é com satisfação que E. diz que já dá o banho e corta a unha de L.: “Faço de tudo. Muito melhor do que quando estava na UI, que eu era só uma visitante”.

Subcategorias identificadas: maior liberdade/proximidade no contato; mostra-se segura e confiante em cuidar do bebê.

#### **- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e Follow-up)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): ao ver L. chorando, E. diz: “É fome”. Abre a incubadora, a acaricia e conversa: “Calma filha, já vai ganhar o leite”. Em uma outra observação E., ao

ver L. chorar, pergunta: “Quer colo filha?”; “Já sei o que ela quer”. E. fica preocupada ao ver L. chorando. Ao interpretar diz que já sabe que é fome. Para acalmá-la, passa a mão nela e conversa.

Na 3ª etapa (Follow-up): em casa E. conta que chora junto com L. ao vê-la chorando. Conseguiu se adaptar e consegue identificar o porquê do choro e resolver: “Ela é muito chorona. Chora por tudo: fome, dor, frio, colo etc. É muito nervosa”. Para acalmá-la pega e consegue ajudar.

Subcategoria identificadas e repetidas na 1ª e 3ª etapas: mostra-se atenta e eventualmente preocupada; tenta identificar o motivo do choro do bebê; consegue acalmar o bebê; iniciativa para aliviar a aflição do bebê.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e Follow-up)**

E. percebe que J. precisa dela em todas as etapas do Método Canguru. E. é uma mãe muito dedicada à filha. Sempre presente e envolvida, o que demonstra que percebe a dependência que a filha tem dela.

Subcategorias identificadas e repetidas na 1ª e 3ª etapas: demonstra perceber a condição de dependência do bebê ; consegue interpretar as formas e meios com que o bebê expressa suas necessidades.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI)**

E. acredita que sua filha nasceu prematura por causa do nódulo renal que tinha: “Ia ser feito uma cesárea, mas entrei em trabalho de parto antes”. E. achou ótimo a filha ter nascido antes, pois queria muito conhecê-la. As expectativas quanto ao progresso da filha são positivas e E. sabe que L. vai melhorar. E. se lembra do parto e do que ocorreu.

Subcategorias identificadas: acredita na explicação médica para o nascimento prematuro; aceita (reconhece) a prematuridade do bebê; demonstra envolvimento (demonstra atenção, carinho) com o bebê; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê; sente-se feliz por conhecer o bebê, consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, Follow-up):**



Na 1ª etapa (UTI/UI): E., desde o início, visitava a filha na UI. Os poucos dias em que E. não foi à Maternidade, telefonou para saber notícias da filha.

Subcategorias identificadas: visita o bebê na UTI e UI; permanece mais de 1 (uma) hora na UTI/UI; quando não pode ir a UTI ou UI telefona para ter notícias do bebê.

Compareceram à consulta de *follow-up* e E. achou muito importante as recomendações médicas e da fisioterapeuta. Fala da preocupação com os rins da filha, e o pediatra a tranquiliza.

Subcategorias identificadas: demonstra interesse (indaga sobre) no tratamento e no desenvolvimento do bebê; segue o que a equipe do *follow-up* orienta quanto à estimulação do bebê.

#### **- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI)**

E. demonstrou desejo e disponibilidade para permanecer na EC. Não pôde devido a condição clínica de L. que não podia sair da UI. Além disso, L. já nasceu com o peso para a alta (2.445 g). Mesmo assim, durante algumas observações, E. falava com certo desapontamento que não sabia o porquê de não ter ido para a E.C

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru; tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru.

#### **- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): E. deseja muito levar L. para casa. Sua grande preocupação no momento é com relação ao resultado da biópsia dos rins: “Tenho medo dela precisar de quimioterapia”. Durante quase todas as observações, E. fala da preocupação com esse resultado. Pergunta para a pesquisadora sobre as chances da filha ter sequelas. Prefere não fazer planos no momento da UI, pois quer ter primeiro o resultado do exame. O resultado deu negativo. Diz que faria uma festinha quando L. fosse para casa. Dentre os planos, após algumas semanas, E. também falava de uma das avós que estava querendo muito conhecer a neta e que esta a ajudará em casa. No dia anterior à alta: “Está tudo arrumado para você”.

Na consulta de *follow-up* nada preocupa E. Faz planos de somente cuidar de L.

Subcategorias identificadas e repetidas na 1ª e 3ª etapas: demonstra desejo de levar

o bebê para casa; preocupa-se com o bebê; abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança; inclui o bebê em seus planos e na sua vida.

### **-Desenvolvimento do bebê (*Follow-up*)**

Na consulta de *follow-up*, E. chega mostrando o quanto a filha cresceu. “Está linda!” Aponta que ela ganhou peso e cresceu.

Subcategorias identificadas: estimula seu bebê; o desenvolvimento do bebê está de acordo com sua idade cronológica; percebe as aquisições do bebê; elogia seu bebê.

#### **- Indicadores da PMP:**

1- Evidentemente positivos: as subcategorias identificadas na dupla E. e L., podem ser reconhecidas como indicadores evidentemente positivos do desenvolvimento da PMP, não só pelo número de itens positivos que compuseram as observações, indicando maior envolvimento e participação da mãe na relação com o bebê, mas também pela qualidade deste envolvimento. Apesar da gestação não ter sido planejada e das preocupações com a saúde da filha, E. mostrou-se desejosa de seu bebê. Após o nascimento de L., E. acompanhava a filha diariamente, permanecendo boa parte do dia na UI. Mostrou-se decepcionada por não poder ir para a EC com a filha, mas mesmo na UI colocava-a na posição canguru, demonstrando afeto e carinho, e percebendo a importância de sua presença junto à filha. A interação com L. era muito boa e próxima. Demonstrava entusiasmo em aprender como lidar e conhecer sua filha. Preocupava-se em identificar as necessidades físicas e corporais de L.. E. ficava satisfeita ao perceber as aquisições da filha e fazia questão de apontá-las. Apesar da amamentação não ter sido no seio, E. lidava com o fato de forma tranquila, priorizando o momento importante de proximidade ao amamentar a filha na mamadeira. Mesmo com a prematuridade, E. estava feliz por conhecer a filha. Tinha certo receio dos resultados dos exames da filha, mas ainda assim tinha também boa motivação e esperança.

Na consulta de *follow-up*, mostrou-se segura e confiante, mais próxima à filha, mostrou à equipe os progressos da filha, e estava indo bem na adaptação à nova rotina.

Durante todo o tempo que esteve acompanhando L. na UI, na EC e na consulta de *follow-up*, E. fez questão de mostrar a satisfação e a identificação com o “ser mãe”.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê, a subcategoria: bebê sob os cuidados da equipe; na categoria

‘Manifestações da mãe à condição de prematuridade’ a subcategoria: acredita na explicação médica para o nascimento prematuro. Essas subcategorias são ambíguas em E., mas se justificam pelo quadro clínico mais instável da filha. A necessidade da equipe cuidar e o acreditar na explicação médica para o nascimento prematuro, contudo, não se constituíram como fatores perturbadores de sua relação positiva com a filha.

3- Predominantemente negativos; na categoria ‘Amamentação’ a subcategoria: não pode amamentar; demonstra dificuldade para amamentar no seio. Mesmo com essas dificuldades, a relação com a filha manteve-se forte e próxima. A amamentação não ter sido no seio não prejudicou em nada o contato com a filha.

- Síntese do caso:

Desde a gestação, E. apresenta sinais indicadores da PMP. No momento que passou pela UTI e UI, as manifestações de E. também foram positivas para a PMP. Mesmo não tendo passado pela EC, havia um “encaixe” entre mãe e filha, que demonstra o quanto essa mãe estava atenta, preocupada com a filha, buscando participar de forma ativa de seu tratamento, demonstrando um enorme amor e carinho, que eram nitidamente percebidos. Os aspectos interação, amamentação, desejo de cuidar, satisfação em falar dos progressos da filha, desejo de ir para a EC e outros são manifestações evidentes do desenvolvimento da PMP neste caso.

### **Identificação dos sujeitos 12:**

Mãe: Ev. Bebê: J.(sexo masculino)

### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

Ev. tem 23 anos. Tem mais quatro filhos (12, 10, 7 e 3 anos). Ev. foi internada em um outro hospital de Juiz de Fora devido a perda de líquido amniótico. Após dois dias de internação, entrou em trabalho de parto. Este foi vaginal e J. nasceu com 1.795 g em outra Maternidade de Juiz de Fora. Seu bebê foi para a UTI da Maternidade Viva Vida. Após a alta do parto, Ev. foi para sua casa. Conseguiu ver o filho após três dias. Tinha grande dificuldade de visitá-lo, pois tinha que tomar conta de seus outros filhos. J. necessitou de ventilação mecânica, mas logo começou a respirar sozinho e teve alta para a UI. No momento em que era necessária a presença da mãe para iniciar a amamentação,

a assistente social da maternidade fez contato com a UBS de seu bairro para que a avisassem. Ev.e J. não compareceram a consulta de *follow-up*.

Ev. percebeu a menstruação atrasada; fez o exame de sangue e descobriu a gestação aos 3 meses. Não foi planejada, nem desejada: “Foi difícil de aceitar, porque o pai dele foi preso e arrumou outra mulher. Agora eu tenho que cuidar”. Não houve ameaça ou tentativa de aborto. Realizou 3 consultas de pré-natal. Ev. relata que se sentiu muito mal durante a gravidez com enjoos. Seu bebê nasceu com 32 semanas. Ev. escolheu o nome ainda na gravidez. Não preparou o enxoval; somente depois do nascimento.

O casal não está junto. O pai de J. está preso e Ev. não quer avisar do nascimento do filho. Parece ter um grande ressentimento dele. Ev. disse sentir bastante raiva dele por estar com outra mulher. Não conta com o apoio de nenhuma outra pessoa. Possui conflitos com sua mãe que a acusa de desejar seu padrasto.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos Ev. e J.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP

Considera-se que Ev. teve os fatores colaboradores e circunstanciais desfavoráveis para o desenvolvimento da PMP (11 pontos/fatores negativos). Teve séria alteração clínica na gestação, não seguiu as recomendações médicas, não planejou nem desejou sua gestação, só compareceu para visitar o filho após contato da equipe da UI, não preparou o enxoval. Realizou poucas consultas de pré-natal. O casal não estava junto e Ev. não tinha apoio ou incentivo do companheiro, ao contrário, tinha um grande ressentimento dele. Não tinha "pessoas apoio". Não compareceu a consulta de *follow-up*.

Ev. teve dois fatores colaboradores positivos para o desenvolvimento da PMP: escolheu o nome do bebê ainda na gestação e não houve ameaça ou tentativa de aborto.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

- **Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): durante a primeira observação, Ev. permanece sentada ao lado da incubadora do filho olhando para ele. No momento não pode pegá-lo, para que

não perca o acesso venoso com que ele está. É permitido que toque. Ev. tocou os pés de J. uma vez. Não conversou e prestou muita atenção na equipe do setor. Na última observação, era o dia da alta de J. e quando a enfermeira começa a colocar a roupa nele, Ev. apenas observa. Ao perguntar se ela quer vestir o filho, diz que não, pois em casa será sua mãe quem vai cuidar. Na entrevista, Ev. diz preferir ficar olhando para o filho e conversar de vez em quando. Não pega, pois o acha muito pequeno e fica sem jeito de pedir as enfermeiras para ajudarem.

Subcategorias identificadas: mostra-se assustada/decepcionada com o bebê prematuro na UTI; expressa temor do contato físico inicial com o bebê; dificuldade no contato com a equipe; olha para seu bebê; aproxima-se de seu bebê; toca seu bebê.

#### **- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): em relação a amamentação, Ev. relata que filho dorme mais do que suga. Diz que dá trabalho amamentá-lo e se sente cansada.

Subcategorias identificadas: expressa cansaço; demonstra dificuldade para amamentar no seio; permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando; não demonstra tranquilidade para amamentar no seio.

#### **- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Ev. disse que só havia trocado a fralda de seu bebê e achou que tinha sido bom cuidar dele.

Subcategorias identificadas: não demonstra interesse em cuidar do bebê.

#### **- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): ao ver J. chorando Ev. diz querer que ele pare. Acredita que J. sente fome e, para acalmá-lo, pega e dá o seio.

Subcategoria identificada: mostra-se atenta e eventualmente preocupada; consegue acalmar o bebê.

#### **- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Ev. responde na entrevista que percebe que J. precisa dela, porém não demonstra, pois mesmo com sua dificuldade social e familiar, não telefonava para saber do filho e não foi visitá-lo antes de ser solicitada pela equipe.

Subcategorias identificadas: não demonstra perceber a condição de dependência do bebê.

#### **- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI)**

Ev. acredita que seu bebê nasceu prematuro pois não tomou o medicamento recomendado pelo médico para “segurar” a perda de líquido. Disse que ficou preocupada com o filho ser prematuro. Suas expectativas quanto ao progresso do filho são dele ficar bem e respirar bem. Lembra do parto e conta que teve seu bebê em um hospital e ele foi para a UTI da Maternidade e assim só o viu três dias após o nascimento.

Subcategorias identificadas: acredita na explicação médica para o nascimento prematuro; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI; não segue a recomendação médica.

#### **- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Ev. visitou J. na UTI uma vez. Duas semanas antes de sua alta, Ev. começou a visitá-lo mais vezes para amamentá-lo. Tinha grande dificuldade para deixar seus outros filhos em casa.

A pediatra se aproxima para passar as orientações da alta. Explica a receita e reforça o dia do retorno para o *follow-up*. Ev. escuta e não questiona nada.

Subcategorias identificadas: visita o filho na UTI e UI.

Não comparece à consulta de *follow-up*.

#### **- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI)**

Ev. não demonstrou desejo e disponibilidade de permanecer na EC, por causa de seus outros filhos.

Subcategorias identificadas: não demonstrou desejo e disponibilidade de permanecer na EC.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Ev. deseja levar J. para a casa. O que mais a preocupa no momento é o pagamento do aluguel. Possui planos de colocar os filhos na creche e arrumar um emprego.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de levar o bebê para casa; inclui o bebê em seus planos e na sua vida.

**- Indicadores da PMP:**

1- Evidentemente positivos: Ev. apresentou algumas subcategorias indicando manifestações positivas para a PMP, porém estas foram poucas: incluiu o bebê em seus planos, teve iniciativa para acalmar o filho quando este chorava, estava atenta e preocupada com as reações de desconforto do bebê

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria ‘Interação mãe-bebê’, a subcategoria: expressa temor do contato físico inicial com o bebê, mostra-se decepcionada/assustada com o bebê prematuro na UTI; na categoria ‘Manifestações da mãe à condição de prematuridade’ as subcategorias: acredita na explicação médica para o nascimento prematuro.

3- Predominantemente negativos: na categoria ‘Interação mãe-bebê’, a subcategoria: dificuldade no contato com a equipe; na categoria ‘Amamentação’, as subcategorias: expressa cansaço, demonstra dificuldade para amamentar no seio, não demonstra tranquilidade para amamentar no seio; na categoria ‘Manifestações da mãe à condição de prematuridade’, a subcategoria: não segue a recomendação médica; na categoria ‘Manifestações da mãe frente à proposta da EC’, as subcategorias: não possui disponibilidade para participar da EC e não possui desejo para participar da EC. Na categoria ‘Evidências do aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê’, a subcategoria: não abdica de suas questões pessoais e de trabalho em favor da criança.

As subcategorias identificadas na dupla Ev. e J. podem ser reconhecidas como indicadores ambivalentes e negativos do desenvolvimento da PMP, não só pelo número de itens que compuseram as observações, indicando maior dificuldade da mãe na relação com o filho, mas também pela qualidade deste envolvimento, como por exemplo: a falta de dedicação e cuidados de Ev. com sua gestação, a rejeição de seu bebê, a falta interesse

em cuidar do filho, a pouca interação. A amamentação não foi desejada, mas forçada pela equipe; parecia não perceber a necessidade de dependência do filho, não participou de sua recuperação. Não demonstrou desejo de ir para a EC. Não compareceram à consulta de *follow-up*.

Ev. demonstrou ter situações sociais e financeiras<sup>5</sup> complexas e de grande influência em sua forma de se relacionar com o filho. O fato de ter mais 4 filhos, a preocupação com o aluguel, do pai não apoiar e de não ter outra "pessoa apoio", foram alguns fatores colaboradores para as dificuldades de Ev. no desenvolvimento da PMP.

- Síntese do caso:

Desde a gestação, Ev. teve dificuldade no desenvolvimento da PMP, tendo tido rejeição ao filho. Pareceu que a falta de apoio do pai e a raiva que Ev. sentia dele eram os fatores principais para ela não querer se aproximar e cuidar do filho. Era uma obrigação ruim "ter" que cuidar do filho de seu ex-companheiro.

### **Identificação dos sujeitos 13:**

Mãe: Lu. Bebê: V. (sexo masculino)

### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

Lu. tem 35 anos. Tem mais um filho de 3 anos. Seu bebê nasceu de parto vaginal devido ao rompimento da bolsa aos 7 meses de gestação. O peso foi de 1.310 g. V. ficou na UI por cinco semanas. Não precisou de ventilação mecânica e evoluiu bem.

Lu. foi convidada para permanecer na Casa da Gestante, porém não pôde pelo fato de seu filho mais velho estar doente (mãe não especificou qual a doença do filho). Telefonava para ter notícias de V. A mãe conseguiu ir para a Casa da Gestante após duas semanas em que ele estava na UI e ficou até a alta.

Lu. teve a menstruação atrasada. Fez o exame de sangue que não acusou gravidez. Ao realizar o ultrassom foi que teve o resultado positivo. A gravidez foi desejada e planejada. Não houve ameaça ou tentativa de aborto. Fez o pré-natal (6

---

<sup>5</sup> A Maternidade Viva Vida oferece ajuda de vale-transporte às mães que tem maior dificuldade financeira, para que consigam visitar e acompanhar o bebê na UTI/UI. Tal ajuda foi oferecida a Ev., mas ela não aceitou.



consultas). Não ocorreram intercorrências médicas durante a gestação. Lu. sentiu-se bem na gravidez. Seu bebê nasceu de 6 para 7 meses. O médico que atendeu Lu. em sua cidade sugeriu um nome, que foi o escolhido. Lu. diz que não deu tempo de preparar o enxoval. Planeja fazê-lo quando V. tiver alta.

O casal está junto. O pai presente, mas não pegou o filho. Conversou, porém era tímido para questionar algo a equipe. Lu. acha que o pai a apoia. Os avós estão presentes e dão mais segurança a Lu.

Em casa a rotina está tumultuada. Lu. encontra dificuldade para dividir a atenção entre os dois filhos. Acredita que está indo bem, mas sente tendo muita coisa para dar conta. O marido ajuda a cuidar. Sente-se cansada ao final do dia.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos Lu. e V.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP

Considera-se que Lu. teve os fatores colaboradores e circunstanciais favoráveis para o desenvolvimento da PMP (13 pontos/fatores positivos). A gravidez foi planejada e desejada, não houve ameaça ou tentativa de aborto, fez o pré-natal corretamente, diz ter se sentido bem na gestação, o nome do bebê foi escolhido, o casal estava junto e o companheiro apoiando Lu., assim como alguns familiares. Lu. ficou na Casa da Gestante e compareceu à consulta de follow-up. A rotina de Lu. em casa está modificando/corrida. Lu. expressa cansaço, mas está dando conta da nova rotina. Apresenta dificuldade em conciliar o tempo entre os filhos, porém consegue estar com o bebê.

Lu. teve três fatores colaboradores negativos: o rompimento da bolsa aos 7 meses de gestação, o fato de não ter acompanhado o filho na UI desde o início, a não preparação do enxoval do bebê.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

#### **- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): após duas semanas que não via o filho, ao chegar na UI, fica um tempo conversando com a assistente social sobre sua situação com seu filho mais velho. O tempo que fica na UI, observa as outras mães que estão no setor. Olha para seu bebê e diz carinhosamente: “Mamãe está aqui”. Na segunda semana de observação, Lu. já

demonstra maior desenvoltura com o filho, ao pegar, colocar na incubadora etc. Olha-o e acaricia-o. Ao segurar V., Lu. fica mais tranquila, pois quando ele nasceu o achava muito pequeno e por isso não pegava. Ao interagir, sente-se muito bem e percebe que V. gosta quando ela conversa com ele.

Subcategorias identificadas: possui preocupações externas; interpreta os movimentos/expressões do bebê e faz tentativas de comunicação com ele; expressa temor no contato físico inicial com o bebê; aproxima-se do bebê; olha para seu bebê; toca seu bebê; conversa com seu bebê; pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê.

Na 3ª etapa (Follow-up): Lu. diz não ter mais medo de nada, já acostumou com tudo em V. Percebe V. olhando quando conversa, e acha bom.

Subcategorias identificadas: maior liberdade/proximidade no contato; demonstra prazer no contato com seu bebê.

#### **- Amamentação (UTI/UI, EC e Follow-up)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): ao amamentar V., Lu. olha para ele. Mostra-se envolvida na situação. Diz sentir-se melhor ao amamentar: “Sei que estou cuidando”.

Subcategorias identificadas: pode amamentar; demonstra desejo de amamentar; demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar; não permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando.

Na 3ª etapa (Follow-up): em casa, Lu. tem dificuldade de amamentar V. de forma tranquila, pois seu filho mais velho quer atenção. Conta com a ajuda do marido para esse momento.

Subcategorias identificadas: dificuldade em amamentar, dificuldade em conciliar o tempo entre os filhos.

#### **- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e Follow-up)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Lu. sente-se melhor ao cuidar de V.: “Estou mais segura depois que troquei a fralda de V.”.

Na 3ª etapa (Follow-up): Lu. diz se sentir muito bem cuidando de V. e de vê-lo crescendo.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 1ª e 3ª etapas: mostra-se segura e confiante em cuidar do bebê; demonstra interesse em cuidar do bebê.

**- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): ao ver V. chorar, Lu. tem vontade de pegá-lo e pega. Interpreta que ele está sentindo falta do colo da mãe. Ao pegar, consegue acalmá-lo.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): quando V. chora, Lu. acredita que é por fome ou manha. Para acalmá-lo, pega e dá o seio, faz um carinho ou dá o bico.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 1ª e 3ª etapas: mostra-se atenta e eventualmente preocupada; tenta identificar o motivo do choro do bebê; consegue acalmar o bebê; iniciativa para aliviar a aflição do bebê

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Lu. percebe que V. precisa dela nas etapas do Método Canguru pelas quais passou. Demonstra essa percepção ao estar com o bebê e participar de forma dedicada na recuperação do filho.

Subcategorias identificadas: demonstra perceber a condição de dependência do bebê; consegue interpretar as formas e meios com que o bebê expressa suas necessidades.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI)**

Lu. acha que V. nasceu prematuro devido a um acidente de ônibus que sofreu e a bolsa rompeu. Diz que sentiu medo com o nascimento prematuro do filho, pois era muito pequeno. As expectativas em relação a V. são boas. No momento da entrevista, não percebia mais diferença em V. por ter sido prematuro. Lu. se lembra do dia do parto e do que ocorreu.

Subcategorias identificadas: demonstra envolvimento (demonstra atenção, carinho) com o bebê; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI; mostra-se assustada/decepcionada com filho prematuro na UTI.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Lu. visitou o filho na UI logo após o nascimento, mas teve que ir para sua cidade ficar com o filho mais velho. Telefonava para saber notícias. Depois que chegou para ficar na Casa da Gestante, visitava o filho na UI.

Subcategorias identificadas: visita o filho na UTI e UI; permanece mais de 1 (uma) hora na UTI/UI; quando não pode ir a UTI ou UI telefona para ter notícias do bebê.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): mostra-se preocupada com o intestino de V. que estava preso. O pediatra a orienta. São realizadas algumas explicações sobre a amamentação.

Subcategorias identificadas: demonstra interesse (indaga sobre) no tratamento e no desenvolvimento do filho; segue o que a equipe do *follow-up* orienta quanto à estimulação do bebê.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI)**

Lu. demonstrou desejo, mas não disponibilidade para permanecer na EC, devido a seu filho mais velho.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Lu. deseja muito levar V. para casa: “É o que eu mais quero”. Sua grande preocupação no momento é com relação ao filho mais velho em casa, pois está chorando com saudades da mãe. Possui planos de cuidar de seus dois filhos.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): Lu. diz querer ajudar o filho a crescer bem, com saúde e não ver mais seu outro filho com ciúmes. Os planos se mantêm de cuidar dos filhos.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 1ª e 3ª etapas: demonstra desejo de levar o bebê para casa; preocupa-se com o bebê; abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança; inclui o bebê em seus planos e na sua vida.

**-Desenvolvimento do bebê (*Follow-up*)**

Fala que V. é muito bom, pois não chora. Percebe que V. cresceu, engordou e já sorri.

Subcategorias identificadas: estimula seu bebê; o desenvolvimento do bebê está de acordo com sua idade cronológica; percebe as aquisições do bebê; elogia seu bebê.

- Indicadores da PMP:

1- Evidentemente positivos: as subcategorias identificadas na dupla Lu. e V. podem ser reconhecidas como indicadores evidentemente positivos do desenvolvimento da PMP, não só pelo número de itens positivos que compuseram as observações, indicando envolvimento e participação da mãe na relação com o filho, mas também pela qualidade deste envolvimento, como por exemplo: Lu. planejou e desejou sua gestação, fez o pré-natal, escolheu o nome do bebê. Apesar da dificuldade inicial em acompanhar o filho na UI, era perceptível a preocupação e divisão que Lu. ficou entre os dois filhos que necessitavam dela ao mesmo tempo. Assim que foi possível, ficou na Casa da Gestante e acompanhou seu bebê de forma dedicada.

Lu,. mostrou-se mais reservada quando estava com o filho na UI: não interagiu muito, mas tinha manifestações carinhosas com o bebê. Amamentou de forma tranquila e, em casa, teve dificuldade, pois não conseguia conciliar a atenção entre os dois filhos.

Esteve atenta às manifestações de desconforto do filho, conseguia acalmá-lo, tinha interesse e adquiriu segurança para cuidar dele. Desejou ir para a EC, mas não teve disponibilidade, “por causa da doença de seu outro filho”.

Na consulta de *follow-up*, Lu. apontou as aquisições do bebê e o elogiou.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria ‘Interação mãe-bebê’, a subcategoria: expressa temor do contato físico inicial com o bebê; na categoria ‘Manifestações da mãe à condição de prematuridade’ a subcategoria: mostra-se assustada/decepcionada com o bebê prematuro na UTI. Lu. apresentou algumas manifestações ambíguas, mas são compreensíveis pelo momento inicial de lidar com o nascimento prematuro do filho. Apesar disto, Lu. manteve uma relação favorável no que concerne ao desenvolvimento da PMP.

3- Predominantemente negativos: na categoria ‘Interação mãe-bebê’, a subcategoria: possui preocupações externas; na categoria ‘Amamentação’, as subcategorias: demonstra dificuldade para amamentar no seio, não permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando. O fato de Lu. ter preocupações externas era algo que dificultava o se envolver por completo com o bebê, mas mesmo assim, ela conseguiu estar próxima deste e participativa em sua recuperação. A amamentação era influenciada por sua dificuldade em conciliar o tempo entre os dois filhos. Lu. teve outras manifestações positivas e de envolvimento com o filho, que

compensaram essas importantes questões relatadas, conseguindo demonstrar um desenvolvimento da PMP.

- Síntese do caso:

Lu. é uma mãe que teve algumas dificuldades para ficar perto de seu bebê e demonstrou também estar difícil conciliar a atenção entre os dois filhos, o que pode ter sido um obstáculo para um pleno desenvolvimento da PMP em Lu. Apesar disso, teve sinais que foram indicadoras da PMP. Mostrou-se envolvida, dedicada e confiante nos cuidados com o bebê. No tempo em que passou pela UI, as manifestações de Lu. foram positivas para a PMP e, mais tarde, na consulta de *follow-up*, foi possível perceber a satisfação de Lu. ao mostrar as aquisições de V. e sua identificação com o papel de mãe.

#### **Identificação dos sujeitos 14:**

Mãe: Ir. Bebê: K. (sexo masculino)

#### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

Ir. tem 18 anos. Não tem outros filhos. Reside em uma cidade próxima de Juiz de Fora. Foi internada na Maternidade Viva Vida por causa de infecção urinária. Começou a ter contrações e seu bebê nasceu de parto cesáreo. K. nasceu prematuro de 34 semanas com peso de 2.175 g e foi para a UTI, onde permaneceu por duas semanas. Após este tempo foi para a UI, onde ficou por mais três semanas. Após a alta, Ir. foi para a casa de uma irmã em Juiz de Fora e disse que visitava o filho toda semana, mas a pesquisadora não conseguiu encontrá-la. Somente quando foi para a Casa da Gestante que a mãe foi convidada a participar da pesquisa. O bebê estava na UI, com previsão de alta próxima. Parece que a necessidade de amamentar o filho foi o que moveu Ir. a permanecer mais próxima de seu filho. Não compareceram a consulta de *follow-up*.

Ir. descobriu a gravidez aos três meses, pois a menstruação atrasou. Não planejou e não desejou no início. Tentou abortar, mas não conseguiu. Com o apoio que recebeu do pai do bebê e de seus pais conseguiu aceitar o bebê. Fez o pré-natal (4 consultas). Diz que sentiu depressão durante a gravidez, mas não tomou nenhum medicamento. Conta que seus pais a ajudaram a melhorar. O companheiro escolheu o nome do filho. Ir. conseguiu preparar o enxoval do bebê.

O casal está junto, mas o pai não esteve presente durante a hospitalização. Mesmo assim, Ir. acha que este fornece apoio e ajuda. Os avós não estão presentes, mas a avó materna é que a ajudará quando for para casa: “Se ela quiser pode até criar”.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos Ir. e K.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP

Considera-se que Ir. teve os fatores colaboradores e circunstanciais pouco favoráveis para o desenvolvimento da PMP: a infecção urinária que ocasionou o parto prematuro, o fato de não visitar o filho na UI e só ter ido após ser convocada pela enfermagem diante da necessidade de amamentá-lo; não planejou nem desejou a gravidez, tentou abortar, sentiu depressão, não compareceu à consulta de *follow-up*.

Ir. teve apenas 4 pontos/fatores positivos para a PMP: fez o pré-natal, preparou o enxoval, tinha o apoio do pai do bebê e de seus familiares.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

#### **- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Ir. está com o bebê no colo. Fica praticamente todo o tempo em que esteve na UI, prestando atenção nos afazeres da equipe. Observa também as outras mães. Não olha, não toca e não conversa com K. Na entrevista Ir. fala que ficou com medo de pegar K. por ser muito pequeno. Quanto à interação considera bom conversar com o filho.

Subcategorias identificadas: expressa temor do contato físico inicial com o bebê; aproxima-se do bebê; conversa com seu bebê; pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê.

#### **- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): ao amamentar, Ir. presta atenção na equipe da UI. Segura o seio e pouco olha para seu bebê. Fica mais ou menos 20 minutos amamentando sem conversar, acariciar ou olhar para o filho. Em uma outra observação em que Ir. amamenta, K. fica uns 10 minutos mamando e depois solta o seio. Ir. diz: “Viu? Ele está cheio”, parecendo ter um alívio pelo filho ter parado de mamar.

Na entrevista, Ir. diz que não sabe se vai conseguir amamentar. Pede ajuda às enfermeiras.

Subcategorias identificadas: pode amamentar; expressa temor de não dar conta; demonstra dificuldade para amamentar no seio; não demonstra tranquilidade ao amamentar.

**- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Ir. fala que não está cuidando de seu bebê e só trocou a fralda e roupa. Não ficou com medo cuidar de seu bebê, pois já tem experiência.

Subcategorias identificadas: não demonstra interesse em cuidar do bebê.

**- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): ao ver o filho chorando, Ir. diz ficar triste e querer que ele pare. Interpreta que ele pode estar sentindo falta da mãe. Para acalmá-lo, fica com ele no colo até parar: “Quando dá, fico com ele no colo; às vezes tenho que sair da UI e deixá-lo chorando de falta de mãe”.

Subcategoria identificada: não se interessa em identificar as manifestações de desconforto do bebê.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Ir. responde que percebe que K. precisa dela, porém suas atitudes não demonstraram envolvimento e participação na recuperação do filho. Somente após o pedido da equipe é que Ir. começa a ir visitar o filho para amamentá-lo. Isso nos faz pensar que Ir. não percebia a dependência que o bebê tem da mãe.

Subcategoria identificada: dificuldade em perceber a condição de dependência do bebê.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI)**

Ir. diz não saber o motivo do nascimento prematuro do filho. Acredita que só os médicos sabem. Conta que teve infecção urinária e começou com contrações. Relata que teve que fazer cesárea, pois o pé do bebê estava preso em sua costela. No momento, sente-



se bem com o nascimento prematuro, mas estava preocupada. Possui expectativa de ir embora com o filho para casa. Lembra-se de tudo do parto.

Subcategorias identificadas: não identifica o motivo do nascimento prematuro do bebê; acredita na explicação médica para o nascimento prematuro; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Ir. diz que visitava o filho na UTI, apesar da pesquisadora não tê-la encontrado. Após sua ida para a Casa da Gestante, acompanhou mais o filho na UI.

Subcategorias identificadas: visita o filho na UTI e UI.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI)**

K. não é candidato a EC, devido a sua condição clínica.

Não foram identificadas subcategorias.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Ir. deseja levar K. para a casa. O que mais a preocupa no momento é o filho melhorar da infecção que está. Possui planos de ficar com o filho. Parou de estudar para cuidar dele.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de levar o bebê para casa; preocupa-se com o bebê; abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança; inclui o bebê em seus planos e na sua vida.

**- Indicadores da PMP:**

1- Evidentemente positivos: não foram identificadas manifestações positivas de Ir. com o filho.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria 'Interação mãe-bebê', a subcategoria: expressa temor do contato físico inicial com o bebê; na categoria 'Manifestações da mãe à condição de prematuridade' as subcategorias: acredita na explicação médica para o nascimento prematuro, não identifica o motivo do nascimento prematuro do filho.

3- Predominantemente negativos: na categoria 'Amamentação', as subcategorias: demonstra dificuldade para amamentar no seio, não demonstra tranquilidade para amamentar no seio, expressa temor de não dar conta.

As subcategorias identificadas na dupla Ir. e K., podem ser reconhecidas como indicadores ambivalentes e negativos do desenvolvimento da PMP, não só pelo número de itens que compuseram as observações, indicando maior dificuldade da mãe na relação com o filho, mas também pela qualidade deste envolvimento, como por exemplo: o não desejo pelo seu bebê na gestação e a tentativa de aborto. Após o nascimento do filho, Ir. manteve-se distante, não acompanhando sua recuperação na UI. Parecia sentir-se "obrigada" pela equipe a ficar na Casa da Gestante para estimular a amamentação no seio. Ir. não interagiu com seu bebê, estava apenas próxima dele e trocava algumas palavras. Faltou desejo de ir para a EC e não compareceu a consulta de *follow-up*.

- Síntese do caso:

Na gestação Ir. teve dificuldade no desenvolvimento da PMP, tendo tido rejeição ao filho. Na UI, a relação com o filho era fria e distante. Ir. não tinha interesse em cuidar de K. e, com frequência, demonstrava não querer mesmo ser mãe.

#### **Identificação dos sujeitos 15:**

Mãe: R. Bebês: F. e P. (gemelares do sexo masculino)

#### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

R. tem 24 anos. Não tem outros filhos. R. teve seus bebês, em sua cidade, de parto vaginal. Nasceram de 7 meses com peso de 1.500 g e 1.520 g. F. ficou na UTI da Maternidade de sua cidade e P. veio para a UTI da Maternidade Viva Vida. R. conta que não podia ficar com F. na UTI, mas ia visitá-lo todos os dias. Telefonava para Juiz de Fora para saber de P. Quando conseguiu vaga em Juiz de Fora, F. foi transferido para a mesma UTI do irmão e R. foi para a Casa da Gestante, após um mês do nascimento deles. Quando R. conseguiu ficar próxima dos dois filhos, F. já estava de alta e P. estava próximo de receber alta também. Não compareceram à consulta de *follow-up*.

R. havia parado de tomar a pílula anticoncepcional há um ano. Ao perceber a menstruação atrasada, fez o exame e descobriu a gravidez. Esta foi planejada e desejada.

Não houve ameaça ou tentativa de aborto. Realizou o pré-natal (5 consultas). Não ocorreram intercorrências médicas. R. conta que sentiu muita fome durante a gravidez. O pai foi quem escolheu o nome dos filhos. Diz que não deu tempo de preparar o enxoval dos filhos.

O casal está junto. O pai não estava presente, mas dava apoio à mãe. Os avós também não estavam presentes, mas estarão ajudando e dando maior segurança quando os bebês forem para casa.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos R. e F., P.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP

Considera-se que R. teve os fatores colaboradores e circunstanciais favoráveis para o desenvolvimento da PMP (10 pontos/fatores positivos). Planejou e desejou sua gestação, não houve ameaça ou tentativa de aborto, realizou o pré-natal, o casal estava junto, o pai apoiando R. e seus familiares também. Visitava o filho na UTI e telefonava para ter notícias do bebê que estava em Juiz de Fora, foi para a Casa da Gestante assim que os dois bebês estiveram juntos em Juiz de Fora.

R. teve dois fatores colaboradores negativos: o não preparo do enxoval e o não comparecimento à consulta de *follow-up*.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

#### **- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): durante a observação, R. parece segurar os filhos de forma aconchegante. Olha para eles intensamente. Não desvia o olhar. Toca o rosto de P., conversa com F. e pede para pegá-lo. Enfermeira a ajuda. Aproxima seu rosto dele, beija e acaricia. R. sente-se bem ao segurar os filhos. No início, diz ter ficado com medo de pegar P. por ser pequeno mas que, no momento, já havia se acostumado. Conta que os filhos abrem os olhos e parecem entender o que R. lhes fala.

Subcategorias identificadas: expressa temor do contato físico inicial com o bebê; interpreta os movimentos/expressões do bebê e faz tentativas de comunicação com ele; conversa com seu bebê; demonstra prazer em falar com o bebê e obter uma resposta; aproxima-se do bebê; olha para seu bebê; toca seu bebê; conversa com seu bebê;

demonstra prazer no contato com seu bebê; pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê; demonstra estar confortável ao segurar o bebê.

**- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): R. amamenta os filhos. Diz sentir-se bem ao amamentar. Com satisfação conta que os dois sugam bem, apesar de, no início, P. ter tido um pouco de dificuldade.

Subcategorias identificadas: pode amamentar; demonstra dificuldade para amamentar no seio; mostra-se carinhosa ao pegar o filho para amamentar; permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando.

**- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): R. sente-se bem ao cuidar dos filhos: “Agora que estou perto é melhor, porque antes eu só telefonava e não era a mesma coisa que estar perto. Fico mais tranquila perto.”

Subcategorias identificadas: mostra-se segura e confiante em cuidar do bebê; demonstra interesse em cuidar do bebê; maior liberdade/proximidade no contato.

**- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): ao ver F. e P. chorando, R. fica nervosa. Diz que eles ficam nervosos e choram alto. Interpreta que sentem fome e estão começando com manha. Para acalmá-los, R. pega e faz carinho. Durante a observação, R. estava com P. no colo, e ao ver F. chorando, pede para pegá-lo: “Já está manhoso né? Quer colo.”

Subcategoria identificada: mostra-se atenta e eventualmente preocupada; fica nervosa e desesperada; tenta identificar o motivo do choro do bebê; consegue acalmar o bebê; iniciativa para aliviar a aflição do bebê.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

R. percebe que os filhos precisam dela. Apesar da dificuldade inicial de estar/visitar os dois filhos por estarem em hospitais em cidades diferentes, R. manteve-se participativa ao acompanhá-los. Era interessada e envolvida.

Subcategorias identificadas: demonstra perceber a condição de dependência do bebê; consegue interpretar as formas e meios com que o bebê expressa suas necessidades.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI)**

R. conta que os médicos lhe falaram que seus bebês nasceram prematuros por um problema que possui no útero. Porém, R. não acreditou, pois diz que fez todos os ultrassons e não davam alteração no útero. Não sabe por que seus bebês nasceram prematuros. R. sentiu-se mal com a prematuridade dos filhos. Incomodava-a bastante o fato de estar distante e as pessoas perguntarem sobre os bebês. Quanto as expectativas, R. sente medo de ir para casa com os filhos e acontecer algo. Lembra-se do parto e do que ocorreu.

Subcategorias identificadas: não identifica o motivo do nascimento prematuro do bebê; demonstra envolvimento (demonstra atenção, carinho) com o bebê; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI; expressa medo da evolução negativa do quadro clínico.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): R. visitava F. na UTI de sua cidade e começou a visitar P., com maior frequência, após um mês.

Subcategorias identificadas: visita o filho na UTI e UI; permanece mais de 1 (uma) hora na UTI/UI; quando não pode ir a UTI ou UI telefona para ter notícias do bebê.

Não compareceram à consulta de *follow-up*.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI)**

F. e P. não foram candidatas a EC, pois quando R. pôde ficar próxima deles, já estavam quase de alta. Porém, R. manifestou desejo de ir para a EC.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): R. deseja levar os filhos para casa. Sua preocupação no momento é deles ficarem bem e de como seria em casa, se poderia acontecer algo com eles por serem prematuros. Tem planos de cuidar dos filhos.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de levar o bebê para casa; preocupa-se com o bebê; abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança; inclui o bebê em seus planos e na sua vida.

- Indicadores da PMP:

1- Evidentemente positivos: as subcategorias identificadas nos sujeitos R. e F., P. podem ser reconhecidas como indicadores evidentemente positivos do desenvolvimento da PMP, não só pelo número de itens positivos que compuseram as observações, indicando nítido envolvimento e participação da mãe na relação com os filhos, mas também pela qualidade deste envolvimento, como por exemplo: R. planejou e desejou sua gestação, fez o pré-natal, escolheu o nome dos bebês, teve o apoio do pai e de familiares. Na entrevista, R. relata a dificuldade que teve e a divisão que ficou entre os dois filhos que estavam em UTIs de cidades diferentes. Foram momentos de angústia, de preocupação e divisão, uma vez que os dois filhos necessitavam dela ao mesmo tempo e ela tinha disposição de estar com os dois. Assim que foi possível, foi para a Casa da Gestante e acompanhou seus bebês de forma dedicada.

A interação com seus bebês era próxima. A relação estabelecida era de um vínculo formado e forte. A amamentação era feita com satisfação, o interesse em cuidar dos filhos era notável. R. ficava preocupada nos momentos de choro deles e buscava formas de acalmá-los; os planos incluíam os filhos e suas preocupações eram voltadas para eles.

2- Ambivalentes: na categoria 'Interação mãe-bebê', a subcategoria: expressa temor do contato físico inicial com o bebê; na categoria 'Manifestações da mãe à condição de prematuridade' as subcategorias: expressa medo da evolução negativa do quadro clínico; não identifica o motivo do nascimento prematuro do filho. R. mostrou-se ambígua quanto aos aspectos anteriores, mas estes deveram-se provavelmente à situação inicial de angústia que o nascimento prematuro provoca. Apesar disso, R. pôde fazer um forte vínculo com os filhos.

3- Predominantemente negativos: na categoria 'Amamentação', a subcategoria: demonstra dificuldade para amamentar no seio. Apesar desta dificuldade, R. era uma mãe dedicada e demonstrou tê-la superado.

- Síntese do caso:

Apesar de ter tido dificuldade em acompanhar toda a recuperação dos filhos de perto, R. tentava participar e se envolver mesmo à distância. Mostrou-se envolvida, dedicada e confiante nos cuidados com eles. Desde a gestação, as manifestações de R. foram positivas para a PMP. Na UTI e UI R. estava próxima de seus bebês, preocupava-se com eles. Não pôde ir para a EC, mas teve esse desejo. Não compareceu à consulta de *follow-up*, mas acredita-se que tenha preferido ter acompanhamento dos filhos com o pediatra de sua cidade.

#### **Identificação dos sujeitos 16:**

Mãe: In Bebê: F. (sexo feminino)

#### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

In. tem 30 anos. Não tem outros filhos. Internou-se na Maternidade devido a pressão alta. Após duas semanas seu parto cesáreo foi realizado. Seu bebê nasceu de 8 meses com peso de 1.780 g. Este foi para a UI. In. só foi vê-lo após quatro dias, pois teve dor de cabeça, oriunda da reação da anestesia do parto cesáreo. Permaneceu na UI por duas semanas. Ficou na Casa da Gestante acompanhando o tratamento do filho. Compareceram à consulta de *follow-up*.

In. notou a menstruação atrasada, fez o teste de farmácia e deu positivo. Estava com 2 meses de gestação. Antes disso, diz que não desconfiou de nada e achava que sentia enjoo devido à gripe. Diz que a gravidez não foi planejada, mas foi desejada. Não houve ameaça ou tentativa de aborto. Realizou o pré-natal (5 consultas). Teve enjoos e cólicas durante a gestação. Durante uma das consultas de pré-natal (7 meses) estava com contrações, mas a médica lhe falou que não era a hora do bebê nascer. Sentiu, na gravidez, oscilações entre momentos de desânimo e outros de mais ânimo. O nome do bebê foi escolhido pelos pais. O enxoval foi preparado.

O casal está junto. O pai presente. Pegou o filho, conversou, questionou à equipe sobre ele e dá apoio a mãe. In. conta com a ajuda e segurança da irmã e cunhada.

Em casa com a nova rotina In. estava fazendo tudo com ajuda da avó do bebê, que cuidava da casa, enquanto ela cuidava do filho.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos In. e F.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP

Considera-se que In. teve os fatores colaboradores e circunstanciais favoráveis para o desenvolvimento da PMP (12 pontos/fatores positivos). A gravidez foi desejada, não houve ameaça ou tentativa de aborto, fez o pré-natal corretamente, o nome do bebê foi escolhido, o enxoval preparado, o casal estava junto e o pai apoiando In., assim como alguns familiares. In. ficou na Casa da Gestante e compareceu a consulta de follow-up. Em casa a rotina está em modificação/ corrida. In. Está se adaptando. Conta com a ajuda de outra pessoa.

In.teve quatro fatores colaboradores negativos:a pressão alta, o fato de ter visto o bebê na UI somente após quatro dias, a gravidez não foi planejada, teve algumas intercorrências médicas na gravidez.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

#### **- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): na primeira visita ao filho, In. se aproxima da incubadora e olha para F. Olha ao redor da incubadora – os aparelhos, o setor da UI, o bebê ao lado. Enfermeira pergunta se quer pegá-lo e In. diz que sim. Esta a ajuda, e ao recebê-lo em seus braços, fala: “Estou meio sem jeito”. Fica todo o tempo olhando para o filho. Conta que, ao segurar F., sentiu-se muito feliz. Ficou meio atrapalhada no início e com um pouco de medo. Sente-se feliz ao interagir com o filho. Conversa, olha para ele e o vê sorrindo.

Na 3ª etapa (*Follow-up*) : em casa, fala que gosta de pegar F.e é muito bom.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 1ª e 3ª etapas: identifica sentimento de “ser mãe”; expressa temor do contato físico inicial com o bebê; demonstra estar confortável ao segurar o bebê; pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê; aproxima-se do bebê; olha para seu bebê; conversa com seu bebê; demonstra prazer em falar com o



bebê e obter uma resposta; interpreta os movimentos/expressões do bebê e faz tentativas de comunicação com ele; demonstra prazer no contato com seu bebê.

**- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): na segunda semana de vida do filho, In. abre a incubadora e o pega para dar de mamar. Posiciona o filho em um seio, mas logo em seguida o passa para o outro. Após perceber que F. não estava sugando, chama a enfermeira que lhe informa que havia sido dado a ele o leite artificial. Ao amamentar o filho, In. sente-se feliz e diz que era seu sonho.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): In. fala que é muito bom dar de mamar: “Ele mama bastante e é guloso”.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 1ª e 3ª etapas: pode amamentar; demonstra desejo de amamentar; demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar; mostra-se carinhosa ao pegar o filho para amamentar; permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando.

**- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Ao cuidar de F., In. sente-se feliz da vida: “Cada gesto é uma novidade. Fico babando”.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): In. sente-se bem melhor ao cuidar do filho em casa.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 1ª e 3ª etapas: mostra-se segura e confiante em cuidar do bebê; demonstra interesse em cuidar do bebê.

**- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): ao ver F. chorando, In. fica nervosa e preocupada em identificar o motivo. Interpreta que ele pode estar sentindo dor de cabeça, ouvido, ou fome. Para acalmá-lo, o coloca no seio.

Subcategoria identificada e repetidas nas 1ª e 3ª etapas: mostra-se atenta e eventualmente preocupada; fica nervosa; tenta identificar o motivo do choro do bebê; consegue acalmar o bebê, iniciativa para aliviar a aflição do bebê.

Na 3ª etapa (Follow-up): em casa, In. conta que, ao ver F. chorando, quer que pare. Acha que está com fome e dá o seio.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e Follow-up)**

In. percebe que F. precisa dela em todas as etapas do Método Canguru. E diz que ela também precisa dele, pois a complementa. I. demonstra perceber a dependência que o filho possui dela ao se dedicar e participar ativamente da recuperação dele.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 1ª e 3ª etapas: demonstra perceber a condição de dependência do bebê; consegue interpretar as formas e meios com que o bebê expressa suas necessidades.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI)**

In. não sabe por que seu bebê nasceu prematuro. Sabe que sentia muita contração. Com a prematuridade do filho, In. ficou feliz de ver que era perfeito, mas triste por vê-lo na incubadora. Só possui expectativas boas quanto ao progresso do filho. Lembra-se pouco do parto.

Subcategorias identificadas: não identifica o motivo do nascimento prematuro do bebê; aceita (reconhece) a prematuridade do bebê; demonstra envolvimento (demonstra atenção, carinho) com o bebê; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê; mostra-se assustada/decepcionada com filho prematuro na UTI.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, Follow-up):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): In. visita o filho na UI.

Subcategorias identificadas: visita o filho na UTI e UI; permanece mais de 1 (uma) hora na UTI/UI.

Na 3ª etapa (Follow-up): In. pouco fala. Responde às perguntas da pediatra. Não tem dúvidas. Escuta as orientações dadas quanto à amamentação e os remédios.

Subcategorias identificadas: comparece as consultas ambulatoriais; demonstra interesse (indaga sobre) no tratamento e no desenvolvimento do filho; segue o que a equipe do *follow-up* orienta quanto à estimulação do bebê.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI)**

In. desejava participar da EC, mas o setor estava temporariamente fechado.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru; tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): In. deseja muito levar F. para casa. O que mais a preocupa no momento da UI é a icterícia que o filho tem. Possui planos de cuidar bem de seu filho e fazê-lo feliz.

Na 3ª etapa (Follow-up): In. fala dos planos de conciliar o tempo para ficar com o filho e poder trabalhar. Suas preocupações no momento são de fazer as coisas que F. precisa.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 1ª e 3ª etapas: demonstra desejo de levar o bebê para casa; preocupa-se com o bebê; abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança; inclui o bebê em seus planos e na sua vida.

**- Desenvolvimento do bebê (Follow-up)**

In. percebe seu bebê engordando e com saúde.

Subcategorias identificadas: estimula seu bebê; o desenvolvimento do bebê está de acordo com sua idade cronológica; percebe as aquisições do bebê.

**- Indicadores da PMP:**

1- Evidentemente positivos: as subcategorias identificadas na dupla In. e F. podem ser reconhecidas como indicadores evidentemente positivos do desenvolvimento da PMP, não só pelo número de itens positivos que compuseram as observações, indicando maior envolvimento e participação da mãe na relação com o filho, mas também pela qualidade deste envolvimento, como por exemplo: In. desejou sua gestação, fez o pré-natal, escolheu o nome do bebê, preparou o enxoval. Mesmo tendo apresentado a cefaléia após a anestesia, In. mostrou-se ansiosa por estar com o filho na UI. As notícias nos quatro dias que não pôde estar com ele foram passadas pelo pediatra da UI.

In. teve grande dedicação com o filho. Parecia uma pessoa tímida, mas mesmo assim, estava participando da recuperação de seu bebê de forma ativa, questionando a

equipe sobre a evolução clínica dele, ficou na Casa da Gestante, sempre motivada a estar com o filho. O apoio que recebeu do pai de seu bebê foi importante para In. Este esteve presente e parecia transmitir mais segurança a In.

In. estava atenta às reações do filho e tendo iniciativas de pegá-lo quando necessário e quando queria. A interação que teve com ele foi de proximidade e afeto. O vínculo que estabeleceu com o filho era notável. In. fazia questão de demonstrar a satisfação que estava em ser mãe e em cuidar de seu filho. A amamentação era um momento de prazer e realização. Em seus planos F. estava incluído. Na consulta de *follow-up* In. apontou as aquisições do filho e estava se adaptando à nova rotina.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria 'Interação mãe-bebê', a subcategoria: expressa temor do contato físico inicial com o bebê; na categoria 'Manifestações da mãe à condição de prematuridade' a subcategoria: mostra-se assustada/decepcionada com o bebê prematuro na UTI, não identifica o motivo no nascimento prematuro do filho. Esses aspectos ambíguos em In. podem ser vistos como próprios do momento inicial do nascimento prematuro do filho e não influenciou negativamente a relação com este.

3- Predominantemente negativos: na categoria 'Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê', a subcategoria: fica nervosa. Esta subcategoria parece apontar para uma ansiedade maior de In., especialmente nos momentos de choro do bebê, o que, contudo, não demonstrou constituir fator perturbador na formação do vínculo entre mãe e filho.

- Síntese do caso:

Desde a gestação In. apresentou sinais indicadores da PMP. No momento que passou pela UTI e UI, as manifestações de In. também foram positivas para a PMP, assim como na consulta de *follow-up*.

### **Identificação dos sujeitos 17:**

Mãe: M. Bebê: N (sexo feminino)

### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

M. tem 34 anos. Não tem outros filhos. Internou-se na Maternidade com 32 semanas de gestação devido a pressão alta e diabetes. Após duas semanas, seu parto cesáreo foi realizado. Seu bebê nasceu com 1.820 g, de 34 semanas. Foi para a UI, onde

ficou por quatro semanas. Após sua alta hospitalar, M. permaneceu na Casa da Gestante acompanhando o tratamento da filha. Compareceram à consulta de *follow-up*.

M. conta que foi seu marido quem descobriu sua gravidez. Diz que ele notou que sua menstruação estava atrasada; foram ao médico e estava de 2 meses. A gestação foi desejada. Não houve ameaça ou tentativa de aborto. Fez o pré-natal (5 consultas). Conta que não viu a gravidez passar. Conseguiu curtir até as 28 semanas depois, diz que passou muito rápido. Foi M. que escolheu o nome da filha. Fez o enxoval, mas não completou.

O casal está junto. O pai presente, pegou a filha e conversou. M. diz que o marido fornece apoio: “É quem tem me dado mais apoio”. Não possui o apoio dos avós de N., pois os avós maternos e o avô paterno faleceram, a avó paterna teve AVC e as sequelas foram importantes. Após a alta, uma vizinha e a cunhada a ajudarão.

Sente que está indo bem na sua rotina de casa, apesar de ficar nervosa em alguns momentos quando a filha chora.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos M. e N.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP

Considera-se que M. teve os fatores colaboradores e circunstanciais favoráveis para o desenvolvimento da PMP (12 pontos/fatores positivos). A gravidez foi planejada e desejada, não houve ameaça ou tentativa de aborto, fez o pré-natal corretamente, o nome do bebê foi escolhido, o enxoval preparado, o casal estava junto e o pai apoiando M., assim como alguns familiares. M. ficou na Casa da Gestante e compareceu à consulta de *follow-up*. M. encontra-se em modificação da rotina, que está corrida e em adaptação a ela.

M. teve um fator colaborador negativo: a pressão alta e o diabetes gestacional.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

- **Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): M. sente como emocionante segurar N.: “As enfermeiras disseram que estou deixando-a manhosa”. Ao ser questionada como se sente ao interagir com N., M. diz que sabe que a filha a entende só pelo pensamento: “Já sou muito ligada a ela”. A primeira observação foi da primeira visita de M. a UI. Nesta, M. olhou para a filha,

abriu a incubadora para tocá-la e disse: “Ela está bem, nem parece prematura”. M. pede para conversar com a médica que diz que N. está bem, mas em observação. Logo iniciará a amamentação no seio. M. fica feliz com as notícias. Em uma segunda observação, comenta do ganho de peso de N. em uma semana. M. começou a colocar N. na posição canguru. Parece confortável: cheirava sua cabeça, acariciava suas mãos e braços. Estava muito carinhosa: “Você é linda. Sou sua mãe canguru”. M. colocava N. na posição canguru todas as vezes que ia a UI. Sempre conversando e acariciando.

Na 3ª etapa (Follow-up): M. diz que é ótimo segurar a filha e que conversa bastante com ela.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 1ª e 3ª etapas: identifica sentimento de "ser mãe"; interpreta os movimentos/expressões do bebê e faz tentativas de comunicação com ele; conversa com seu bebê; olha para seu bebê; demonstra prazer em falar com o bebê e obter uma resposta; demonstra prazer no contato com seu bebê; demonstra estar confortável ao segurar o bebê; aproxima-se do bebê; toca seu bebê, pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê.

#### **- Amamentação (UTI/UI, EC e Follow-up)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): em uma das observações, M. comenta com satisfação da sucção que N. começará a ser estimulada. Em outra observação, ao amamentar, a filha N., pega-a da incubadora sem ajuda das enfermeiras e a coloca no seio. Toca e conversa. Quando esta dorme, M. carinhosamente a chama para mamar mais. M. diz não ter felicidade maior ao amamentar a filha: “Não pretendo tirá-la do peito tão cedo, até porque será minha única filha”.

Na 3ª etapa (Follow-up): em casa, M. conta que é bom ver a filha engordando e que sempre quis dar de mamar.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 1ª e 3ª etapas: pode amamentar; demonstra desejo de amamentar; mostra-se carinhosa ao pegar o bebê para amamentar; demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar; permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando.

#### **- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e Follow-up)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): M. diz ser muito bom cuidar de N.: “É muito gostoso participar com ela do desenvolvimento dela”.

Na 3ª etapa (Follow-up): M. diz que sente que em casa ficou tudo bem: “Eu que cuido, faço de tudo”.

Subcategorias identificadas: maior liberdade/proximidade no contato; mostra-se segura e confiante em cuidar do bebê; demonstra interesse em cuidar do bebê.

**- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e Follow-up)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): em uma das observações, M. fica mais afastada da incubadora vendo as enfermeiras tirarem sangue de N. M. chora e prefere sair da UI: “Não aguento vê-la chorar, sentindo dor”. Após 10 minutos, M. retorna a UI e pede para pegar N. Abraça e beija a filha. Ao ver a filha chorar, M. diz que não gosta de ouvir. Acha que ela pode estar com fome e dor ao fazer exames: “As enfermeiras disseram que ela chora pedindo colo”. Para acalmá-la, M. a pega com muito amor e conversa com ela.

Na 3ª etapa (Follow-up): em casa, M. fica preocupada e nervosa ao ver N. chorar. Acha que está sentindo tudo: fome, dor, frio, cólica etc. Para que acalme, M. a balança, conversa e dá o seio.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 1ª e 3ª etapas: mostra-se atenta e eventualmente preocupada; tenta identificar o motivo do choro do bebê; iniciativa para aliviar a aflição do bebê; dificuldade/ansiedade com relação ao choro do bebê.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e Follow-up)**

M. percebe a filha precisando dela em todas as etapas do Método Canguru. M. mostrou-se dedicada e envolvida. Participou ativamente da recuperação da filha, o que demonstra que percebia a necessidade que a filha tinha dela.

Subcategorias identificadas: demonstra perceber a condição de dependência do bebê; consegue interpretar as formas e meios com que o bebê expressa suas necessidades.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI)**

M. acredita que seu bebê nasceu prematuro por causa de sua hipertensão e que esta se elevou por causa da ansiedade que possui. No início do nascimento prematuro, M. sentiu-se bem frágil mas, ao vê-la desenvolvendo, ficou mais tranquila. As expectativas quanto ao progresso de N. são as melhores. Lembra-se do parto, com boa sensação.

Subcategorias identificadas: atribui a si a responsabilidade pelo parto prematuro; demonstra envolvimento (demonstra atenção, carinho) com o bebê; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI; mostra-se assustada/decepcionada com filha prematura na UTI.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): M. visita a filha na UI.

Subcategorias identificadas: visita o bebê na UTI e UI; permanece mais de 1 (uma) hora na UTI/UI.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): compareceram a consulta de *follow-up*. M. fala do sono de N., pois não está dormindo bem à noite. Médica orienta e examina N. M. questiona se a filha está bem, se o peso está bom.

Subcategorias identificadas: comparece as consultas ambulatoriais; demonstra interesse (indaga sobre) no tratamento e no desenvolvimento do filho; segue o que a equipe do *follow-up* orienta quanto à estimulação do bebê.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI)**

M. demonstrou desejo e disponibilidade para permanecer na EC. EC fechada temporariamente.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru; tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): M. deseja levar N. para casa. O que mais a preocupa no momento da UI é se vai conseguir cuidar bem de N. Seus planos são de ir embora para casa com N., parar de trabalhar para ficar só com a filha.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): M. diz que o que a preocupa no momento é a filha dormir bem e crescer. Seus planos são de arrumar o carrinho dela e as roupas que faltam.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 1ª e 3ª etapas: demonstra desejo de levar o bebê para casa; preocupa-se com o bebê; abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança; inclui o bebê em seus planos e na sua vida.



**- Desenvolvimento do bebê (*Follow-up*)**

M. percebe que a filha está bem e engordou: “Ficando cada vez mais linda”.

Subcategorias identificadas: estimula seu bebê; o desenvolvimento do bebê está de acordo com sua idade cronológica; percebe as aquisições do bebê; elogia seu bebê.

**- Indicadores da PMP:**

1- Evidentemente positivos: as subcategorias identificadas na dupla M. e N. podem ser reconhecidas como indicadores positivos do desenvolvimento da PMP, pelo número de itens positivos que compuseram as observações, indicando envolvimento e participação da mãe na relação com o filho. M. desejou sua gestação, fez o pré-natal, escolheu o nome do bebê, preparou o enxoval. Desde o momento de internação na Maternidade, M. lidou com o fato com esperança de tudo dar certo. A dedicação que teve com a filha desde o início, a participação ativa em todos os momentos e o buscar conhecer a filha eram manifestações presentes em M. A relação era de proximidade, de carinho e de um forte vínculo, às vezes parecendo excessiva. Poderia-se pensar em uma relação de tipo adesiva ou “engolfadora” de M. com a filha.

A satisfação de M. ao estar com a filha e a alegria eram perceptíveis. A interação era muito boa, a amamentação um momento de envolvimento, o interesse em cuidar e a tentativa de identificar os motivos de desconforto da filha eram presentes em M. Nos planos de M., N. estava incluída e a dedicação de M. era exclusiva para a filha.

M. permaneceu na Casa da Gestante de forma persistente. Compareceu a consulta do *follow-up* e M. fez questão de apontar as aquisições da filha.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria ‘Manifestações da mãe à condição de prematuridade’ a subcategoria: mostra-se assustada/decepcionada com o bebê prematuro na UTI. M. demonstrou ambiguidade, entretanto, podemos compreendê-la como um momento inicial de intensa ansiedade associada à surpresa do nascimento prematuro da filha.

3- Predominantemente negativos: expressa nervosismo e ansiedade diante das manifestações de desconforto do bebê. Apesar de negativa, considera-se que M. estava em uma fase de adaptação e aprendizado sobre os cuidados com a filha e que, com o tempo, sua ansiedade poderia se atenuar, não comprometendo o desenvolvimento da PMP.

- Síntese do caso:

Desde a gestação M. apresentou sinais indicadores da PMP. No momento em que passou pela UTI e UI, as manifestações de M. também foram positivas para a PMP. Na consulta de *follow-up*, M. continuava bem envolvida com a filha, demonstrando sempre sinais da PMP.

### **Identificação dos sujeitos 18:**

Mãe: Ce. Bebês: M. e L. (gemelares do sexo masculino)

### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

Ce. tem 34 anos. Não tem outros filhos. Reside em uma cidade próxima de Juiz de Fora. Ce. começou a passar mal com a pressão alta em sua cidade e veio para Juiz de Fora. Diz que sentiu muita dor e medo: “Custou a cair a ficha do que estava acontecendo”. Os bebês nasceram de parto vaginal com 34 semanas com peso 1.880 g e 1.370 g. Foram para a UTI neonatal onde permaneceram por uma semana. Tiveram alta para a UI onde ficaram por três semanas. Após a alta do parto, Ce. preferiu ir para sua cidade. Retornou para ficar na Casa da Gestante uma semana depois. Neste período, seus bebês já tinham ido para a UI. As observações iniciaram quando visitou pela primeira vez seus bebês na UTI, quando ainda estava internada na Maternidade. A primeira entrevista ocorreu após seu retorno para a Casa da Gestante. Ce. retornou para a consulta de *follow-up*.

Ce. vinha planejando engravidar. Havia parado de tomar pílula há dois anos e não conseguia ficar grávida. Achava que não podia engravidar. Quando descobriu a gravidez, diz ter sido um susto e este foi ainda maior quando descobriu que eram gêmeos. Ficou preocupada se ia dar conta de criar dois filhos. Devido à pressão alta sentia medo de acontecer algo consigo e deixar seus filhos sem mãe. A gravidez foi desejada. Não houve ameaça ou tentativa de aborto. Foi realizado o pré-natal (7 consultas). Ce. se sentiu bem feliz durante a gravidez. O enxoval foi todo preparado e o nome dos bebês escolhido por ela.

O casal está junto. O pai não estava presente durante a hospitalização, apesar de ter conhecido os filhos. Este preferiu não pegar, mas tocou. Ce. diz sobre o companheiro: “Parecia que dava mais proteção”. Não conversou nem questionou nada à equipe. Ce. diz

que ele dava apoio a ela. Ce. Tem mãe e irmãos que vão dar mais segurança e ajudarão quando tiverem alta. Sente sua rotina em casa como muito corrida e percebe os filhos precisando muito dela.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos Ce. e M., L.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP

Considera-se que Ce. teve os fatores colaboradores e circunstanciais muito favoráveis para o desenvolvimento da PMP (13 pontos/fatores positivos). A gravidez foi planejada e desejada, não houve ameaça ou tentativa de aborto, fez o pré-natal corretamente, o nome do bebê foi escolhido, o enxoval preparado, o casal estava junto, o pai presente e apoiando Ce., assim como alguns familiares. Ce. ficou na Casa da Gestante e compareceu à consulta de follow-up. Em casa, Ce. encontra-se em modificação da rotina/ está corrida; em adaptação a nova rotina. Expressa cansaço com esta.

Ce. teve três fatores colaboradores negativos: a pressão alta, a preocupação se ia dar conta de criar os filhos e o fato de ter ido para sua cidade após o parto, deixando os bebês na UTI.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

#### **- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Na UTI Ce. se aproxima de M. Fica olhando para ele e, por diversas vezes, desvia o olhar para L., que está na incubadora ao lado. Após um tempo de contato com os filhos através do olhar, chama a pesquisadora para perguntar como eles estão. Oriento que procure as notícias com o médico do setor. Sendo assim, Ce. olha para os profissionais sentados atrás da bancada da UTI e se aproxima para perguntar sobre os filhos. É passada a notícia que M. está bem, pois não está mais no respirador e que receberia alta para a UI. Sobre L. é falado que ainda está no respirador, mas está diminuindo cada vez mais a quantidade necessária de oxigênio. Ce. parece feliz após as boas notícias que recebeu e dá um sorriso para a pesquisadora. Após retornar para perto de seus bebês, pede a enfermeira para pegá-los. Esta a informa que pode pegar somente M., pois L. está no respirador. Ce. recebe ajuda para retirar M. da incubadora e segurá-lo.

Neste momento, Ce. acaricia sua cabeça e olha para seu rosto. Após uns 10 minutos pede para enfermeira colocá-lo de volta na incubadora. Em seguida, aproxima-se de L., abre a incubadora e fica tocando seu pé. Na UI, Ce. fala com satisfação do desenvolvimento dos filhos. Permanece um bom tempo olhando para M. Em seguida passa a olhar para L. Na UTI, Ce. pôde pegar M. e diz que sentiu como se estivesse dando mais proteção a ele. Já com L., Ce. diz que se sente emocionada ao tocar e ver que está vivo. Ao interagir, Ce. diz que fica muito bem quando pega e coloca o filho no peito.

Subcategorias identificadas: identifica sentimento de "ser mãe"; aproxima-se do bebê; olha para seu bebê; toca seu bebê; demonstra estar confortável ao segurar o bebê; pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê.

Na 3ª etapa (Follow-up): fala com satisfação sobre pegar os dois filhos juntos: “Me sinto ótima. Os dois juntos é melhor de pegar, mas dá dor nos braços”. Em casa, ao interagir com eles, diz que eles olham e até dão um sorriso.

Subcategorias identificadas: demonstra prazer no contato com seu bebê; interpreta os movimentos/expressões do bebê e faz tentativas de comunicação com ele.

#### **- Amamentação (UTI/UI, EC e Follow-up)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Na UI, Ce. comenta com a pesquisadora com satisfação sobre o início da amamentação de M. e sobre a preocupação que está de seu leite secar. Essa questão vem deixando-a muito incomodada, pois deseja muito amamentá-los. Após uma semana na UI, L. começa a ser colocado no seio da mãe. Apresenta uma boa sucção. Durante a observação, com ajuda da equipe, Ce. posiciona os dois bebês nos seios. Com orgulho mostra os dois no seio: “Viu só, ter dois é isso. Tudo em dose dupla”. Fica mais ou menos 15 minutos amamentando os dois. Olha bastante para eles. Em seguida, pede à enfermeira que a ajude a colocá-los na incubadora, pois se sente cansada.

Na entrevista na UTI, Ce. havia começado a amamentar M., e L. ainda estava sendo estimulado a sugar. Ce. estava ordenhando o leite. Preocupa-se de seu leite estar saindo pouco e se teria o suficiente para os dois filhos.

Na 3ª etapa (Follow-up): em casa, Ce. conta que os dois filhos mamam muito: “Sei que estou fazendo o bem para eles”.

Subcategorias identificadas e repetidas nas 1ª e 3ª etapas: pode amamentar; demonstra desejo de amamentar; demonstra tranquilidade e satisfação ao amamentar;

expressa temor de não dar conta; mostra-se carinhosa ao pegar os filhos para amamentar; permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando.

**- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Ce. relata que é a equipe da UTI quem cuida de seus bebês, mas fala que prefere ficar perto de seus bebês, pois em casa dá mais preocupação.

Na última observação na UI, Ce. comenta com entusiasmo sobre a alta ser naquele mesmo dia. Olha para a mãe que está ao seu lado e diz: “É bom ter alta!”. A enfermeira começa a colocar a roupa em M.. Ce. observa e ajuda a colocar as meias e sapatinhos. É pedido que coloque a roupa em L.. Ce. pede ajuda, mas a enfermeira permanece próxima, apenas observando. Ce. vai vestindo seu bebê com calma e a enfermeira pouco ajuda. Logo em seguida, a pediatra do setor se aproxima para passar as orientações sobre os cuidados após a alta. Ce. escuta e faz algumas perguntas.

Subcategorias identificadas: expressa desejo de maior contato com o bebê; bebê sobre os cuidados da equipe; em aprendizado dos cuidados com o bebê; demonstra interesse em cuidar do bebê.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): em casa, Ce. diz: “Agora é bem melhor e mais fácil para cuidar. Agora sou eu e minha mãe que me ajuda a cuidar”.

Subcategorias identificadas: maior liberdade/proximidade no contato; mostra-se segura e confiante em cuidar do bebê.

**- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Ce. diz que ouviu M. chorar e L., viu mais agitado, mas não chorando. Foi no momento que a equipe estava fazendo exames. Ce. conta que teve vontade de pegar os dois. Interpreta que estavam sentindo dor e, nesse momento, preferiu sair de perto.

Subcategorias identificadas: mostra-se atenta e eventualmente preocupada; tenta identificar o motivo do choro do bebê.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): em casa, conta que os dois costumam chorar juntos. Acha que estão com fome ou cólica. Ela pega um e o marido o outro: “Fico preocupada querendo que eles parem. Dou o peito ou o remédio para dor”.

Subcategorias identificadas: consegue acalmar o bebê; iniciativa para aliviar a aflição do bebê.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Em todas as etapas do Método Canguru, Ce. percebe os filhos precisando dela e esse foi o motivo que a fez querer acompanhar de perto a recuperação deles, na Casa da Gestante.

Subcategorias identificadas: demonstra perceber a condição de dependência do bebê; consegue interpretar as formas e meios com que o bebê expressa suas necessidades.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI)**

Ce. diz que acredita que seus bebês nasceram prematuros por terem o peso mais fraco e serem mais frágeis. Sentiu-se preocupada com o nascimento prematuro. Diz sentir sempre medo de perder os filhos. Conseguiu ficar feliz ao ver que correu tudo bem. Suas expectativas são de levar os dois para casa para poder cuidar bem deles. Ce. se lembra do parto e do momento que foram para a UTI neonatal.

Subcategorias identificadas: demonstra envolvimento (demonstra atenção, carinho) com os bebês; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação dos bebês; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação dos bebês na UTI; mostra-se assustada/decepcionada com os filhos prematuros na UTI; expressa medo de evolução negativa do quadro clínico.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): visitava os filhos na UTI e UI após a permanência na Casa da Gestante.

Subcategorias identificadas: visita o filho na UTI e UI; permanece mais de 1 (uma) hora na UTI/UI; quando não pode ir a UTI ou UI telefona para ter notícias do bebê.

Na 3ª etapa (*Follow-up*): Ce. chega acompanhada de sua mãe. Participam da consulta, questionando e ajudando a médica no exame. Ce. demonstra preocupação com o fato dos filhos poderem ter cólicas.

Subcategorias identificadas: comparece às consultas ambulatoriais; demonstra interesse (indaga sobre) no tratamento e no desenvolvimento do filho; segue o que a equipe do *follow-up* orienta quanto à estimulação dos bebês.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI)**

Ce. demonstrou desejo e disponibilidade para permanecer na EC. EC fechada temporariamente.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru; tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Na UTI, Ce. deseja muito levar os filhos para casa. Preocupa-se se os filhos teriam saúde. Faz planos de somente cuidar deles.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de levar o bebê para casa; **preocupa-se com os bebês**; abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor das crianças; inclui os bebês em seus planos e na sua vida.

Na 3ª etapa (Follow-up): Ce. não demonstra preocupações. Planos de só cuidar dos filhos: “Não quero mais nada”.

Não foram identificadas novas subcategorias.

**- Desenvolvimento do bebê (Follow-up)**

Ce. percebe que seus bebês engordaram e estão mais espertos. Como aquisições do bebê Ce. os vê mais acordados, ganhando peso e crescendo.

Subcategorias identificadas: estimula seus bebês; o desenvolvimento dos bebês está de acordo com sua idade cronológica; percebe as aquisições dos bebês; elogia seus bebês.

- Indicadores da PMP:

1- Evidentemente positivos: as subcategorias identificadas na tríade Ce. e M., L. podem ser reconhecidas como indicadores evidentemente positivos do desenvolvimento da PMP, não só pelo número de itens positivos que compuseram as observações, indicando maior envolvimento e participação da mãe na relação com o filho, mas

também pela qualidade deste envolvimento, como por exemplo: Ce. desejou sua gestação, fez o pré-natal, escolheu o nome dos bebês, preparou o enxoval. Ce. teve uma interação muito boa com os filhos. De início estava mais tímida, mas aos poucos parecia ir descobrindo os filhos e estar mais próxima deles. O segurar os dois filhos era um momento de satisfação para Ce. Desejava amamentar, mas preocupava se teria o leite suficiente. Era carinhosa ao amamentar e motivada a conseguir. Ce., aos poucos, foi tendo iniciativa para pegar os filhos e cuidar deles.

A sensibilidade de Ce. para as expressões dos bebês e as interpretações dadas a essas; o entusiasmo que ficava ao estar próxima e ver a evolução clínica deles foram aspectos evidenciados nas observações e entrevistas. A preocupação em identificar motivos de desconforto dos filhos e suas necessidades, e conseguir acalmá-los, demonstra o investimento de Ce. nos filhos.

Ce. permaneceu na Casa da Gestante de forma tranquila e persistente. Demonstrava o quanto estava se sentindo bem como mãe e cuidadora. A satisfação que tinha em estar na UI, próxima dos filhos, era muito notável nas expressões de Ce. Compareceu à consulta do follow-up e fez questão de apontar as aquisições dos filhos.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria ‘Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê’ a subcategoria: bebê sob os cuidados da equipe; na categoria ‘Manifestações da mãe à condição de prematuridade’ a subcategoria: mostra-se assustada/decepcionada com o bebê prematuro na UTI, expressa medo da evolução negativa do quadro clínico. Essas subcategorias foram ambivalentes em Ce., mas fazem parte de um momento inicial quando teve que lidar com o nascimento prematuro dos filhos. Era perceptível o desejo de cuidar dos filhos e a relação de proximidade com eles.

3- Predominantemente negativos: na categoria ‘Amamentação’ a subcategoria: expressa temor de não dar conta. Essa questão pode ser considerada como uma fase de Ce., de aprendizado dos cuidados dos bebês.

- Síntese do caso:

Desde a gestação, Ce. apresentou sinais indicadores da PMP. No momento em que passou pela UTI e UI, as manifestações de Ce. também foram positivas para a PMP. Na consulta de *follow-up*, Ce. continuava bem envolvida com os filhos, demonstrando pleno desenvolvimento da PMP.



**Identificação dos sujeitos 19:**

Mãe: La. Bebê: M (sexo masculino)

**Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

La. tem 14 anos. Não tem outros filhos. Reside em uma cidade próxima a Juiz de Fora. La. entrou em trabalho de parto prematuro e M. nasceu com a idade gestacional de 34 semanas. O parto foi vaginal e M. teve o peso de 2 kg. Este permaneceu na UI desde o nascimento até a alta. Foi oferecido para La. permanecer na Casa da Gestante, porém esta se recusou e preferiu ficar em sua cidade. Após 15 dias do nascimento de M., a mãe chegou à Casa da Gestante, devido à solicitação da fonoaudióloga da UI para que iniciasse a amamentação e para acompanhar o filho nos dias antes da alta.

La. descobriu a gestação após o terceiro exame de sangue realizado, pois os outros dois não deram que estava grávida. Não planejava; conta que sua mãe brigou bastante. La. diz que sempre gostou de criança e isso a fez desejar sua gravidez. Não houve ameaça ou tentativa de aborto. Realizou o pré-natal (3 consultas). Não ocorreram intercorrências médicas. La. relata que se sentiu muito bem durante a gestação e logo já começou a comprar as roupinhas para o enxoval. O pai de M. também desejou o filho e foi quem escolheu o nome. Os dois haviam preparado o enxoval.

O casal está junto. O pai pôde visitar o filho na UI uma vez. Não o pegou, pois ficou com medo por ele ser pequeno. Conversou e questionou à equipe sobre o dia da alta do filho. La. diz que o marido a apoiava. Sua mãe e irmãs não visitaram M. na UI, mas La. disse que estas a estariam ajudando nos cuidados em casa. La. e M. não compareceram à consulta de *follow-up*.

**Considerações gerais sobre os sujeitos La. e M.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP

Considera-se que La. teve os fatores colaboradores e circunstanciais pouco favoráveis para o desenvolvimento da PMP (7 pontos/fatores negativos): entrou em trabalho de parto prematuro, o fato de não querer ficar na Casa da Gestante, a gestação não foi planejada nem desejada, fez poucas consultas de pré-natal, não compareceu a consulta de *follow-up*, não recebeu apoio de sua mãe no início da gestação, o fato de L. ser adolescente e demonstrar imaturidade.

La. teve 5 pontos/fatores positivos colaboradores e circunstanciais para a PMP: não terem ocorrido intercorrências médicas, o nome do bebê foi escolhido, o enxoval preparado, o casal estava junto e La. recebia apoio de seu companheiro.

**Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

**- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): La. pouco interage com o filho. Está na UI sentada próxima à incubadora. Ficou uma média de 15 (quinze) minutos observando os afazeres da equipe. Não olhou para o bebê. A enfermeira de plantão pergunta a La. se quer segurar seu bebê e esta diz que sim. Segura e beija seu rosto. Olha pouco para o filho, pois permanece observando a equipe. Não conversa. Após mais ou menos 10 (dez) minutos, pediu à enfermeira que colocasse seu filho na incubadora, pois ia almoçar. La. não pareceu muito confortável para segurar seu bebê, e só o fez após a enfermeira ter oferecido. Na entrevista, a mãe relatou: “É muito bom segurar M. Sempre gostei de criança. A sensação é ótima, porque é meu filho.” Em relação à sensação ao interagir com o bebê, a mãe respondeu: “Ele gosta e eu também. Ele é muito lindinho”.

Subcategorias identificadas: pega seu bebê; aproxima-se do bebê; toca seu bebê.

**- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): não foi observado este momento de La. com M. Na entrevista, a mãe respondeu que podia amamentar e quanto à sensação que tinha ao fazê-lo disse que era bom e que sabia que fazia bem para M.

Subcategorias identificadas: pode amamentar; permanece o tempo recomendado (no mínimo 30 minutos) amamentando.

**- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): La. preocupa-se de que aconteça algo ao cuidar de seu bebê, mas sente que o está conhecendo mais.

Subcategorias identificadas: maior liberdade/proximidade no contato; expressa medo de evolução negativa do quadro clínico; expressa temor de não dar conta; em aprendizado dos cuidados com o bebê.

**- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): na entrevista, sobre o choro e desconforto do bebê, La. respondeu: “Fico bem, pois vejo que ele está bem”. Interpreta que, quando M. chora, sente fome e, para acalmá-lo, dá de mamar.

Subcategoria identificada: tenta identificar o motivo do choro do bebê; consegue acalmar o bebê.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

La. responde, na entrevista, que percebe que seu filho precisa bastante dela, porém não demonstrou ter essa percepção. Não estava muito envolvida com o filho e com o “ser mãe”.

Subcategorias identificadas: dificuldade em assumir a responsabilidade de ser mãe.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI)**

La. acredita que M. nasceu prematuro por causa de sua infecção urinária. No início, La. sentia-se preocupada se tinha algum problema, mas o médico a acalmou ao explicar que o problema não era dela: “Fiquei culpada, mas agora estou tranquila. Meu marido me ajudou muito. Acreditei muito em Deus”. Quanto às expectativas sobre o progresso de M., La. diz que espera que ele tenha cada vez mais saúde. La. se lembra do dia do parto: “No dia em que ganhei, não me falaram que ele vinha para Juiz de Fora, para a UTI; só no outro dia me contaram”.

Subcategorias identificadas: acredita na explicação médica para o nascimento prematuro; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): La. preferiu permanecer em sua cidade e só veio para Juiz de Fora quatro dias antes da alta de seu bebê. Permanece menos de uma hora na UI.

Subcategorias identificadas: visita o filho na UTI e UI; quando não pode ir a UTI ou UI telefona para ter notícias do bebê.

Não compareceram à consulta de *follow-up*.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI)**

La. não demonstrou desejo ou disponibilidade para permanecer na EC.

Subcategorias identificadas: não possui disponibilidade para participar da EC, não possui desejo para participar da EC.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): La. diz desejar levar o filho para casa. Não está preocupada com nada, no momento da entrevista. Tem planos de colocar o filho em aula de dança e de voltar a estudar.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de levar o bebê para casa; não parece se dar conta das necessidades do bebê; demonstra imaturidade e desligamento do bebê.

**- Indicadores da PMP:**

1- Evidentemente positivos: são poucas as manifestações positivas de La. com seu bebê, mas foi possível perceber certa interação, ainda que pouca; permaneceu o tempo recomendado amamentando; preocupava-se em identificar o motivo do choro do bebê; mostrava-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria 'Interação mãe-bebê', a subcategoria: expressa temor do contato físico inicial com o bebê, na categoria 'Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê' a subcategoria: expressa medo de evolução negativa do quadro clínico, expressa temor de não dar conta; na categoria 'Manifestações da mãe à condição de prematuridade' a subcategoria: acredita na explicação médica para o nascimento prematuro.

3- predominantemente negativos: na categoria Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê, a subcategoria: dificuldade em perceber a responsabilidade em ser mãe.

As subcategorias identificadas na dupla La. e M. podem ser reconhecidas como indicadores ambivalentes e negativos do desenvolvimento da PMP, não só pelo número de itens que compuseram as observações, indicando maior dificuldade da mãe na relação

com o filho, mas também pela qualidade deste envolvimento, como por exemplo: M. não planejou a gravidez e teve dificuldade em aceitá-la. Não tinha o apoio da mãe. O fato de não aceitar permanecer na Casa da Gestante chama a atenção, pois só compareceu a esta após pedido da equipe da UI para que começasse a amamentar o filho. Acredita-se que La. não teria a iniciativa de ir acompanhar o filho na UI se não fosse essa a razão.

La. demonstrou certa preocupação com seu bebê nascido prematuro. Pode-se perceber pouco investimento da mãe em seu bebê. Teve uma grande dificuldade na interação com o filho, tinha pouco interesse em cuidar dele. Fez planos com o filho incluído, mas estes pareciam ser frutos de uma imaturidade de La., provavelmente em função de sua pouca idade.

O fato de La. ter se recusado a participar da segunda etapa do Método Canguru, preferindo permanecer em sua cidade até próximo da alta de seu bebê; não ter comparecido à primeira consulta nem à consulta que foi remarcada são demonstrações de pouca dedicação com seu bebê, o que aponta para uma dificuldade em lidar com o “ser mãe” em uma idade tão jovem. Por ser mãe adolescente, é comum que surjam mais dificuldades quanto a assumir as responsabilidades de ser mãe e quanto aos cuidados do filho. La. conta com o apoio do marido que pode ser fundamental para auxiliar e fornecer mais segurança a ela.

- Síntese do caso:

Na gestação, La. teve dificuldade no desenvolvimento da PMP tendo tido rejeição à gravidez. Após o nascimento do filho, La. continuou a apresentar manifestações e subcategorias negativas enquanto indicadoras da PMP, demonstrando ambiguidades entre suas atitudes e falas. Parecia não estar preparada para ser mãe.

### **Identificação da dos sujeitos 20:**

Mãe: G. Bebê: V. (sexo feminino)

### **Antecedentes e fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP (ambiente sócio-afetivo)**

G. tem 45 anos, tem outros três filhos de 10, 13 e 18 anos. G. reside em Juiz de Fora com seus filhos e o marido. G. internou-se na Maternidade Viva Vida devido a pressão alta, e após dois dias, seu parto cesáreo foi realizado. V. nasceu com 1.300 g e

foi para a UTI neonatal. Foi entubada, sua evolução clínica não foi boa e V. veio a falecer após uma semana de vida. G. a visitou diariamente.

G. engravidou após dez anos de seu último filho. Acreditava não poder mais engravidar. Não desejava ter mais filhos. Diz que rejeitou sua gestação e se sentia culpada por não querer mais filhos. Começou a se envolver mais e desejar sua filha perto das 28 semanas – idade do nascimento prematuro: “Não curti a gestação”. G. pensou em abortar, mas não tentou nada. Fez o pré-natal, com uma média de 4 consultas. Durante toda a gestação teve hipertensão arterial. G. enfatiza, mais de uma vez, no decorrer da entrevista, sobre a culpa que sentia por não desejar sua filha. O nome do bebê foi escolhido após o nascimento. G. não preparou o enxoval, apenas ganhou algumas coisas.

O pai de V. a visitou algumas vezes. O casal está junto. O pai não conversou, nem pegou a filha. “Fica envergonhado” de questionar à equipe médica sobre sua filha. G. acredita que ele poderia dar mais apoio a ela. Sua família e vizinhos estão dando mais apoio a ela.

### **Considerações gerais sobre os sujeitos G. e V.**

- Fatores colaboradores e circunstanciais para o desenvolvimento da PMP

Considera-se que G. teve os fatores colaboradores e circunstanciais desfavoráveis para o desenvolvimento da PMP (6 pontos/fatores negativos). Teve alteração de saúde (pressão alta), rejeitou sua gestação, pensou em abortar, não preparou o enxoval, o nome de sua filha foi escolhido somente após o nascimento. O casal estava junto, mas G. não sentia apoio ou incentivo do companheiro. Tinha "pessoas apoio" ajudando-a, mas sentia falta do apoio do marido.

Parece que somente quando V. nasceu, diante das condições da prematuridade e de risco, G. começou a relatar e demonstrar um maior desejo por ela.

### **Categorias e subcategorias de análise do material das observações e entrevistas em cada uma das etapas do Método Canguru :**

**- Interação mãe-bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): ao ser observada, G. comenta sobre o tamanho da filha: “Ela é grande e comprida”. Toca a filha e chora: “Olha como ela está toda furada”. G. acaricia e conversa com V. Após um tempo, aproxima-se da médica do setor para saber sobre a filha.

Esta explica o risco de morte de V. devido à prematuridade. Na entrevista, G. fala do desejo e ansiedade de pegar a filha: “Sinto inveja das outras mães que já podem pegar”. Sente-se mais próxima da filha quando toca, olha e conversa. Superou o medo de tocá-la.

Subcategorias identificadas: expressa desejo de maior contato com o bebê; pega ou demonstra desejo de pegar seu bebê; expressa temor do contato físico inicial com o bebê; maior liberdade/proximidade no contato; identifica sentimento de “ser mãe”; demonstra prazer no contato com seu bebê; aproxima-se do bebê; toca seu bebê; olha para seu bebê; conversa com seu bebê.

**- Amamentação (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): G. não pode amamentar a filha. No momento, ordenha o leite para V.: “Penso no bem para V.”. Deseja amamentá-la no seio.

Subcategorias identificadas: não pode amamentar mas demonstra desejo de amamentar.

**- Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): G. refere-se aos cuidados da filha, que é a equipe da UTI que os realiza. Fala de V. estar sedada e ela não poder nem querer cuidar no momento, pois quer que a filha melhore.

Subcategorias identificadas: bebê sob os cuidados da equipe.

**- Manifestações da mãe às reações de desconforto/aflição do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): Na entrevista, de início, G. não conseguia perceber a filha com desconforto. Em seguida, G. fala da preocupação com a filha cheia de aparelhos, referindo-se ao desconforto que V. devia estar.

Subcategoria identificada: mostra-se atenta e eventualmente preocupada.

**- Manifestações da mãe com relação à condição de dependência do bebê (UTI/UI, EC e *Follow-up*)**

Ao falar da culpa que sente, G. diz que sabe que V. precisa muito dela e quer cuidar bem. Após o nascimento da filha, G. mostrou-se envolvida e participativa da recuperação

desta. Visitava a filha todos os dias, demonstrando realmente perceber a dependência que V. tinha da mãe.

Subcategorias identificadas: demonstra perceber a condição de dependência do bebê.

**- Manifestações da mãe à condição de prematuridade (UTI/UI)**

G. acredita que V. nasceu prematura devido a sua hipertensão arterial. Diz se sentir assustada com o nascimento prematuro da filha. Suas expectativas para a filha são de melhora e de um recomeço para si. Vê a filha como um acréscimo de coisas boas (se emociona): “Hoje ela é prioridade, só penso nela”. Quanto ao momento do parto, G. relata ter sido muito tenso. O médico lhe falou que só sobreviveria ela ou a filha. Conseguiu ver somente a cabeça de V. na hora do parto e foi conhecê-la na UTI.

Subcategorias identificadas: acredita na explicação médica para o nascimento prematuro; mostra-se motivada e esperançosa com a recuperação do bebê; consegue localizar elementos temporais implicados no nascimento: o momento do parto, a internação do bebê na UTI; mostra-se assustada/decepcionada com filha prematura na UTI.

**- Participação direta da mãe nos cuidados do bebê (UTI/UI, *Follow-up*):**

Na 1ª etapa (UTI/UI): G. visita a filha diariamente: “Acordo e já quero ir ficar com V.”.

Subcategorias identificadas: visita o filho na UTI e UI; quando não pode ir a UTI ou UI telefona para ter notícias do bebê.

Não compareceu a consulta de *follow-up*.

**- Manifestações da mãe frente à proposta da EC (UTI/UI)**

G. demonstra desejo e disponibilidade para acompanhar a filha na EC.

Subcategorias identificadas: demonstra desejo de ir para a Enfermaria Canguru; tem disponibilidade de permanecer na Enfermaria Canguru.

**- Evidências de aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê (UTI/UI, EC)**

Na 1ª etapa (UTI/UI): G. deseja levar V. para casa. Sua preocupação é dela sair bem da Maternidade e ganhar peso. Não faz planos para o momento.



Subcategorias identificadas: demonstra desejo de levar o bebê para casa; preocupa-se com o bebê; abdica de suas questões pessoais e trabalho em favor da criança.

- Indicadores da PMP:

1- Evidentemente positivos: G. apresentou algumas subcategorias indicando manifestações positivas para a PMP, porém estas foram poucas: G. teve uma boa interação com V. na UTI na medida do possível: olhar, tocar, conversar. Desejou amamentá-la, estava preocupada com seu estado clínico, visitava-a diariamente, desejou levá-la para casa e a colocou como prioridade em sua vida durante o tempo que esteve na UTI. Mostrou-se preocupada com o possível desconforto da filha na incubadora, “cheia de fios e aparelhos”, muito provavelmente movida pela culpa que sentia por ter rejeitado a filha. Ainda assim, G. demonstrou perceber a condição de dependência da filha e identificar o sentimento de “ser mãe” ao perceber a importância de sua presença e de seu carinho para V., ao sentir-se mais próxima, tocar e conversar com a filha.

2- Ambivalentes ou ambíguos: na categoria ‘Interação mãe-bebê’, a subcategoria: expressa temor do contato físico inicial com o bebê, na categoria ‘Manifestações da mãe com relação a cuidar do bebê’ a subcategoria: bebê sob os cuidados da equipe; na categoria ‘Manifestações da mãe à condição de prematuridade’ as subcategorias: acredita na explicação médica para o nascimento prematuro; mostra-se decepcionada/assustada com o bebê prematuro na UTI.

3- Predominantemente negativos: na categoria ‘Manifestações da mãe às reações de desconforto do bebê’ a subcategoria: não percebe manifestações de desconforto do bebê. Na categoria ‘Evidências do aumento da sensibilidade e da disponibilidade para as necessidades do bebê’, a subcategoria não inclui o bebê em seus planos e na sua vida.

As subcategorias identificadas na dupla G. e V. podem ser reconhecidas como indicadores ambivalentes e negativos do desenvolvimento da PMP, não só pelo número de itens que compuseram as observações, indicando maior dificuldade da mãe na relação com a filha, mas também pela qualidade deste envolvimento, como por exemplo: G. teve complicações clínicas sérias durante sua gestação. Anteriormente a estas, ao descobrir a gravidez, a rejeitou e pensou em abortar. Não desejou sua filha. Após o nascimento de V., G. não teve interesse em cuidar da filha, tocava e conversava pouco, o que pode ser justificado em razão do temor no contato inicial com V. e, provavelmente, ao medo de perdê-la devido ao prognóstico ruim.

- Síntese do caso:

Na gestação, G. teve dificuldade no desenvolvimento da PMP tendo tido rejeição à gravidez. Após o nascimento da filha, contudo, G. apresentou as manifestações maternas e subcategorias positivas indicadoras da PMP, embora com demonstração de ambivalência e culpa. Será que a instabilidade clínica de V. poderia ter dificultado o desenvolvimento da PMP, uma vez que a mãe evitaria se vincular, pelo medo de sofrer, caso viesse a perder seu bebê?

### Anexo 3

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

A Senhora e seu filho(a) estão sendo convidados a participarem de um estudo científico (pesquisa). Se você decidir participar do estudo, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu(s) papel(éis) [como você(s) participará(ão)] nesta pesquisa.

Você precisa entender a natureza (o que é o estudo) e os riscos da sua participação, e dar o seu consentimento de forma livre e após sentir que ficou tudo esclarecido para você, esse consentimento será por escrito. Sua decisão em participar é totalmente voluntária, ou seja, só depende de você/responsável pelo participante (você pode querer participar ou não).

Você foi escolhido para participar do estudo, pois seu bebê nasceu prematuro e está internado na UTI neonatal (Unidade de Terapia Intensiva) e/ou UI (Unidade Intermediária).

O objetivo deste estudo é estudar as formas de relação que vão se estabelecendo entre mãe e bebê na UTI neonatal, UI através do Método Canguru.

Se concordar em participar deste estudo (pesquisa), você participará de observações, entrevistas e acompanhamentos psicológicos, sem haver prejuízo para os atendimentos diários da psicologia na Maternidade Viva Vida.

Não é percebido risco ou desconforto previsíveis na pesquisa, visto serem observações, entrevistas e acompanhamentos que vão estudar o vínculo entre mãe e bebê prematuro. Caso você sinta que há algum prejuízo em consequência deste estudo, sua demanda será acolhida.

As informações obtidas por meio do estudo serão importantes para conhecimento maior sobre o vínculo mãe-bebê prematuro.

A duração do estudo será de 6 (seis) meses

Não há procedimentos alternativos.

Você será identificado através de um número e, portanto, seu nome não será mencionado, garantindo-lhe, assim, o sigilo das informações fornecidas. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum dos participantes.

Algumas informações obtidas a partir de sua participação neste estudo não poderão ser mantidas estritamente confidenciais. Além dos profissionais de saúde que estarão cuidando de você, agências governamentais locais, o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o estudo está sendo realizado, o patrocinador do estudo e seus representantes podem precisar consultar seus registros. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Ao assinar este consentimento informado, você/responsável pelo participante autoriza as inspeções em seus registros. Convém deixar bem claro, no entanto, que o seu nome não será mencionado, mas somente as informações referentes aos dados (sem a sua identificação) coletados na pesquisa.

É importante que você/responsável pelo participante esteja consciente de que a participação neste estudo de pesquisa é completamente voluntária. Se você preferir não participar, você não precisa explicar o motivo. Se você aceitar participar, você estará livre para sair do estudo a qualquer momento sem nenhuma penalidade ou perda de benefícios que você recebeu, sendo que isto não afetará a disponibilidade de cuidados médicos no momento e no futuro.

Em caso de você/responsável pelo participante decidir retirar-se do estudo, você deverá notificar ao profissional e/ou pesquisador que esteja atendendo-o. A recusa em participar ou a saída do estudo não influenciarão seus cuidados nesta instituição. Você (o participante) também pode ser desligado do estudo a qualquer momento sem o seu consentimento nas seguintes situações: se você não colaborar adequadamente com os procedimentos do estudo; se você (o participante) sofrer efeitos indesejáveis não esperados; se o estudo terminar.

Depois de iniciar o(s) procedimento(s) do estudo você será informado sobre novos resultados obtidos durante o período de estudo e que possam afetar sua segurança e vontade de

participar do estudo. Essas informações estão disponíveis para você/responsável pelo participante mesmo se você/responsável pelo participante se retirou ou foi retirado do estudo por qualquer que seja o motivo.

Nem você/responsável pelo participante nem seu médico receberão pagamentos pessoais por estarem envolvidos nesse estudo, e você/responsável pelo participante não terá que pagar pelo procedimento do estudo.

Você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, serão fornecidas todas as informações que solicitar.

Não existirá despesas, reembolso ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Nós o estimulamos a fazer perguntas a qualquer momento do estudo. Caso você/responsável pelo participante tenha mais perguntas sobre o estudo, por favor, ligue para 3691-9595.

Se você/responsável pelo participante tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo (pesquisa), você também poderá contatar uma terceira parte/pessoa, que não participa desta pesquisa, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, no telefone (031) 3239-9533.

- Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre os métodos dos procedimentos a serem realizados, as inconveniências, riscos, benefícios e eventos adversos que podem vir a ocorrer em consequência dos procedimentos.
- Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.
- Eu autorizo a liberação dos meus registros para a equipe de pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa, o patrocinador (ou representante do Patrocinador), e agências governamentais pertinentes.
- Ao assinar esse Consentimento Livre e Esclarecido eu não abro mão de nenhum dos meus direitos legais, de acordo com as leis brasileiras vigentes, que poderia ter como participante de uma pesquisa.
- Eu consinto voluntariamente a participar e dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para a participação neste estudo

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante/ Nome do participante (em letra de forma):

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou representante legal

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

- Atesto que expliquei de modo completo e cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado. Acredito que o participante e/ou seu representante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ele/ela compreendeu essa explicação.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

**FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**PARECER Nº 037-B/2010**

**1 – Título:**

A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ PREMATURO INTERMEDIADA PELO MÉTODO CANGURU VISTA À LUZ DA TEORIA DE WINNICOTT

**2 – Folha de Rosto:** 329150

**3 – Pesquisador:** Fernanda Buzzinari Ribeiro de Sá  
**Titulação:** Psicóloga – Mestrado em andamento

**4 – Histórico:**

Recebimento do projeto pelo CEP – **17 de Junho de 2010.**

Apresentação do projeto na Reunião do CEP – **08 de julho de 2010.**

Envio do relatório ao NEP – **12 de julho de 2010.**

Recebimento da solução de pendências – **31 de agosto de 2010.**

**5 – Pendências de 08 de Julho de 2010**

*A- O tempo de acompanhamento das crianças é suficiente para se detectar impactos na relação mãe-bebê ou é necessário um tempo maior de estudo?;*

*B- Critérios de validação do questionário: o pesquisador deverá utilizar critérios metodologicamente sólidos para uma VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS, ou, simplesmente se referir a um questionário criado a partir das observações clínicas;*

*C- Explicitar melhor este objetivo: “Lançar mão de alguns parâmetros para avaliação da relação mãe-bebê prematuro.”*

**6 – Solução de Pendências**

- Os pesquisadores enviaram carta elucidando todos os questionamentos e garantido a aplicação do TCLE às pacientes.

**7 – Considerações e Mérito:**

- **Projeto:** Relevante, pertinente e de valor científico.

- **Metodologia:** Adequada.

- **Currículos:** Os pesquisadores apresentam currículo compatível, com competência reconhecida.

- **Cronograma:** Adequado

- **Folha de Rosto** Devidamente preenchida e assinada
- **Orçamento:** Adequado e de responsabilidade dos próprios pesquisadores
- **TCLE:** Adequado
- **Aspectos Éticos:** O projeto cumpre a Resolução 196/96 do CNS.

**8 – Parecer:**  
**APROVADO.**

Belo Horizonte, 03 de Setembro de 2010.



Vanderson Assis Romualdo  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa / FHEMIG

---

**Vanderson Assis Romualdo**  
**Coordenador do CEP-FHEMIG**



