

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

DANUSA MENEGAT

**MÃE-BEBÊ DE RISCO: OS DESAFIOS DA INTERAÇÃO INICIAL NO
CONTEXTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

SÃO CARLOS
2016

DANUSA MENEGAT

**MÃE-BEBÊ DE RISCO: OS DESAFIOS DA INTERAÇÃO INICIAL NO
CONTEXTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.

Área de Concentração: Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos de Vida Diária.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Helena Vitale
Torkomian Joaquim

SÃO CARLOS
2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M541m Menegat, Danusa
Mãe-bebê de risco : os desafios da interação inicial no contexto de internação hospitalar / Danusa Menegat. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
142 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2016.

1. Relação mãe-filho. 2. Hospitalização. 3. Recém-nascido. 4. Período pós-parto. 5. Terapia ocupacional. I. Título.

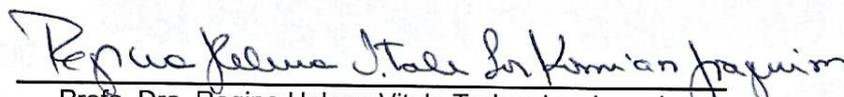


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

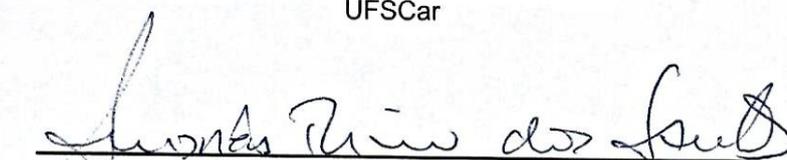
Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Danusa Menegat, realizada em 22/02/2016:



Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim
UFSCar



Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
UFSCar



Profa. Dra. Andréa Rizzo dos Santos
UNESP

Dedico este estudo a minha mãe Maria e ao meu pai Luiz pelo amor incondicional e que mesmo com a distância física nunca deixaram de ser o apoio fundamental na minha vida.

A minha irmã Robriane, por me aconselhar e acreditar sempre nos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente, a Deus por me proporcionar viver essa experiência tão importante em minha vida e por me fortalecer em todos os momentos guiando meus caminhos.

A minha mãe Maria, pela constante dedicação e carinho, pelas palavras que confortam e pelo seu amor incondicional.

Ao meu pai Luiz, meu exemplo de caráter e minha referência profissional, pelo constante apoio e disponibilidade em me ajudar sempre que preciso e pelo seu amor incansável. A minha irmã Robriane, melhor amiga e companheira, que nunca me deixou só e sempre me conduziu a realizar escolhas da melhor forma possível e encará-las, serei sempre grata.

À família! Palavras não podem expressar o meu apreço e gratidão pelo amor e apoio incondicionais em me fortalecerem nesse caminho em busca dos meus sonhos.

Aos amigos, Ângela e Ricardo de Medeiros, pelos conselhos, companheirismo e preocupação comigo, pois sem o apoio deles não teria realizado este sonho.

Às amigas, Ana e Cassiana, que mesmo distantes fisicamente acompanharam minha trajetória e sempre torceram pelo meu sucesso.

Às amigas, Cristina, Stephani, Thamires e Sofia, que durante os dois anos do mestrado amenizaram as incertezas decorrentes da mudança de estado e da distância da família, obrigada pelo companheirismo e amizade eterna!

Às professoras, Terapeutas Ocupacionais, responsáveis pela minha formação acadêmica da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM): Amara Holanda Battistel, Kayla Ximenes Palma, Daniela Tonus, Rita de Cássia Barcellos Bittencourt, Dani Laura Peruzzolo, Miriam Cabrera Delboni, Aline Ponte, Francisco Nilton, Michele Trindade, Andrea do Amparo Carotta de Angeli, pela disposição em ensinar-me com boa vontade. Por sempre me apoiarem e torcerem pelo meu sucesso profissional.

Aos professores do PPGTO pelo acolhimento e ensinamento, por fazerem parte da condução dos meus estudos e da minha vida, os quais me inspiram pela dedicação e ao amor à Terapia Ocupacional.

À Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim, minha orientadora, pela oportunidade em realizar esse estudo. Por ter acreditado na minha capacidade, pela paciência e empenho no decorrer dessa trajetória.

Às professoras, Dra. Andréa Rizzo dos Santos e Dra. Thelma Matsukura, pelas contribuições no exame de qualificação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal e de Nível Superior (CAPES) pelo apoio e financiamento.

Agradeço aos profissionais das maternidades pelo acolhimento e confiança, permitindo a finalização deste estudo.

Às mães que participaram desta pesquisa, pela disponibilidade, compreensão e carinho, por compartilharem suas experiências durante a internação do filho, pois sem elas não teria sido possível realizar este estudo.

Cada mãe é influenciada em maior ou menor grau pelo bebê que tem. (...) O modo como uma mãe trata seu bebê constitui um produto complexo que reflete como suas próprias tendências iniciais foram confirmadas, modificadas ou ampliadas por sua experiência pessoal com a criança (Bowlby, 1969/1993, p. 364).

É como se estivessem envolvidos numa dança, onde cada parceiro antecipasse os movimentos do outro, regulando-se por um ritmo compartilhado e pela previsibilidade oferecida pela música (Cramer, 1993, p. 47).

RESUMO

O vínculo afetivo da mãe com o bebê é estabelecido a partir das primeiras interações da díade e a qualidade dessa relação pode ser observada nas diversas situações, desde o amamentar até o brincar. O puerpério, período que se inicia logo após o nascimento do bebê, pode ser um período propenso às crises, principalmente, quando nasce uma criança que necessita de cuidados de saúde, podendo causar prejuízos nessa relação inicial. Após o nascimento do bebê, essa interação pode fragilizar-se quando a mãe gera um filho prematuro que necessita permanecer no ambiente hospitalar. O conhecimento acerca das interações mãe-bebê em fases iniciais do desenvolvimento contribui para entender o processo de desenvolvimento humano. O estudo teve como objetivo geral compreender os processos interacionais presentes na díade mãe-bebê de risco no contexto de internação hospitalar nos primeiros dias de vida e como objetivos específicos caracterizar os comportamentos maternos presentes na interação mãe-bebê internado em situações de cuidado e de interação livre, identificando e descrevendo os fatores que podem interferir no estabelecimento da interação inicial durante o período de internação do bebê. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, exploratório-descritivo que utilizou ficha de identificação, entrevista semiestruturada, observação direta e indireta e diário de campo para a coleta de dados. Este estudo foi desenvolvido em duas maternidades, em berçário e alojamento conjunto, localizados no interior do Estado de São Paulo. A amostra foi composta por cinco bebês, de ambos os sexos, nascidos entre 34 e 37 semanas de idade gestacional e suas respectivas mães primíparas que foram focalizadas em situações de amamentação, banho, troca de fralda e interação livre. Os dados foram analisados de forma quanti-qualitativa com a descrição dos comportamentos das mães, sua ocorrência e registro das falas das entrevistadas por meio da análise de conteúdo temática. A análise dos dados permitiu a identificação de sete categorias, sendo: i) evento, gestação e parto: sensações, sentimentos e mudanças vivenciadas; ii) características físicas e comportamentais do bebê; iii) interação inicial mãe-bebê; iv) ambiente hospitalar e equipe: facilidades e interferências na interação; v) dificuldades das mães; vi) apoio emocional e vii) preocupações e expectativas. Os resultados apontaram a complexidade da vivência materna no contexto de internação hospitalar do filho prematuro permeada por medo, insegurança e dúvidas decorrentes da fragilidade do bebê. Identificaram-se fatores facilitadores, como a presença de familiares no ambiente hospitalar e fatores dificultadores, como realizar o aleitamento materno e participar ativamente dos cuidados ao bebê. O banho foi apontado como o cuidado mais difícil de ser realizado, relacionado à fragilidade do recém-nascido e à inexperiência da mãe. Concluiu-se que a mãe emite comportamentos esperados na interação inicial com seu bebê ainda que em ambiente hospitalar. Em alguns contextos e situações da internação a dinâmica/rotina do serviço e atitude/posturas profissionais geram tensões. Considera-se necessário que os profissionais de saúde reflitam sobre a reorganização da prática na rotina hospitalar neste período pós-parto, preconizando ações que favoreçam o contato precoce. Percebe-se que o contato com os familiares e relação com a equipe possibilitam à puérpera uma postura ativa e confiante na relação com o filho no contexto de prematuridade. Novos estudos devem ser realizados para ampliar a compreensão acerca das ações de cuidado que devem ser humanizadas e implementadas para garantir o desenvolvimento futuro positivo da díade mãe-bebê.

Palavras-chave: Relação mãe-filho. Hospitalização. Recém-nascido. Período pós-parto.

Terapia Ocupacional.

Abstract

Mother's affective bond with the baby is established from the first dyadic interactions as well as the quality of this relationship, which can be observed in several situations, from breastfeeding to playing. The puerperium, a period initiated soon after the baby bearing, may be a period tending to crisis, mainly when bearing a baby needing health care, what can cause some damage in this initial relationship. After the baby bearing this interaction may weaken when the mother bears a premature baby, who needs to remain in the hospital environment. The knowledge about mother-baby interactions in the initial developing phases contributes to understand the human development process. The research intends to understand and characterize the interactional processes of the mother-baby dyad in the context of the hospitalization on the first days of life; characterize maternal behaviors present in the mother-infant interaction in hospital care and free interaction situations; identify and describe the factors that can interfere with the establishment of the initial interaction during the baby's hospital stay. This is a qualitative, exploratory and descriptive approach. Semi-structured interview, field diary and observation have been used as investigation techniques and data selection, in situations observed when feeding, bathing, diaper changing and free interacting. This study was conducted in two maternity, nursery and rooming-in, located in the state of São Paulo. The sample was composed of five babies, of both sexes, born between 34 and 37 weeks gestational age and their first-time mothers. The data analysis has been quantitative, by describing the mothers' behaviors, their occurrence, and thematic content analysis as well. The data analysis allows the identification of seven categories: Event, pregnancy and childbirth: sensations, feelings and experienced changes; physical and behavioral characteristics of the baby; mother-infant initial interaction; hospital and staff: facilities and interference in the interaction; difficulties mothers; emotional support; concerns and expectations. The results show the complexity of maternal experience in hospital context of premature child, permeated by fear, insecurity and doubts arising from the baby's fragility. It was identified facilitating factors such as the presence of family members in the hospital, and complicating factors, such as performing breastfeeding and actively participate in the care of the baby. The bath was touted as the hardest care to be carried out, related to the newborn fragility and the mother of inexperience. It is concluded that the mothers have expected behaviors with their babies in the initial interaction, still in the hospital environment. In some contexts as well as in hospitalization the service dynamic/routine and the professional attitudes/postures generate stress. New researches are supposed to be performed in order to spread the comprehension about caring actions which should be humanized and implemented to grant the positive future development of the mother-baby dyad.

Keywords: Mother-child relation. Hospitalization. Newborn. Postpartum. Occupational Therapy.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Caracterização das mães primíparas em relação à idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, tipo de parto, pré-natal, tempo de internação e local de internação..... | 43 |
| Quadro 2 – Caracterização dos bebês prematuros em relação ao sexo, idade gestacional, peso ao nascimento, APGAR e tempo de internação. | 44 |
| Quadro 3 – Respectivos dia de internação, situação e sua duração para Mp1 e Bp1 | 71 |
| Quadro 4 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1 na situação de Amamentação no 4º, 7º, 9º, 13º, 14º, 18º dias de internação | 72 |
| Quadro 5 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1 na situação de Troca de fralda no 5º, 8º, 11º, 13º, 16º dias de internação..... | 74 |
| Quadro 6 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1 na situação de Banho no 5º e 12º dias de internação..... | 76 |
| Quadro 7 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1 na situação de Interação Livre no 10º dia de internação | 78 |
| Quadro 8 – Respectivos dia de internação, situação e sua duração para Mp2 e Bp2 | 79 |
| Quadro 9 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp2 na situação de Troca de fralda no 14º dia de internação | 79 |
| Quadro 10 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp2 na situação de Interação Livre no 1º dia de internação..... | 80 |
| Quadro 11 – Respectivos dia de internação, situação e sua duração para Mp3 e Bp3 | 82 |
| Quadro 12 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp3 na situação de Amamentação no 1º, 2º, 3º e 4º dias de internação..... | 82 |
| Quadro 13 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp3 na situação de Troca de Fralda no 2º e 3º dias de internação | 84 |
| Quadro 14 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp3 na situação de Banho no 2º e 3º dias de internação..... | 85 |
| Quadro 15 – Respectivos dia de internação, situação e sua duração para Mp4 e Bp4 | 86 |
| Quadro 16 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp4 na situação de Amamentação no 4º, 8º, 10º e 11º dias de internação..... | 86 |
| Quadro 17 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp4 na situação de Troca de Fralda no 3º, 7º e 9º dias de internação | 88 |
| Quadro 18 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp4 na situação de Interação Livre no 10º dia de internação | 89 |
| Quadro 19 – Respectivos dia de internação, situação e sua duração para Mp5 e Bp5 | 91 |

| | |
|---|-----|
| Quadro 20 - Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp5 na situação de Amamentação no 6º, 8º, 10º, 12º,13º e 18º dias de internação..... | 92 |
| Quadro 21 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp5 na situação de Troca de Fralda no 9º e 11º dias de internação | 93 |
| Quadro 22 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp5 na situação de Interação Livre no 3º, 4º, 5º, 15º, 17º e 19º dias de internação..... | 94 |
| Quadro 23 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1, Mp3, Mp4 e Mp5 na situação de Amamentação..... | 96 |
| Quadro 24 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1, Mp2, Mp3, Mp4 e Mp5 na situação de Troca de Fralda | 98 |
| Quadro 25 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1 e Mp3 na situação de Banho ao longo da internação | 100 |
| Quadro 26 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1, Mp2, Mp4 e Mp5 na situação de Interação Livre | 102 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| AC | Alojamento Conjunto |
| AM | Aleitamento materno |
| AME | Aleitamento materno exclusivo |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IG | Idade Gestacional |
| NANDA | North American Nursing Diagnosis Association |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PIG | Pequeno para a Idade Gestacional |
| PPGTO | Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional |
| RN | Recém-nascido |
| RNPT | Recém-nascido pré-termo |
| SNN | Sucção não nutritiva |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFSCar | Universidade Federal de São Carlos |
| UTIN | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 1.1 Puérperas primíparas e o filho prematuro | 18 |
| 1.2 Interação mãe-bebê de risco em contexto de internação hospitalar | 21 |
| 2 OBJETIVOS..... | 31 |
| 2.1 Objetivos específicos..... | 31 |
| 3 MÉTODO | 32 |
| 3.1 Delineamento do estudo | 32 |
| 3.2 Considerações éticas | 32 |
| 3.3 Participantes da pesquisa..... | 33 |
| 3.4 Critérios para seleção dos participantes | 33 |
| 3.4.1 Critérios de inclusão..... | 33 |
| 3.4.2 Critério de exclusão..... | 33 |
| 3.5 Local..... | 34 |
| 3.5.1 Rotina do Serviço | 34 |
| 3.6 Materiais e Equipamentos | 35 |
| 3.7 Instrumentos de coleta de dados | 35 |
| 3.7 Procedimentos..... | 36 |
| 3.7.1 Aplicação teste dos instrumentos e ambientação da pesquisadora ao ambiente hospitalar..... | 36 |
| 3.8.2 Coleta de dados | 37 |
| <i>Passo 1: Contato com os participantes.....</i> | <i>37</i> |
| <i>Passo 2: Preenchimento da Ficha de Identificação.....</i> | <i>37</i> |
| <i>Passo 3: Aplicação da Entrevista Semiestruturada com a mãe participante</i> | <i>38</i> |
| <i>Passo 4: Observação Indireta (filmagem)</i> | <i>38</i> |
| <i>Passo 5: Registros em Diário de Campo.</i> | <i>40</i> |

| | |
|---|-----|
| 3.8.3 Tratamento e análise dos dados..... | 41 |
| 4 RESULTADOS | 43 |
| 4.1 Contexto da Internação..... | 45 |
| 4.2 Categorias Temáticas | 52 |
| 4.2.1 Gestação e Parto: sensações, sentimentos e mudanças vivenciadas. | 52 |
| 4.2.2 Características físicas e comportamentais do bebê | 55 |
| 4.2.3 Interação inicial mãe-bebê..... | 56 |
| 4.2.4 Ambiente hospitalar e equipe: facilidades e interferências na interação mãe-bebê | 60 |
| 4.2.5 Dificuldades das mães | 63 |
| 4.2.6 Apoio emocional | 68 |
| 4.2.7 Preocupações e Expectativas | 68 |
| 4.3 Comportamentos maternos na interação com o bebê durante a internação..... | 69 |
| 5 DISCUSSÃO..... | 104 |
| 5.1 Vivências maternas frente à prematuridade durante a hospitalização..... | 107 |
| 5.2 Refletindo sobre a prática assistencial: aspectos institucionais a melhorar..... | 110 |
| 5.3 Comportamentos maternos durante a hospitalização do bebê..... | 112 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 115 |
| APÊNDICES..... | 131 |
| APÊNDICE I..... | 131 |
| APÊNDICE II..... | 133 |
| APÊNDICE III | 134 |
| APÊNDICE IV | 135 |
| APÊNDICE V | 136 |
| APÊNDICE VI..... | 137 |
| ANEXO..... | 138 |

APRESENTAÇÃO

O presente estudo teve o propósito de compreender como é estabelecida a interação mãe-bebê de risco no contexto de internação hospitalar. O percurso para a escolha do tema emergiu ainda no período de formação acadêmica em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, finalizada em 2013.

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - HUSM é um dos espaços no qual o curso de Terapia Ocupacional tem implantado seus serviços por meio do Projeto de Extensão financiado pelo Fundo de Incentivo à Extensão - FIEEX: “Implantação do serviço de Terapia Ocupacional nas Unidades de Tocoginecologia e Tratamento Intensivo-Neonatologia”. É nesse projeto que os graduandos, supervisionados por docente da disciplina, experienciam seus campos de atuação.

Assim, na graduação, em Santa Maria, vivenciei a Prática IV em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN. Nessa etapa, as acadêmicas atuavam com os acompanhantes e familiares com o objetivo de amenizar a vivência das mães em decorrência do parto prematuro e da necessidade de internação hospitalar. No decorrer dessa Prática, foi elaborado o projeto intitulado: Humanização da assistência do serviço hospitalar na UTIN.

Uma das ações realizadas na sala de descanso de pais e familiares da UTIN foi a confecção da “caixa dos desejos”, nas quais pais e familiares poderiam escrever seus desejos. As frases mais frequentes que apareciam eram “saúde para meu bebê e que logo receba alta” e “queria que os médicos conversassem mais com a gente”.

E assim, ao vivenciar essa realidade, percebi a importância do Terapeuta Ocupacional como facilitador e mediador das relações paciente-equipe, assim como na assistência oferecida em ambiente hospitalar. Identifiquei a problemática dos serviços de saúde em lidar com as mães/acompanhantes no enfrentamento da internação hospitalar nos primeiros dias de vida do bebê prematuro.

O Terapeuta Ocupacional avalia o cotidiano das puérperas realizando orientações e acolhimento. Mães de bebês prematuros hospitalizados necessitam de uma atenção especial por vivenciarem uma realidade inesperada e difícil de enfrentar, assim, surgem os grupos, como intervenção terapêutica. O propósito desses grupos é o de constituir um espaço que favoreça a exposição dos sentimentos, o diálogo, a orientação e informação quanto às condições de saúde da criança internada e às etapas subsequentes ao tratamento, oferecendo atividades expressivas, produtivas e de lazer/sociais. Além disso, a atuação do Terapeuta Ocupacional é a de fortalecer o vínculo mãe-bebê prematuro, minimizando os medos

decorrentes da condição do filho e pela permanência em ambiente hospitalar e da dificuldade em exercer seus papéis ocupacionais (SILVA; BALLARIN; OLIVEIRA, 2015; JOAQUIM; SILVESTRINI; MARINI, 2014).

Essa experiência reforçou para mim a necessidade de compreender como as interações mãe-bebê de risco são estabelecidas em ambiente hospitalar frente à separação precoce da mãe com seu filho, rotina do serviço hospitalar, as constantes manipulações e procedimentos dos profissionais, assim como me permitiu refletir sobre a possibilidade de humanização da assistência nesse contexto por meio de ações assistenciais da prática terapêutico-ocupacional.

Dessas inquietações e dos resultados de estudos acessíveis na literatura é que essa proposta foi construída. Pretendeu-se verificar a interação inicial mãe-bebê de risco e os fatores do ambiente, atitudinais e sociais que envolvem o contexto de internação.

No último período da graduação, decidi participar da seleção do Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar. Assim, pela vontade em aprofundar meus conhecimentos e práticas em relação à profissão e pela possibilidade de estar em contato com Terapeutas Ocupacionais referência no Brasil, segui adiante em minha decisão.

Minha caminhada no PPGTO até a concretização deste estudo permitiu vivências únicas e importantes para minha formação. Foi possível aprofundar meus conhecimentos acerca da prematuridade e vivenciar o contexto de hospitalização, percebendo as dificuldades e facilidades que o período de internação ocasiona.

Durante a minha trajetória, já em São Carlos/SP, o contato com as mães se tornou mais próximo ao acompanhar o Projeto de Extensão: Grupo de Mães de Neonatos Hospitalizados. O Grupo de Mães é uma atividade de extensão do Departamento de Terapia Ocupacional vinculada à Pró-Reitoria de Extensão da UFSCar. Oferecido às mães de bebês prematuros durante o período de hospitalização, os encontros aconteciam uma vez por semana com duração de cerca de três horas. Primeiramente, as mães são convidadas, no berçário, para a atividade da Terapia Ocupacional e, assim, durante esse momento é possível conversar com as puérperas, procurando conhecer o contexto em que elas estavam inseridas e a vivência do nascimento prematuro.

Assim, foi possível perceber o quanto algumas mães sentem-se fragilizadas nesse contexto, sentindo-se impotentes para exercer os cuidados ao bebê, sendo imprescindível o apoio da equipe em compreender o quanto é importante essa mãe desempenhar seu papel. Também, faz-se necessário considerar a interação mãe-filho na busca da compreensão do estabelecimento da relação no decorrer da internação do bebê prematuro.

Para isso, a presente pesquisa pretendeu contribuir para melhor compreensão do processo de interação estabelecida entre a mãe e seu filho em diferentes situações durante a hospitalização do recém-nascido prematuro.

1 INTRODUÇÃO

O conhecimento acerca das interações mãe-bebê em fases iniciais do desenvolvimento contribui significativamente para entender o processo de desenvolvimento humano. No período puerperal, após o nascimento do bebê, essa interação pode fragilizar-se quando a mãe gera um conceito de risco e necessita permanecer no ambiente hospitalar.

Para Flaking et al. (2006), o contexto hospitalar torna difícil o desenvolvimento do vínculo entre a mãe e o filho prematuro, pois essas puérperas demonstram grande dificuldade em se tornarem mães. Os autores supracitados ainda discutem que a hospitalização e a prematuridade do recém-nascido, muitas vezes, fazem com que a mãe não sinta a reciprocidade do bebê e encare o ambiente hospitalar como um lugar que não permite a privacidade entre ambos, principalmente no momento da amamentação. De acordo com o estudo de Engström e Lindberg (2013), a mãe apresenta dificuldades em relacionar-se com o bebê prematuro e garantir o apego e afeto essenciais à sobrevivência do recém-nascido.

Em comparação aos pais de recém-nascidos a termo, os de filhos prematuros, dependendo da condição clínica do bebê, não podem vivenciar de imediato a experiência de segurar o filho no colo e de cuidá-lo (FLACKING et al., 2012). A permanência hospitalar e a privação de contato aumentam o estresse materno, podendo afetar o vínculo entre pais-bebê. A mãe enfrenta frustrações e insegurança, necessitando superá-las para se relacionar afetivamente com o filho e esse contexto pode fragilizar o estabelecimento inicial entre mãe-bebê, demandando especial atenção da equipe hospitalar (PERGHER; CARDOSO; JACOB, 2014).

O parto prematuro pode ser considerado uma experiência traumática para a mãe, podendo influenciar negativamente o desenvolvimento da relação mãe-filho (PONTES; CANTILLINO, 2014).

De acordo com um estudo realizado com dez mães adolescentes, cujos recém-nascidos prematuros encontravam-se internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), que objetivou apreender sobre a percepção materna a respeito das consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo. As puérperas consideraram a prematuridade um problema grave que dificulta o estabelecimento do vínculo afetivo mãe/bebê. Foi identificado, também, que os profissionais de saúde necessitam estar sensibilizados para o acolhimento amoroso da criança prematura, favorecendo a formação do vínculo mãe-bebê (BARROSO; PONTES; ROLIM, 2015).

1.1 Puérperas primíparas e o filho prematuro

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha que se caracteriza como uma estratégia inovadora que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2012).

A Rede Cegonha está dividida em três fases – pré-natal, parto e nascimento, e pós-parto – e vem sendo implementada de forma gradativa, pretendendo abranger todo o território nacional até 2016. Essa política propõe que, caso o recém-nascido nasça sem intercorrências, ocorra o clampeamento tardio do cordão umbilical e o contato pele a pele com a mãe, além do estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida (BRASIL, 2012).

O período da gestação constitui-se como um momento composto por intensas mudanças em relação às expectativas de conceber uma criança, a mãe preocupa-se com que seu filho seja saudável e responda a um desenvolvimento esperado (FERRARI; PICCINI; LOPES, 2007). A interação mãe-bebê ocorre desde o período fetal, por meio do toque, da fala, do desejo, das carícias na barriga da mãe, das conversas com o bebê, do idealismo de um bebê imaginário. O desejo e a expectativa gerados durante toda a gestação envolvem o nascimento de um filho saudável que possa ser levado para casa (OLIVEIRA et.al., 2013). Anterior à concepção do filho, a mãe idealiza seu bebê, porém, no contexto de internação hospitalar a separação da díade mãe-bebê prematuro é inevitável.

Considera-se bebê prematuro aquele em que o nascimento acontece anteriormente há 37 semanas (259 dias) completas de gestação (WHO, 2013). O bebê prematuro pode ser classificado de acordo com a idade gestacional em prematuro extremo (< 28 semanas de gestação), muito prematuro (28 - <32 semanas de gestação) e prematuro moderado ou tardio (32 - <37 semanas completas de gestação) (BLENCOWE et al., 2012).

No mundo, cerca de 15 milhões de nascimentos prematuros ocorrem todos os anos. O Brasil encontra-se na décima posição entre os países que apresentam maiores índices de nascimento prematuro, correspondendo a 280 mil a cada ano (UNICEF, 2013).

Nesse sentido, atualmente, percebe-se uma melhora na assistência neonatal, na qual a mãe, o pai e a família são incentivados à efetiva participação e permanência durante o período de internação do bebê. Revela-se que o tratamento do recém-nascido está além da utilização de procedimentos e técnicas (BRASIL, 2011).

A distorção da imagem do “bebê ideal” afeta a interação precoce, pois é preciso aceitar

o “bebê real”, prematuro, devendo ocorrer uma rápida mudança relacionada à realização de ser mãe (BALDISSARELLA; AGLIO, 2009). Passando da gestação para o nascimento do filho, muitas mães vivenciam uma realidade não esperada, o nascimento de um bebê em situação de risco o qual necessita de atendimento especial por meio da internação hospitalar.

Depois de nove meses de espera, os primeiros minutos após o nascimento de um bebê são caracterizados como um “momento mágico”. Durante o parto e horas após, o corpo da mãe passa por mudanças surpreendentes. Dar à luz gera modificações na química do cérebro da mulher e aumenta seu desejo de nutrir. O contato ininterrupto entre mãe e bebê após o nascimento é essencial para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, sendo um momento conhecido como “gold hour” ou “hora de ouro” (SANFORD HEALTH, 2012).

Em seguida, o neurocientista Mark Johnson (2001) identificou a ocorrência do *imprinting*, ou seja, após ocorrer à exposição visual do recém-nascido a sua mãe, o bebê apresenta preferência pelo rosto materno. Durante esse período, o cérebro do recém-nascido sofre síntese proteica e mudanças na transmissão sináptica, intensificando essa primeira ligação mãe-bebê (DVOSKIN, 2007).

Os sentimentos e os desejos, no período de gestação e nas primeiras relações interacionais após o nascimento, são fundamentais para a repercussão da interação da díade mãe-bebê. Siqueira, Sigaud e Rezende (2002) indicam que, para que ocorra a identificação mútua entre a díade mãe-bebê, é imprescindível que a mãe permaneça com o filho o tempo que desejar. No entanto, essa continuidade é interrompida quando o filho é internado.

Quando mãe e o bebê ficam juntos, logo após o nascimento, ocorre o início do funcionamento sensorial, hormonal, fisiológico, imunológico e mecanismos de comportamento que colaboram com o vínculo mãe-bebê. Há vários fatores recíprocos que estão em jogo entre a díade nos primeiros três dias de vida do recém-nascido. Os que envolvem a relação mãe e bebê são: toque, olhos nos olhos, voz aguda, odor e calor (PEDRO, 1986).

Após o nascimento, o corpo e os seios da mãe assumem a função do ambiente interno - o útero e a placenta - fornecendo calor, proteção, nutrição e suporte para oxigenação ideal, além de uma proximidade contínua para o coração e para a voz da mãe. O contato pele a pele com a mãe é caracterizado como “habitat natural” do recém-nascido, trazendo inúmeros benefícios, com: melhora da estabilidade fisiológica da mãe e do bebê, influência benéfica no comportamento de apego materno, proteção contra os efeitos negativos da separação materno-infantil, apoio ao desenvolvimento do cérebro infantil e iniciação do primeiro aleitamento materno (PHILLIPS, 2013).

O puerpério é um período que apresenta sintomas ambivalentes para a mãe, como euforia e alívio, aumento da autoconfiança relacionado à vivência do parto e ao nascimento do filho saudável, desconforto físico associado ao tipo de parto, medo de não conseguir amamentar que pode gerar ansiedade quando o leite demora a aparecer, em exercer cuidados e respostas às necessidades do bebê e, por fim, não ser uma boa mãe (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

De acordo com Carvalho (2002), a palavra puerpério deriva do latim puer = criança e parere = parir. O puerpério é definido como ciclo gravídico-puerperal em que o organismo da mulher, após sofrer mudanças decorrentes da gravidez e do parto, retorna à situação do estado pré-gravídico. Esse período é dividido em três fases:

1. Puerpério imediato: do nascimento até o 10º dia;
2. Puerpério tardio: se estende do 11º ao 42º dia;
3. Puerpério remoto: segue do 43º dia até um ano (BRASIL, 2001).

Já o recém-nascido de risco é caracterizado como aquele que apresenta imaturidade funcional e necessita, logo após o nascimento, de um ambiente que seja capaz de suprir suas carências básicas e proteção (MARQUES et al., 2011). O bebê prematuro apresenta-se imaturo, desorganizado e desintegrado em diversas funções e sistemas do organismo que são importantes para o seu desenvolvimento (KLEIN; GASPARDO; LINHARES, 2011).

A situação de risco é uma condição delicada tanto para a mãe quanto para o bebê, os cuidados com a criança são modificados e há manipulação e procedimentos invasivos realizados pela equipe do hospital. A condição de hospitalização ocorre tão rapidamente que a reação da mãe diante da internação do filho é intensificada com a sensação de que foi incapaz de gerar um bebê saudável. De acordo com Araújo e Rodrigues (2010), no ambiente hospitalar, é comum a mãe sentir-se culpada por não saber cuidar de seu próprio filho, percebendo a enfermeira como figura materna indispensável.

Diante da situação de internação do filho, ocorre momentos de crise em que a mãe sente-se culpada por não ter sido capaz de levar a gravidez a termo ou também por acreditar ter feito algo de errado (FRAGA; PEDRO, 2004).

Mães primíparas vivenciam mudanças significativas em decorrência da maternidade do primeiro filho. Essa experiência exige adaptações, pois requer respostas cognitivas, emocionais e comportamentais que, habitualmente, não compõem o repertório comportamental da mulher (OLIVEIRA et al., 2005).

Percebe-se que, mesmo vivenciando um parto prematuro, a mãe mantém a esperança de que o filho nasça com boa vitalidade e possa permanecer com ela. No puerpério, a mãe

espera iniciar os processos interacionais e de comunicação com o bebê (VALANSI; MORSH, 2004).

Após o nascimento, as mães continuam a conhecer seus filhos por meio de uma relação incorporada, na qual aprendem a responder aos seus bebês por meio do toque, dos movimentos, dos olhares, dos gestos e da voz. As ações dialógicas entre a díade permitem à mãe conhecer a si mesma e o seu bebê (WYNN, 1996).

O apego é a formação de uma relação entre uma mãe e seu bebê por meio de um processo de interações físicas e emocionais (FRANKLIN, 2006). Orapiriyakul, Jirapaet e Rodcumdee (2007) referem que o processo de apego é complexo e influenciado por fatores ambientais, pelo estado de saúde da criança, pelo sofrimento emocional das mães e pela qualidade dos cuidados de enfermagem.

A North American Nursing Diagnosis Association – NANDA (2005) descrevem riscos que interferem negativamente no vínculo pais/filho, dentre eles o nascimento prematuro. Nesse mesmo contexto, dificuldades inerentes à definição do papel materno nos cuidados com o filho podem acentuar-se pelas falhas na relação com os profissionais de saúde, dificultando a relação inicial entre a díade (MENDES; GALDEANO, 2006; SOUZA et al., 2007).

O vínculo mãe-filho é estabelecido numa relação de afeto entre ambos que é ativa e recíproca. Na interação da díade, tanto o bebê quanto a mãe contribuem no estabelecimento da interação, na qual o comportamento de um é regulado pelo comportamento do outro. O primeiro período de reatividade ocorre nos primeiros trinta minutos até oito horas de vida do bebê que permanece em estado de alerta chorando vigorosamente e apresentando o reflexo de sucção. Os olhos do bebê estão abertos, sendo uma oportunidade para o contato visual entre mãe e filho, assim como o início do aleitamento materno. Após esse período, o recém-nascido entra em estado de sonolência, dificultando os primeiros momentos de interação da díade e o aprendizado da pega e seu desejo de sucção (WONG, 1999).

1.2 Interação mãe-bebê de risco em contexto de internação hospitalar

Um estudo de 2006, na Suécia, verificou, por meio de entrevista, como 25 mulheres experimentavam o “ser mãe” na internação hospitalar do bebê em uma Unidade Neonatal. Como resultado, evidenciou-se que a permanência do bebê no hospital traz dúvidas, incertezas e rupturas que podem interferir negativamente na relação mãe-bebê. Muitas vezes o funcionamento materno acaba sendo afetado pela constante intervenção de profissionais em

que a mãe sente-se impotente para exercer seu papel. Dessa forma, o cenário contextual necessita configurar-se com o intuito de criar condições para um vínculo mãe-bebê confiável e recíproco (FLACKING et al., 2006).

A separação entre mãe e filho ao nascer pode causar danos, pois a relação de ambos é abalada e comprometida. Os resultados encontrados em estudo de Eleutério et al. (2008) com nove mães que responderam a uma entrevista semiestruturada indicam que o contexto de internação do filho manifesta nas mães, sentimentos de insegurança e ansiedade em relação aos cuidados prestados ao bebê. Ainda, verificou-se nos relatos, principalmente no caso das primíparas, a insegurança em manusear seus bebês prematuros hospitalizados.

Os primeiros momentos entre mãe e filho são importantes e fundamentais para uma relação sadia entre ambos. Apesar da condição de internação, é preciso compreender que o bebê é um ser ativo na relação com o outro e que necessita dessa interação para situar-se no mundo (LOPES et al., 2011).

A atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal, já que é um período carregado de emoções intensas. A mãe vivencia sentimentos ambivalentes, sente desconforto, mas também apresenta-se preparada e desejando estar com o filho. A labilidade emocional é característica da primeira semana após o nascimento do filho, alternando a euforia com a depressão (MALDONADO, 1997). Quanto ao bebê, o contato pele a pele mãe-filho auxilia na estabilização da respiração e oxigenação do recém-nascido, aumenta os níveis de glicose (redução da hipoglicemia) no sangue do bebê, estabiliza a temperatura corporal do lactente, reduz os hormônios do estresse, regula a pressão arterial, diminui o choro e acalma o bebê no estado de alerta pós-parto (MOORE et al., 2012).

O manual intitulado *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de baixo peso* (BRASIL, 2013) apresenta cinco passos em direção à ligação afetiva em caso de nascimento pré-termo:

1. O relacionamento dos pais com seu bebê pré-termo apoia-se nos relatórios médico-laboratoriais;
2. Os pais sentem-se encorajados com o comportamento reflexo e automático que observam durante os cuidados médicos e de enfermagem;
3. Os movimentos mais responsivos do bebê são observados pelos pais, como virar-se na direção da voz de um profissional da Equipe de Saúde;
4. Os pais tentam interagir com seu bebê quando falam com o bebê e este se vira em direção a suas vozes ou quando o acariciam, percebendo que o bebê se acalma, o que costuma deixá-los felizes e capazes de interagir com ele;

5. O quinto e último estágio é aquele no qual os pais “ousam” realmente pegar seu bebê, segurá-lo, alimentá-lo etc. Assim, eles começam a ver que não “quebrarão” o bebê, que podem confortá-lo e tratá-lo como o bebê realmente é, uma pessoa.

Esses passos nem sempre são evidentes ao observador e às vezes se sobrepõem podendo durar minutos, horas ou alguns dias dependendo da experiência vivida, do estado do bebê, dos recursos internos dos pais, bem como do apoio da equipe de saúde. No mesmo manual, há itens que auxiliam as mães a formarem laços afetivos duradouros com seus bebês, facilitando os contatos iniciais: a mãe deve ver e tocar seu filho ainda na sala de parto, se possível; deve receber explicações sobre o lugar ao qual seu bebê será levado e sobre os cuidados que ele receberá; direito de ver o bebê logo que se sentir em condições. O manual ainda sugere que a mãe receba a visita de um profissional da Equipe de Saúde antes que veja o filho pela primeira vez e, se possível, que seja acompanhada nesse primeiro contato. Os profissionais devem apresentar o bebê aos pais e permitir que eles participem dos cuidados dispensados ao recém-nascido (BRASIL, 2013).

Sob o mesmo ponto de vista, Scarabel (2011) realizou um estudo com dez puérperas que passaram pelo parto prematuro, utilizando-se de entrevista semiestruturada e do grupo focal, com o objetivo de conhecer essa experiência durante a internação do filho. O estudo verificou que esse período é marcado por uma ambivalência de sentimentos sendo positivo o nascimento do bebê e a possibilidade de tocá-lo, no entanto, a permanência no hospital e o impedimento de levar o filho para casa são considerados vivências difíceis para a mãe.

Com o objetivo de compreender a experiência de pais de prematuros internados em UTIN, por meio de observação participante e entrevista com seis casais, foi identificado que o filho prematuro causa reações de choque à mãe, devido ao nascimento antecipado e, mais frequentemente, pelo aspecto frágil de um bebê diferente daquele idealizado durante a gestação. Esse contexto gera insegurança à família, especialmente à mãe (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005).

Com o objetivo de comparar a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão em mães de bebês prematuros e mães de bebês a termo, constatou-se em estudo, em que os sintomas clinicamente significativos no período pós-parto manifestados pelas mães de bebês prematuros são a ansiedade (75%) e a depressão (50%), demonstrando que a prematuridade tende a ter impacto negativo na saúde mental da mulher que vivencia a hospitalização do filho (FAVARO; PERES, 2012).

Simas, Souza e Scorsolini-Comin (2013), com o objetivo de compreender os sentidos sobre maternidade e as vivências da gravidez em gestantes primíparas e múltíparas,

evidenciaram que as primíparas demonstram maior ansiedade, pois passam a exercer o papel de mãe. Os autores supracitados também identificaram, por meio de entrevista, que a inexperiência trouxe insegurança no cuidado ao bebê.

Outros sentimentos manifestados são a tristeza e a culpa (SOUZA et al., 2009; ANJOS et al., 2012; ZAMANZAEH et al., 2013; CORREIA; CARVALHO; LINHARES, 2008; SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2013). Ao vivenciar a situação de prematuridade e hospitalização do filho, as mães transparecem sensação de impotência para desempenhar o papel materno (SOUZA et al., 2009; SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2013) e insegurança para exercer cuidados aos filhos (SOUZA et al., 2009).

As hospitalizações de bebês prematuros correspondem a um número significativo nas Unidades Neonatais. Há a existência do risco de adaptação à vida extrauterina desses recém-nascidos, pois apresentam imaturidade anátomo-fisiológica devido ao nascimento ter ocorrido antes do tempo previsto (VASCONCELOS; LEITE; SCOCHI, 2006). Para Ramona e Walker (2006), a hospitalização do lactente pode interromper o processo de ligação mãe-bebê e causar grande estresse para a família envolvida.

A internação hospitalar do recém-nascido promove uma inevitável separação mãe-filho, ocasionando sentimentos de luto para a mãe que pode vir a passar por um processo adaptativo até atingir uma condição de equilíbrio nesse contexto (SANTORO; SANTORO, 2002). Os resultados de um estudo realizado com nove mães de recém-nascidos pré-termo identificou que o impacto de um nascimento prematuro ocasiona sentimentos de medo, choque, tristeza e ansiedade relacionados à separação mãe-bebê (CAVACO, 2009), podendo dificultar a vinculação de ambos inicialmente.

O período de internação hospitalar da criança prematura e a submissão aos procedimentos médicos poderão influenciar negativamente as integrações sensoriais do bebê, podendo afetar o desenvolvimento do seu comportamento, inclusive a sua estruturação cognitiva (PADOVANI et al., 2004). A fim de explorar a experiência das mães em cuidar de um recém-nascido prematuro no domicílio e analisar as suas dificuldades nos cuidados materno-infantil após a alta hospitalar, um estudo que o tempo prolongado de hospitalização do RN interfere negativamente no desenvolvimento das habilidades da mãe na prestação dos cuidados com o filho prematuro e, conseqüentemente, na formação da relação mãe-bebê (SOUZA et al., 2010).

O parto prematuro aliado à separação da díade gera na puérpera uma situação conflitante, sentindo-se incapaz de compreender o que está acontecendo com ela e com o filho (BRUM; SHERMANN, 2004). Para Carvalho et al. (2009), os pais de recém-nascidos

hospitalizados vivenciam sensações de medo, angústia, ansiedade e solidão que se alternam com a esperança, a fé e a alegria. A necessidade de internação do bebê provoca uma ruptura repentina do filho idealizado pela mãe, provocando sentimentos de medo, de ansiedade, de culpa e de auto piedade (SANTOS; FARIA; VICENTE, 2007).

A necessidade de internação do recém-nascido prematuro é uma situação encarada normalmente pela equipe de enfermagem, mas para os pais e familiares é angustiante (SILVA et al., 2010). Por outro lado, a permanência da mãe na unidade hospitalar pode trazer benefícios, como o enfrentamento do desafio de conceber um bebê pequeno, a aproximação do filho, a diminuição da insegurança e a contribuição para uma recuperação mais rápida e eficaz do bebê (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

A relação entre a mãe e seu bebê nos primeiros dias é muito importante para uma futura relação sadia e harmônica (BRASIL, 2012). Hunt (2008) afirma que “o contato precoce entre crianças e mães é vital para iniciar a sua relação (HUNT, 2008, p. 48)” O processo interacional entre mãe e filho possibilita a construção do vínculo, favorecendo tranquilidade, satisfação, confiança e segurança materna, a partir do momento em que as puérperas observam e atendem seus bebês em suas necessidades (PASQUAL; BRACCIALLI; VOLPONI, 2010).

A interação deve ser vista como algo recíproco e benéfico para a díade, pois ambos são ativos nessa relação. Martins (2010) indica que durante o primeiro ano de vida o bebê demonstra ser capaz de organizar os seus comportamentos de vinculação, adaptando-se às condições que lhe são fornecidas e que assegure a sua sobrevivência.

A interação mãe-bebê, pensada no contexto de internação hospitalar vivenciado pela díade, pode sofrer interferências no seu estabelecimento. A internação ocasiona uma separação inevitável em que a mãe pode sentir-se incapaz de auxiliar nos cuidados do filho internado, podendo ocasionar prejuízos na formação e efetivação do apego. Essa ausência pode influenciar no prognóstico do recém-nascido, como também na conduta da mãe diante da internação (RAAD; CRUZ; NASCIMENTO, 2006).

Com o objetivo de identificar e analisar os sentimentos maternos expressos pelas mães durante o contato íntimo com os filhos logo após o parto, o estudo de Rosa et al. (2010) identificou que, ao receber os filhos no colo, a maioria das mulheres apresentavam-se preparadas e receptivas para iniciar o contato, uma vez que para as mães a dor decorrente do parto não era empecilho para o contato, sendo para algumas a superação das sensações dolorosas. Todas as participantes procuraram manter o contato visual com seus filhos, assim como a fala direcionada ao recém-nascido. No entanto, muitas vezes nesses momentos de

interação, há a separação da díade por necessidade de cuidados da equipe, podendo desencadear prejuízo ao início do apego, pois muitas mães aceitam a separação por não sentirem-se empoderadas para manifestar o desejo de ficar com o filho e pedir o adiamento dos cuidados ao recém-nascido, aceitando a rotina hospitalar sem reclamar.

No estudo de Castro et al. (2012), os autores descreveram a percepção de dez mães e equipe de enfermagem, por meio de entrevista semiestruturada, a respeito dos fatores facilitadores e dificultadores do vínculo mãe/recém-nascido sob a ótica da humanização da assistência à saúde. Como resultado, apresenta-se como os principais fatores dificultadores a gravidez na adolescência, abortos anteriores, prematuridade, interferência de outros familiares, depressão, ausência paterna e condições socioeconômicas desfavoráveis, sendo que os três últimos fatores foram os que mais predominaram nas falas. Em relação aos fatores facilitadores, o relato mais frequente entre as mães foi o contato físico precoce com o bebê.

Nos primeiros dias de vida, a aproximação mãe-bebê é essencial para a construção do cuidado materno, pois nesse período a puérpera fica extremamente sensibilizada aos sinais e manifestações do filho, buscando interpretá-los (PILOTTO; VARGENS; PROGIANTI, 2009).

Assim, nos estudos de Mendes e Galdeano (2006), que tinha por objetivo levantar os fatores de risco para o vínculo mãe/bebê prejudicado por meio de entrevista com 33 enfermeiros, verificou-se que o fator de risco relatado com mais frequência foi a falta de preparo emocional da mãe para lidar com o filho prematuro. Para esses profissionais, ao vivenciar a realidade da internação hospitalar percebe-se a intensificação dos aspectos emocionais do cuidador primário, a mãe, que acompanha o bebê durante o período de internação. Ainda, de acordo com os enfermeiros, foram identificados os seguintes fatores de risco para o vínculo mãe-bebê: ansiedade associada ao papel materno, doença materna e do recém-nascido, eventos estressores associados com o novo bebê, monitoração de cuidados intensivos e equipamentos, doença mental, abuso de substância e dificuldade de relacionamento, falta de privacidade, desapontamento com criança, restrição de visitas (bebê ou mãe internados), falta de conhecimento em relação aos cuidados, incapacidade dos pais de satisfazer as necessidades do recém-nascido, gravidez não planejada e deficiência física dos pais.

O estudo de Salgado, Niy e Diniz (2013), com o objetivo de descrever e analisar a experiência e os sentimentos de mulheres que relatam ter vivido uma cesárea indesejada que interferiu no primeiro contato com seus filhos recém-nascidos. Realizou-se entrevista com vinte mulheres e como resultado identificaram que o contato inicial, logo após o nascimento,

foi consentido como importante para as mulheres que puderam vivenciá-lo. As mães que não tiveram a oportunidade de ver seus filhos disseram que o primeiro contato pareceu “desajeitado”. É possível perceber o quanto o contato logo após o parto é benéfico para o estabelecimento da interação mãe-bebê.

O cuidado da mãe com o recém-nascido em ambiente hospitalar é importante para o desenvolvimento dele. Nos primeiros dias de vida, o estabelecimento do apego deve ser enfatizado por meio do contato físico pele a pele, contato visual e amamentação materna (CHAIBEN, 2012). Nesse sentido, autores referem ser importante que, logo após o parto, seja oferecido à mãe e ao bebê condições que contribuam para o estabelecimento ou continuidade do vínculo, como incentivar o contato físico entre o binômio mãe-bebê e a sucção precoce, o que, além de favorecer a contratilidade uterina, auxilia no processo de amamentação (LACAVAL; GOLDMAN; MATOS et al., 2010).

De acordo com o estudo realizado por Beck et al. (2012) com 34 díades, 18 internadas em alojamento conjunto e 16 internadas em unidades de cuidados intermediários/médios de um hospital público, buscou-se verificar a influência do ambiente hospitalar nos aspectos relacionados ao aleitamento materno e à comunicação na interação mãe/neonato durante a amamentação. No estudo, foram avaliados os seguintes aspectos: posição da mãe em relação ao neonato, pega, sucção, aspecto da mama, bico do seio, posição do neonato em relação à mãe e a comunicação mãe/neonato (verbal e não verbal). Na comparação entre as variáveis estudadas, houve diferença significativa para a posição da mãe em relação ao neonato e para as variáveis: mãe estimula e mãe vocaliza para o neonato com percentual favorável para a díade que se encontrava em alojamento conjunto. Assim, de acordo com esse estudo, a amamentação e a comunicação estabelecida entre mãe/bebê geram trocas interacionais, mas deve-se levar em consideração o ambiente em que a díade está inserida, pois no âmbito hospitalar essas interações podem sofrer mudanças e gerar um comportamento adaptativo.

A participação da mãe nos cuidados hospitalares é de extrema importância, pois auxilia na prevenção de efeitos traumáticos ocasionados pelo período de hospitalização do filho, tornando o ambiente hospitalar mais familiar e amenizando as sensações de estresse. Essa atuação colabora para a aquisição de habilidades da mãe nos cuidados do filho e, conseqüentemente, influencia positivamente a relação mãe-bebê (MOLINA; MARCON, 2009). De acordo com Spitz (2000), a existência da mãe, sua simples presença, age como um estímulo para as respostas do bebê, sua menor ação por mais insignificante que seja, mesmo quando não está relacionada com o bebê, age com estímulo.

Marinho e Santana (2013), por meio de entrevista semiestruturada, com o objetivo de

conhecer a percepção de médicas e enfermeiras neonatólogas acerca da presença da mãe na UTIN e analisar os fatores facilitadores e dificultadores das relações entre profissionais de saúde e as mães dos bebês internados, evidenciaram que, na opinião dos participantes, a presença dos pais é essencial para a formação do vínculo e que a participação da mãe nos cuidados ao recém-nascido favorece a aprendizagem, contribuindo para a redução do tempo de internação do bebê e permitindo a continuidade do cuidado em ambiente domiciliar. Além disso, as mães relacionam que o papel materno ativo, durante a internação do filho, colabora na percepção materna em relação a alguma piora no quadro clínico do bebê. A importância do trabalho multiprofissional foi ressaltada, além do reconhecimento dos aspectos emocionais das participantes e a interação com a família, proporcionando segurança, afetividade e atendimento qualificado.

Os autores Carmona et al. (2013) relacionam o vínculo e o desempenho do papel materno à oportunidade da mãe em cuidar do filho e em sentir conforto na situação de internação hospitalar. Os autores desenvolveram um estudo para identificar o conflito no desempenho desse papel, relacionando ao impacto da hospitalização do bebê e da crise ao processo de construção da identidade materna. As variáveis estudadas foram as dez características definidoras (CDs) do diagnóstico “conflito no desempenho do papel de mãe” proposto pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): ansiedade, distúrbio demonstrado nas rotinas de cuidado, mãe expressa preocupação a respeito de perda percebida de controle sobre as decisões relacionadas ao filho, medo, mãe expressa preocupação em relação à família e às mudanças no papel materno.

A mãe expressa sentimento de inadequação para atender às necessidades do filho, é relutante em participar de atividades usuais de cuidado, mesmo com encorajamento e apoio, verbalizando sentimento de culpa e de frustração. Nos resultados do estudo foi encontrado que a ansiedade afeta o desempenho dos cuidados maternos, uma vez que as mães sentem-se indefesas, com temor e desconforto. As mulheres que estiveram com seus filhos por períodos mais curtos, durante a internação, apresentaram maior número de CDs (CARMONA et al., 2013).

Além da ansiedade, outras características foram manifestadas na seguinte ordem: preocupação em relação às mudanças no papel materno, sentimentos de frustração, preocupação em relação à família, medo, sentimento de inadequação para entender as necessidades do filho, distúrbio demonstrado nas rotinas de cuidado, preocupação a respeito da perda percebida de controle sobre decisões relacionadas ao filho, sentimentos de culpa e relutância em participar de atividades usuais de cuidado mesmo com encorajamento e apoio

(CARMONA et al., 2013).

De acordo com o estudo de Scortegagna et al. (2005), as manifestações corporais, visuais, faciais e vocais são importantes no processo interativo mãe-bebê pré-termo e no desenvolvimento do vínculo afetivo em ambiente hospitalar.

No cotidiano hospitalar, na maioria das vezes, é a mãe que permanece junto ao filho durante o período de internação ou que o visita com maior frequência. Quando é possível intensificar o relacionamento com essas mães pode-se notar que elas sentem desejo de cuidar do filho nesse contexto, aumentando o vínculo mãe-filho e minimizando o sentimento de culpa que pode decorrer do adoecimento do bebê (MOLINA; MARCON, 2009).

Com o propósito de compreender o vínculo afetivo mãe-bebê, considerando a situação de prematuridade, um estudo realizado por Mancheti e Moreira (2015) com quatro mães e seus filhos internados na UTIN, por meio de entrevista semidirigida, concluiu que a prematuridade tende a interferir na construção do vínculo mãe-bebê, pois a hospitalização de um filho prematuro desorganiza a dinâmica familiar. O apoio da equipe multiprofissional parece fundamental e, por isso, deve-se investir no aperfeiçoamento de profissionais para o cuidado humanizado (MARCHETTI; MOREIRA, 2015).

A formação do vínculo entre a mãe e seu bebê prematuro é de extrema importância para o desenvolvimento futuro da criança. A literatura identifica o contato inicial mãe-bebê prematuro como fundamental para a melhoria clínica do recém-nascido, porém há uma carência de estudos que abordem esse período inicial de desenvolvimento. Também há pouca produção nacional relacionada à prematuridade tardia (PEDRON et al., 2013; MACHADO, PASSINI, ROSA, 2014).

Devido às peculiaridades da prematuridade, a puérpera enfrenta situações emocionais, como insegurança e medo do desconhecido, decorrente da fragilidade pós-parto e da concepção do filho antes do tempo previsto que precisa permanecer internado. Preocupando-se com os sentimentos e sensações que envolvem os primeiros contatos entre mãe e filho, o presente estudo procura compreender os processos interacionais presentes na díade mãe-bebê de risco no contexto de internação hospitalar nos primeiros dias de vida.

A hipótese inicial do estudo considerou que o contexto de internação hospitalar, devido à condição de risco do bebê, pode prejudicar o estabelecimento inicial da interação mãe-bebê. Assim, considerou-se que a permanência em ambiente hospitalar e a vivência da maternidade e da prematuridade do filho, provocariam efeitos nos primeiros contatos da díade, interferindo na construção do apego.

É esperado que os resultados desse estudo possam produzir reflexões e contribuir para

mudanças na assistência e cuidados prestados nesse contexto, favorecendo e fortalecendo as relações mães-bebês nos contatos iniciais e durante a internação do recém-nascido prematuro.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender os processos interacionais presentes na díade mãe-bebê de risco no contexto de internação hospitalar nos primeiros dias de vida.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os comportamentos maternos presentes na interação mãe-bebê internado em situações de cuidado e de interação livre;
- Identificar e descrever os fatores que podem interferir no estabelecimento da interação inicial durante o período de internação do bebê.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo, com abordagem quali-quantitativa.

O estudo exploratório tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, procurando torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GIL, 2010). Ainda, para Cervo, Bervian e Da Silva (2007) a pesquisa exploratória “é recomendada quando há pouco conhecimento sobre o problema a ser estudado” (CERVO; BERVIAN; da SILVA, 2007, p.61).

O estudo descritivo tem como objetivo conhecer a natureza do fenômeno estudado, a forma como é constituído, as características e processos que o compõem (MARCONI; LAKATOS, 2000). Além de expor as particularidades de determinada população ou determinado fenômeno (VERGARA, 2009).

Para esse estudo, propôs-se a abordagem qualitativa que considera a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, ou seja, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito sem a possibilidade de ser traduzido em números (SILVA; MENEZES, 2005). O pesquisador precisa estar envolvido com o objetivo da pesquisa, misturando-se com ele e identificando-se (TURATO, 2010).

Para Bardin (2009), os dados qualitativos elaboram deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de interferência precisa, sem a necessidade de interferências gerais.

Além disso, buscou-se, a partir de abordagem qualitativa, complementar e avançar na compreensão da interação mãe-bebê internado, focando os comportamentos que evidenciam esta interação.

3.2 Considerações Éticas

A pesquisa foi submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UFSCar) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) respeitando as questões éticas nos termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, posteriormente à autorização da instituição, local em que seriam coletados os dados, respeitando os trâmites legais estabelecidos por esses órgãos.

O presente estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética - número 961.270 de

09/02/2015 (Anexo I).

3.3 Participantes da pesquisa

O presente estudo foi realizado com cinco mães e seus bebês pré-termo internados em instituição hospitalar que oferece cuidados intermediários e sistema de alojamento conjunto. Para delimitar os participantes dessa pesquisa foram estabelecidos critérios de seleção.

3.4 Critérios para seleção dos participantes

Os critérios de inclusão e exclusão para este estudo foram:

3.4.1 Critérios de Inclusão

- Mães primíparas e seus bebês que após o nascimento necessitam de hospitalização;
- Mães com idade igual ou superior a 18 anos;
- Mães de bebês de até 37 semanas de idade gestacional;
- Mães e bebês em situação de internação ou alojamento conjunto;
- Mães e bebês que estejam nos primeiros dias de hospitalização pós-parto até a alta do bebê.

3.4.2 Critério de Exclusão

- Mães multíparas;
- Mães com idade inferior a 18 anos;
- Mães e seus bebês transferidos para cidade de origem;
- Mães que tenham dificuldades, relatadas ou observáveis em compreender os objetivos e procedimentos da pesquisa;
- Mães cujos bebês tenham, ao nascimento, diagnóstico de alterações neurológicas ou sindrômicas.

Das mães e recém-nascidos elegíveis (n=10), duas mães se recusaram a participar do estudo em função do registro da filmagem. Duas puérperas aceitaram, mas de um a dois dias após o início da pesquisa, receberam alta com os bebês e não foram incluídas no estudo. Uma

concordou em participar, mas no dia seguinte o recém-nascido foi encaminhado a UTIN. Assim, a amostra do presente estudo foi composta por cinco primíparas.

3.5 Local

O estudo foi desenvolvido em duas instituições hospitalares localizadas no interior do Estado de São Paulo que oferecem internação em alojamento conjunto e cuidado semi-intensivo (berçário de prematuros) para bebês de risco. Uma delas oferece serviço público e a outra oferece serviço privado.

Na instituição pública, o berçário para prematuros é composto por sete leitos e conta com duas técnicas de enfermagem. No alojamento conjunto duas a quatro mães poderiam ocupar o mesmo quarto com seus bebês. No período de coleta de dados, essa instituição adotou o sistema de visita ampliada, o qual permitia às puérperas receberem familiares durante todo dia.

Já na instituição privada, há 12 leitos, cada puérpera ficava com o seu bebê no quarto, sendo que o companheiro poderia acompanhá-los durante a internação, havendo horário reduzido para visita de familiares. Duas enfermeiras são responsáveis pelo turno.

3.5.1 Rotina do Serviço

As situações elencadas para este estudo foram: amamentação, troca de fralda, banho e interação livre.

Na instituição pública, a situação de amamentação era realizada pela puérpera em espaço reservado no berçário em uma poltrona localizada ao lado do berço/incubadora do bebê de 3 em 3 horas. No alojamento conjunto coletivo ou em individual, a amamentação ocorria no quarto, portanto com a presença de outras puérperas, a amamentação era realizada na cama do hospital ou em poltrona.

A situação de troca de fralda, em alojamento conjunto e em berçário, era realizada pela mãe quando necessário a higienização do bebê. Após a alta da puérpera, nas visitas ao berçário esse cuidado era realizado na maioria das vezes pelo profissional da equipe.

A situação de banho, em alojamento conjunto, era realizada pela puérpera no próprio quarto ou no banheiro, utilizando o berço do bebê como banheira. Esse cuidado era realizado no período da manhã ou no período da tarde. No berçário, o banho do recém-nascido era

realizado pela equipe.

Na instituição privada, o profissional de enfermagem permanecia junto à puérpera durante a situação de amamentação, orientando-a quanto ao posicionamento da díade, a pega do bebê e a ordenha mamária. A amamentação era realizada a cada 3 horas seguindo regra do serviço.

A situação de troca de fralda era realizada pela mãe no leito hospitalar quando necessária a higienização do bebê.

A situação de banho era realizada pela equipe no próprio quarto, utilizando o berço do bebê como banheira. Esse cuidado era realizado no período da manhã.

3.6 Materiais e Equipamentos

Os materiais e equipamentos utilizados para a análise das filmagens foram:

- Câmera digital Sony;
- Gravador mp3.

3.7 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos de investigação utilizados para a coleta de dados foram: Ficha de Identificação (Apêndice IV), a qual pretendeu identificar dados gerais sócio demográficos da puérpera e do bebê; Entrevista semiestruturada (Apêndice V) com o propósito de averiguar, na perspectiva da mãe, aspectos da interação mãe-bebê e o nascimento de risco; Protocolo de registro das filmagens (Apêndice VI) e Comportamentos Maternos de Interação (Apêndice VII) dos momentos de interação e cuidado entre mãe e bebê e Diário de Campo.

Ficha de Identificação: Esse instrumento continha informações sócio demográficas da puérpera, como idade, escolaridade, ocupação, renda familiar etc. Também foi composta por dados clínicos do bebê prematuro (ex: APGAR, idade gestacional, peso ao nascimento) e da mãe (ex: número de consultas do pré-natal etc).

Entrevista Semiestruturada: A entrevista visou investigar as temáticas: a vivência da gestação, do parto e do pós-parto, compondo, por exemplo, a experiência do parto, o primeiro

contato mãe-bebê, a percepção materna sobre a reciprocidade do recém-nascido, as expectativas futuras.

A entrevista semiestruturada obedeceu a um roteiro de caráter aberto, isto é, o entrevistado responde às perguntas dentro de sua concepção (MINAYO, 2010; MAY, 2004). O instrumento de investigação semiestruturado é um dos principais meios que o investigador possui para realização da coleta de dados. Em geral, parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, para posterior interrogações que levam a novas hipóteses (TRIVIÑOS, 2008).

Diante disso, a entrevista semiestruturada foi elaborada pela pesquisadora com a finalidade de obter informações que abordavam, de forma mais detalhada, os seguintes aspectos: a gestação; o atendimento no parto e pós-parto; a vivência da mãe em relação à condição de risco do filho prematuro; a permanência no hospital; a relação entre mãe e seu bebê em ambiente hospitalar; os cuidados realizados ao bebê; o serviço oferecido pela equipe, as expectativas futuras, entre outros.

Diário de Campo: Nesse instrumento foram realizados registros e apontamentos acerca de sentimentos, sensações, relatos e expressões da mãe emergentes nos encontros e as percepções da pesquisadora relacionadas à vivência materna diante do contexto de prematuridade e internação hospitalar.

3.8 Procedimentos

3.8.1 Aplicação teste dos instrumentos e ambientação da pesquisadora ao ambiente hospitalar

A aplicação teste foi realizada com a participação de quatro mães em uma das instituições que compõe o estudo. Utilizaram-se os mesmos critérios de inclusão/exclusão propostos para avaliar a adequação de dois instrumentos da coleta de dados, a ficha de identificação e o roteiro de entrevista semiestruturada. Após a aplicação teste, houve ajustes nas questões e, conjuntamente, a pesquisadora teve a oportunidade de ambientar-se ao local de coleta de dados, como também familiarizar-se à realidade das mães inseridas nesse contexto e que vivenciam o parto prematuro.

3.8.2 Coleta de dados

A coleta de dados realizou-se no período de março a julho de 2015. Na segunda instituição a pesquisa iniciou em maio. A coleta de dados foi realizada conforme disponibilidade da mãe participante. A pesquisadora acompanhou cada díade (mãe-bebê) durante o período de internação do RN, de segunda-feira a sábado, no período da manhã ou da tarde, durante quatro horas diárias. O tempo de internação foi registrado em número de dias até a alta do bebê.

A coleta de dados ocorreu em 5 passos distintos:

Passo 1: Contato com os participantes

A fim de localizar as participantes foram adotados os seguintes procedimentos:

- Contatos com duas Instituições localizadas no interior do Estado de São Paulo

A entrada em campo foi precedida por contato com a diretoria ou chefia imediata das instituições, explicitando os objetivos do estudo e a presença diária da pesquisadora no berçário ou alojamento conjunto. O projeto do presente estudo foi analisado pela comissão de ética médica de cada instituição, não havendo impedimento ético à sua execução.

Em seguida, a diretoria das duas instituições, já cientes da decisão, autorizaram a realização de todas as etapas da investigação nas duas instituições. Assim, eram identificadas, diariamente, junto a essas chefias, as mães submetidas ao parto prematuro recente e que atendessem aos critérios de inclusão.

- Pedido de consentimento (Apêndice I) e autorização para realização da pesquisa (Apêndice II) e autorização para filmagens e gravações (Apêndice III)

Seguindo os aspectos éticos, a pesquisadora dirigia-se à mãe explicando em linguagem de fácil compreensão os propósitos da pesquisa e a garantia do anonimato, os benefícios e riscos da participação e a possibilidade de interrupção em qualquer momento. Com anuência da participante, era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e de autorização para filmagens e gravações, dando início à coleta.

Passo 2: Preenchimento da Ficha de Identificação

O primeiro contato com a primípara foi realizado nas primeiras 24 horas após o parto. A Ficha de Identificação (Apêndice IV) era preenchida com o propósito de caracterizar a díade mãe-bebê, podendo ser iniciada no primeiro contato com a mãe participante ou um dia

após, respeitando a condição da mãe e a rotina do hospital.

- Coleta de dados do prontuário

A coleta de dados do prontuário foi realizada nas próprias instituições e as informações referentes ao preenchimento de alguns itens da Ficha de Identificação eram anotadas pela pesquisadora com o auxílio de papel e caneta. Do prontuário médico, disponível no berçário, obtiveram-se dados do bebê, como valor do APGAR, peso ao nascimento e idade gestacional e em relação à puérpera, o número de consultas pré-natais.

Passo 3: Aplicação da Entrevista Semiestruturada com a mãe participante

Após a Ficha de Identificação, respeitando a rotina do hospital e a condição da puérpera, foi realizada a entrevista semiestruturada (Apêndice III). Inicialmente a pesquisadora explicava à participante o objetivo da entrevista e com o auxílio de uma cópia do roteiro de entrevista dava-se início às questões norteadoras, de modo que as participantes pudessem discorrer livremente sobre os temas.

Para o preenchimento da Ficha de Identificação e para a aplicação da entrevista era priorizada a privacidade da puérpera, utilizando-se uma sala reservada. As entrevistas foram individuais e ocorreram em horário previamente combinado com a pesquisadora.

As entrevistas eram realizadas com o auxílio de um gravador mp3 e transcritas na íntegra em arquivos de documentos no computador. Houve variações nesse instrumento, pois em alguns casos a mãe participante discorria sobre o tema completando outras questões que viriam posteriormente, enquanto em outros casos, limitava-se a poucas palavras, sendo necessário que a pesquisadora incentivasse a conversa.

Passo 4: Observação Indireta (filmagem)

a) Situação de Observação

A mãe foi instruída a manter a sua rotina diária e ignorar, na medida do possível, a presença da observadora. A duração variou de acordo com a atividade desempenhada pela mãe e só era iniciada em torno de 10 minutos após a familiarização com a pesquisadora.

A literatura indica que a permanência da pesquisadora e o uso da filmagem, durante a realidade vivenciada pela mãe de um bebê prematuro nos primeiros dias pós-parto, exigem cuidados. Anterior às gravações, deve-se dispensar minutos com a mãe, intensificando a relação entre a participante e a pesquisadora, para que a presença dessa não interfira nas condutas exercidas pelas mães com seus bebês. Ainda, é recomendado que antes de iniciar a

filmagem, o operador da câmera permaneça no mínimo dez minutos no ambiente para que os sujeitos acostumem-se com o observador ou com as câmeras e apresentem seu comportamento usual (HEACOCK; SOUDER; CHASTAIN, 1996). Tais induções foram adotadas no presente estudo.

A utilização da filmagem se deu ao longo do período de internação do bebê. Foi desconsiderado o primeiro minuto da filmagem por ser um período inicial de adaptação ao contexto de filmagem.

A pesquisadora filmou os momentos de cuidado desempenhados pelas mães (troca de fraldas, amamentação, banho) e também a interação livre, em uma posição que registrasse o rosto da mãe e do bebê durante a situação.

As filmagens foram realizadas com o auxílio de uma câmera digital Sony, sendo que a pesquisadora posicionava-se com a câmera numa distância aproximada de 1,5 metros dos participantes em um ângulo no qual era possível visualizar nitidamente o rosto da mãe e do bebê, facilitando a identificação de expressões faciais e corporais estabelecidas por ambos, embora o foco do estudo fosse a mãe. Era utilizado o *zoom* quando necessário, buscando não interferir nos momentos de contato entre a díade.

Considerou-se como interação livre o momento entre a mãe e o bebê sem que a mesma desempenhasse os cuidados citados: amamentação, troca de fralda e banho, podendo ser considerado como um momento único entre os dois.

Nos casos em que somente a mãe recebia alta, era combinado com a pesquisadora o horário em que a puérpera estaria com o bebê para a continuidade do acompanhamento durante a internação.

b) Tempo

As filmagens não tinham duração pré-estabelecida, uma vez que estavam condicionadas a duração da situação objeto do pesquisador (amamentação, troca de fralda, banho ou interação livre). Outro critério utilizado para finalizar as filmagens era a decisão da puérpera.

c) Definição dos Comportamentos maternos

Optou-se por identificar os comportamentos maternos em cada situação registrada para cada mãe participante. As filmagens foram assistidas diversas vezes, a fim de identificar os comportamentos maternos presentes em situação de interação e cuidados durante a internação do bebê.

Os comportamentos identificados estão descritos a seguir:

1. **Olhar para o bebê:** mãe dirige o olhar para o rosto do bebê, permanece por um tempo sem desviar o olhar;
2. **Posicionar-se face a face ao bebê:** mãe posiciona-se corporalmente (em direção/em frente) ao bebê face a face, no mesmo plano visual;
3. **Observar o bebê na incubadora:** mãe posiciona-se (sentada ou em pé) no plano visual do bebê, observando-o sem desviar o olhar;
4. **Falar com o bebê:** mãe vocaliza falando com o bebê ou emitindo sons (elogiando o bebê, chamando o bebê pelo nome ou de maneira carinhosa, vocaliza chamando a atenção do bebê, exemplo: “psiu”);
5. **Falar pelo bebê:** mãe vocaliza mudando o tom da voz, colocando-se no lugar do bebê, como se fosse o próprio bebê, dando significados ao comportamento ou sinais do bebê (exemplo: eu sou muito bravo);
6. **Falar sobre o bebê:** mãe menciona características do bebê físicas, como cor dos olhos, volume do cabelo, tamanho e de personalidade;
7. **Sorrir para o bebê:** mãe sorri para o bebê demonstrando sentimentos de alegria, satisfação e admiração;
8. **Embalar o bebê:** mãe, em pé ou sentada, segura o bebê no colo com as mãos e o balança realizando movimentos para os lados no sentido horizontal.
9. **Beijar o bebê:** mãe toca o bebê com os lábios rapidamente.
10. **Acariciar o bebê:** mãe acaricia o bebê com a palma ou o dorso da mão, com a ponta dos dedos, no cabelo, na mão do bebê. Mãe desliza a(s) mão (s) no corpo do bebê;
11. **Tocar o bebê:** mãe realiza toques sutis em alguma parte do rosto (nariz, bochecha) ou do corpo ;
12. **Cheirar o bebê:** mãe aproxima o nariz rapidamente no rosto ou pescoço do bebê e inspira;
13. **Assoprar o cabelo do bebê:** mãe aproxima os lábios em direção ao cabelo do dirigindo sopro nessa região;
14. **Imitar o bebê:** mãe repete sons emitidos pelo bebê.

Passo 5: Registros em Diário de Campo

O Diário de Campo foi utilizado como auxílio para registros diários de conversas

informais, comportamentos, expressões e gestos relevantes ao estudo (MINAYO, 2010). Foi possível realizar imersão no ambiente hospitalar, descrevendo o ambiente físico e a dinâmica das relações da equipe com os usuários do serviço, bem como os aspectos da interação da díade, os sentimentos manifestos das mães e das percepções da pesquisadora.

Os registros das informações obtidas por meio de observação direta, bem como os sentimentos e impressões da pesquisadora frente aos acontecimentos durante a internação do bebê foram registrados em um caderno, representando o diário de campo. As anotações iniciaram-se imediatamente após os encontros com a díade, buscando descrever detalhadamente os diálogos das pessoas envolvidas e com a pesquisadora, assim como as reações e falas das mães participantes. Nesse diário, o pesquisador “escreve tudo o que ele tem vontade de anotar no fervilhar da ação” (BARBIER, 2004, p. 138). Geertz (2011) afirma:

O que chamamos de nossos dados são realmente nossa própria construção das construções de outras pessoas, do que elas e seus compatriotas se propõem – a maior parte do que precisamos para compreender um acontecimento particular, um ritual, um costume, uma ideia, ou o que quer que seja, está insinuado como informações de fundo antes da coisa em si mesma ser examinada diretamente (GEERTZ, 2011, p. 7).

3.8.3 Tratamento e Análise dos dados

Os instrumentos utilizados, ficha de identificação, entrevista semiestruturada, observação direta e indireta (filmagem) e diário de campo, geraram uma significativa quantidade de informações

Os passos para a análise do material foram:

1) Organização e análise dos dados obtidos por meio da Ficha de Identificação

A ficha de identificação foi preenchida pela pesquisadora em um papel, baseada em informações da puérpera e consulta ao prontuário médico da mãe participante e do recém-nascido. Após o registro completo, as informações eram passadas a um documento do computador para organização dos dados, facilitando a construção de um gráfico com o propósito de caracterizar os participantes, mãe e bebê.

2) Organização e análise dos dados obtidos por meio das entrevistas

Os dados das entrevistas, registradas em gravador mp3, foram transcritos na íntegra a partir do pressuposto da análise de conteúdo, modalidade temática que, de acordo com Minayo (2010), visa descrever ações interpretando o sentido do que foi dito.

- a) Leitura do material transcrito;
- b) Definição das Categorias Temáticas;

Realizou-se a organização das entrevistas de cada participante em quadros compostos por duas colunas, uma destinada às questões norteadoras realizadas pela pesquisadora e outra às respostas dadas pela mãe participante, Após a releitura exaustiva e repetida das entrevistas, essas eram destacadas, com caneta marca-texto, falas semelhantes e falas que divergiam, facilitando a identificação de categorias temáticas.

3) Organização e análise dos dados obtidos por meio da filmagem

As informações obtidas pela filmagem foram transcritas de forma literal. Nesse processo, que contribuiu para a definição das categorias de análises (comportamentos), foram registradas as ocorrências dos comportamentos maternos, a duração das situações de cuidado e de interação livre durante o período de internação.

Foram construídos quadros correspondentes às situações de cuidado (amamentação, troca de fralda, banho) e interação livre, identificando a ocorrência dos comportamentos maternos presentes ao longo do período de internação para cada mãe participante e a síntese total dos comportamentos ao longo do período de internação para cada situação.

Fidedignidade dos Registros

Foram arbitrariamente utilizadas quatorze observações e calculados os índices de fidedignidade por situação.

Em termos de confiabilidade e fidedignidade dos dados registrados na filmagem, uma amostra foi encaminhada a dois avaliadores independentes, junto com a descrição dos comportamentos maternos, encontrando-se concordância de 0,93% e 100% de concordância, portanto, excelente, uma vez que houve $CCI > 0,90$ na identificação desses comportamentos (IUNES et al., 2005).

4 RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa foram organizados de forma a facilitar o entendimento do objeto da pesquisa, para isso, o texto foi organizado em 04 títulos de interesse, a saber:

4.1 Caracterização os participantes do estudo

Para a apresentação dos resultados, a identificação dos participantes será preservada, assim serão apresentados por meio de letras e números, como Mp1, Bp1.

Com base nos resultados coletados por meio da ficha de identificação, buscou-se caracterizar os dados pessoais das mães entrevistadas. Esses estão organizados sob a forma de quadro para facilitar a visualização das informações.

O Quadro 1, a seguir, apresenta os dados referentes à idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, tipo de parto, pré-natal e tempo de internação das participantes do estudo Mp1, Mp2, Mp3, Mp4 e Mp5.

Quadro 1 – Caracterização das mães primíparas em relação à idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, tipo de parto, pré-natal, tempo de internação e local de internação

| Participantes | Mp1 | Mp2 | Mp3 | Mp4 | Mp5 |
|--|---|---|--|--|---------------|
| Idade | 21 | 31 | 26 | 36 | 21 |
| Escolaridade | Médio | Superior incompleto | Superior completo | Médio | Médio |
| Ocupação | Sem ocupação atual | Estudante | Monitora de creche | Operadora de caixa | Atendente |
| Situação conjugal | União estável | Casada | Casada | Casada | União estável |
| Tipo de parto | Cesárea | Cesárea | Cesárea | Cesárea | Normal |
| Pré-natal (número de consultas) | Sim (5) | Sim (7) | Sim (12) | Sim (8) | Sim (9) |
| Tempo de internação (dias) | 7 | 6 | 2 | 8 | 3 |
| Local de internação | Alojamento conjunto coletivo/ individual e berçário | Alojamento conjunto coletivo/ individual e berçário | Alojamento conjunto em quarto individual | Alojamento conjunto em quarto individual | Berçário |

Mp = mãe participante

Verificou-se que as mães participantes apresentaram idade entre 21 e 36 anos, com média de 28,5 anos. Todas têm ensino médio completo, sendo que uma possui ensino superior completo (Mp3) e outra superior incompleto (Mp2). Sobre o estado civil, as cinco mães declaram relacionamento estável. Exceto uma das mães que compõe a díade, submetida ao parto normal (Mp5), as demais participantes foram submetidas a parto cesárea.

Todas as puérperas realizaram o pré-natal, o número de consultas variou entre cinco e doze. O Ministério da Saúde (2012) preconiza, no mínimo, seis consultas pré-natais, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. De acordo com Zampieri e Erdmann (2010), o pré-natal é considerado o primeiro passo para o nascimento saudável e é fundamental para diminuição da morbimortalidade materna e fetal. Os autores supracitados afirmam que as consultas na atenção básica brasileira são, em sua maioria, rotineiras, técnicas e rápidas, seguindo protocolos institucionais que priorizam medidas e aferições. Quanto ao tempo de internação, o período variou entre 2 a 8 dias.

Dos bebês recém-nascidos das participantes, considerou-se importante conhecer suas características relacionadas às condições clínicas ao nascimento, uma vez que poderiam influenciar no período de internação hospitalar.

O Quadro 2, a seguir, apresenta os dados referentes ao sexo, idade gestacional, peso ao nascimento, APGAR, tempo de internação em relação aos participantes do estudo: Bp1, Bp2, Bp3, Bp4 e Bp5.

Quadro 2 – Caracterização dos bebês prematuros em relação ao sexo, idade gestacional, peso ao nascimento, APGAR e tempo de internação.

| Participantes | Bp1 | Bp2 | Bp3 | Bp4 | Bp5 |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Sexo | M | F | F | M | F |
| Idade Gestacional (semanas) | 37 | 36 | 34 | 35 | 34 |
| Peso ao nascimento (gramas) | 2.180 | 1.740 | 2.390 | 1.960 | 1.760 |
| APGAR (1º e 5º minutos) | 9,10 | 9,10 | 9,9 | 6,9 | 4,8 |
| Tempo de internação | 19 | 15 | 4 | 10 | 20 |

| | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|
| (dias) | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|

B= bebê, F= feminino, M= masculino.

Bp = bebê participante

Os bebês prematuros, participantes deste estudo, nasceram com idade gestacional entre 34 e 37 semanas. Desses, três eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. O peso de nascimento variou de 1.740g a 2.390g. O período de internação esteve entre 4 a 20 dias. De acordo com o Manual Seguimento Ambulatorial do prematuro de risco da Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), quanto menor o peso e a idade gestacional ao nascer, maior será o tempo para que os bebês atinjam competências fisiológicas consideradas essenciais para a alta do prematuro – alimentação exclusiva por via oral, capacidade de manter a temperatura corporal normal e função cardiorrespiratória estável e fisiologicamente madura (SBP, 2012).

Quatro bebês (Bp2, Bp3, Bp4 e Bp5) apresentaram idade gestacional menor que 37 semanas, portanto, são prematuros tardios e um (Bp1) apresenta idade gestacional de 37 semanas, sendo caracterizado como prematuro limítrofe. Três deles (Bp2, Bp4 e Bp5) tinham menos de 2000 gramas, portanto considerados de baixo peso e um deles (Bp5) com APGAR menor que 5 no primeiro minuto.

Oliveira et al. (2012) considera que o período de internação do bebê prematuro estaria relacionado aos escores de APGAR, peso ao nascer e a idade gestacional que se associam ao bem-estar, tamanho e maturidade do recém-nascido. No entanto, os dados encontrados no presente estudo mostram que independente disso, Bp1 permaneceu internado por tempo considerado em virtude de uma infecção.

4.2 Contexto da Internação

Os dados obtidos de cada díade por meio do acompanhamento da internação, do nascimento a alta hospitalar estão descritos a seguir. As informações foram registradas em Diário de Campo. Das cinco participantes, duas delas, Mp3 e Mp5, são mães de gemelares, sendo que apenas um dos bebês de cada participante foi incluído na pesquisa por escolha da própria mãe, Mp3, que preferiu ser acompanhada em alojamento conjunto com um dos bebês não aceitando a filmagem com o gemelar que estava no Berçário de Prematuros, como também pelo fato da necessidade do bebê receber cuidados na UTIN, no caso de Mp5.

Mp1 e Bp1

Mãe de um recém-nascido de 37 semanas de idade gestacional. O motivo do nascimento prematuro foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A participante não esperava ter que permanecer no hospital, mas dizia compreender que era necessário e que o filho deveria receber todos os cuidados possíveis, só então os dois iriam para casa juntos.

Mp1 não teve contato com Bp1 logo ao nascimento, pois ele necessitou de cuidados do berçário, o que impediu que houvesse o contato inicial entre mãe e bebê. No dia seguinte ao parto, pela manhã, o bebê foi levado para o quarto ficando com a mãe em alojamento conjunto.

A internação total do Bp1 foi de 19 dias, sendo que em um período de cinco dias a mãe recebeu alta, mas permaneceu com o bebê em alojamento conjunto, já que a criança perdeu peso após o nascimento e necessitou permanecer no hospital. No final da internação (15º dia), o bebê teve que voltar ao berçário de prematuros em decorrência de uma infecção. Nesse dia, no momento em que a técnica de enfermagem dirigiu-se ao Bp1 para realizar o “Teste do Pezinho”, percebeu-se que não se importou com a aflição de Mp1 em vê-lo chorar. Mp1 convidou a pesquisadora para caminhar pela maternidade enquanto o filho passava pelo procedimento, a participante referiu não suportar o momento.

Após, o bebê retornou ao alojamento conjunto, em um quarto sozinho com a mãe, local em que ficaram dois dias até sua alta. Nos primeiros dez dias, Mp1 encontrava-se em um quarto com mais três puérperas e referiu que esse contexto lhe gerou estresse em razão da instituição adotar o sistema de visita ampliada, assim, as outras mães recebiam muitos parentes e amigos enquanto a participante deste estudo só recebia visita à noite, o marido, que levava o bebê para passear pelo hospital enquanto Mp1 descansava. O período noturno é referido pela puérpera como muito difícil por preocupar-se com Bp1 e estar atenta à respiração ou a qualquer movimentação estranha dele.

Mp1 foi ficando abatida por se despedir de uma rotatividade de mulheres que deixavam o quarto com seus bebês e ela e Bp1 permaneciam no hospital.

Em relação aos cuidados com o filho, inicialmente apresentou dificuldades na amamentação e no banho. Para exercer o cuidado da amamentação, Mp1 referiu não ter posicionado corretamente o bebê durante dois dias, então, em uma visita de rotina, a enfermeira que estava atendendo uma puérpera percebeu e corrigiu Mp1.

Os primeiros banhos foram dados pela equipe de enfermagem, depois a mãe pediu a uma prima que o realizasse, até que decidiu exercer o cuidado sozinha. A mãe referiu sentir medo de pegar o bebê dizendo que ele era muito pequeno e frágil, com a inexperiência de

uma mãe primípara, realizou a higiene somente na frente do bebê, não o virando para higienizar as costas dele.

Nesse sentido, percebe-se o quanto é preciso a ajuda, a colaboração e a orientação de um profissional nesses primeiros momentos. A enfermagem deve prestar uma assistência planejada, elaborando intervenções individualizadas às necessidades da puérpera, considerando o contexto em que está inserida. Sob a mesma perspectiva, devem enfatizar medidas que estimulem a construção do vínculo entre os pais e o recém-nascido prematuro, ainda na Unidade Neonatal, facilitado pela inserção materna aos cuidados do bebê (COUTO, PRAÇA, 2009; VIEIRA et al., 2010)

Mp2 e Bp2

Mãe de um recém-nascido de 36 semanas de idade gestacional que permaneceu no hospital por 15 dias. Mp2 recebeu alta no sexto dia pós-parto, o que dificultou a continuidade na pesquisa, já que não concordou com as filmagens no período em que visitava Bp2. Foi possível acompanhá-la durante os três primeiros dias por meio do registro da filmagem, os outros dias foram contatos sem esse instrumento e nos últimos dias de internação do bebê, em que ficou em alojamento conjunto com Bp2, Mp2 decidiu prosseguir com a pesquisa, permitindo o registro de algumas situações (troca de fralda e interação livre) e a observação direta da amamentação, isto é, sem o recurso da filmagem.

Para Mp2, receber alta antes do bebê foi “ótimo”, pois refere não ter o que fazer enquanto Bp2 está no berçário na incubadora. Sente-se bem em poder ficar em casa e saber que a bebê estaria segura com a equipe médica. Ordenhava o leite pela manhã e a noite Mp2 e o marido visitavam Bp2. Mp2 referiu à importância do companheiro nesses momentos, disse que ele sempre esteve presente durante a gestação e que se comunicava com Bp2 que, conforme relatos da participante, o bebê reconhece a voz do pai e fica atento.

Por solicitação médica, Mp2 retornou ao hospital no 13º dia de internação de Bp2, para então ficar com o bebê em um quarto para que se adaptasse fora da incubadora antes de receber alta. Esses dias foram referidos pela Mp2 como geradores de muita ansiedade para a puérpera que queria sair logo do hospital, mas preocupava-se com o aumento de peso de Bp2.

A pediatra sugeriu que a mãe insistisse na amamentação pelo peito, porém Mp2 sente receio que Bp2 perca peso fazendo força para sugar a mama, referindo que no dia anterior outro pediatra aconselhou a participante a amamentar pelo peito, mas também a fazer o uso do copinho. Então, Mp2 pegava copos de plásticos e ordenhava, sem que a equipe soubesse, para oferecer o leite materno. Ao demonstrar a maneira como realizava a ordenha, solicitou à

pesquisadora que mantesse segredo. A participante referiu, ainda, que os pediatras não se comunicam, recebendo informações diferentes em relação à amamentação.

A mãe pareceu ansiosa e dizia que seu emocional estava abalado. Percebi o quanto ela precisava de apoio, escuta e orientação. Mp2 refere que o bebê não estava sugando o peito e isso era estressante para a puérpera que ficava, muitas vezes, pedindo para Bp2 acordar. Refere, também, que já passou a noite dormindo se esquecendo de amamentar o bebê que não chora para mamar. Observa-se que Mp2 não recebeu suporte e orientação na situação de amamentação.

Bp2 ganhou peso e recebeu alta. Mp2 referiu que estava segura para receber alta, pois disse que a ansiedade estava afetando seus cuidados ao bebê, também referiu que em casa estaria tranquila, sem a rotina da instituição hospitalar.

A literatura mostra que no contexto da prematuridade, o ambiente hospitalar é propício para a aprendizagem da mãe em exercer os cuidados ao filho, preparando-a para a alta do recém-nascido, reduzindo a ansiedade materna e aumentando sua autoconfiança no cuidar (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009; COUTO; PRAÇA, 2012). Porém, neste estudo, notou-se que as mães participantes não eram estimuladas e orientadas devidamente para realizar as funções maternas e sentem-se inseguras.

Mp3 e Bp3

Mãe de gêmeos recém-nascidos de 34 semanas de idade gestacional. O motivo do nascimento prematuro foi a HAS. Um dos bebês, o gemelar Bp3 (1) foi encaminhado para o quarto com Mp3 três horas após o nascimento e o outro Bp3 (2) foi direto para o berçário de prematuros, sem que a mãe pudesse pegá-la no colo.

No entanto, três dias após o nascimento, o Bp3 (2) estava chorando muito no berçário e a equipe não conseguia acalmá-lo, foi então que o primeiro contato físico entre Mp3 e Bp3 (2) ocorreu, pois a equipe, nessa situação, permitiu que a mãe tranquilizasse o bebê.

Durante os quatro dias em que o Bp3 (1) esteve internado, Mp3 teve o auxílio constante da mãe que permaneceu no hospital, auxiliando no cuidado dispensado aos dois bebês e a própria puérpera. Em muitas ocasiões, para atender Bp3 (2), a participante deixava o outro bebê Bp3 (1) aos cuidados da avó, por exemplo, na situação de finalizar a amamentação com o arrotar.

Mp3 referiu não se sentir à vontade em ser filmada com a Bp3 (2) no berçário e pediu para que a coleta de dados da pesquisa fosse somente com a Bp3 (1) que estava em alojamento conjunto. Mp3 sugeriu que a filmagem com a Bp3 (2) iniciasse quando ela fosse

para o quarto, porém a pesquisa consistiu de registros diários desde o nascimento até a alta do bebê, desse modo a Bp3 (2) foi excluída do presente estudo.

Inicialmente, a puérpera referiu apresentar dificuldades para amamentar a Bp3 (1) que machucou a mama esquerda, mas logo apresentou boa sucção. A Bp3 (1) na iminência de receber alta necessitou ser submetida à fototerapia permanecendo no quarto com a mãe. Nos momentos em que Mp3 amamentava, Bp3 (1) permanecia usando a proteção ocular o que, segundo autores, pode interferir na interação inicial mãe-bebê sendo importante retirar a proteção ocular nos momentos das mamadas. A ausência da venda favorece a interação direta entre mãe e filho promovendo a comunicação não verbal (SEGRE, 2002).

Apesar de Mp3 ter recebido alta e Bp3 (1) também, a participante referiu não sair do hospital sem os bebês e que a Bp3 (1) ficaria esperando a Bp3 (2). Apesar do cansaço e da rotina vivenciada pela mãe, dos horários a serem cumpridos, sempre do quarto para o berçário e vice-versa, a mãe apresentou-se muito dedicada, até referiu estar escrevendo um diário do dia a dia na maternidade. Em torno do décimo dia de internação, Mp3 relatou não aguentar ficar no hospital, referindo não sair da maternidade para nada. Mp3 ficou 12 dias na maternidade até a alta de Bp3 (2).

Mp4 e Bp4

Mãe de um recém-nascido de 35 semanas. O motivo do nascimento prematuro foi a HAS e o descolamento prematuro da placenta. O companheiro foi o principal apoio nesse período de permanência no hospital. Observa-se que Mp4 apresentou ansiedade, estresse e tristeza, referindo perder o sono e negligenciar sua alimentação e não estar conseguindo administrar o tempo.

A permanência em ambiente hospitalar, adicionada ao contexto de prematuridade do filho, impede a mãe de atender às suas necessidades básicas, como expresso no relato de Mp4:

Bp4 já ocupou muito da minha vida, acabo esquecendo de me cuidar, às vezes não tomo café da manhã e nem passo escova no meu cabelo (Mp4).

Mp4 refere sentir-se mal com a aparência e com as mudanças corporais decorrentes do parto. É relevante compreender o ambiente em que estava e também a intensidade com que os sentimentos afloram nesse período tão delicado que é o puerpério (ALMEIDA; SILVA, 2008). No decorrer da internação, Mp4 solicitou à equipe atendimento psicológico.

Para Bp4, a fisioterapia iniciou a sucção não nutritiva (SNN), pois o bebê apresentava dificuldades para alimentar-se. Estudos afirmam que essa atuação afeta a amamentação, pois a

apojadura ocorre nas primeiras 48 e 72 horas após o nascimento e a sucção realizada pelo bebê estimula o aumento da produção de leite, no qual a SNN diminui o estímulo da mama (MEIRELLES et al., 2008).

Os resultados desse estudo divergem da literatura que relaciona a prática da SNN ao aumento da prevalência do aleitamento materno e à redução do período de hospitalização (VENSON; FUJINAGA; CZLUNIAK, 2010; CALADO; SOUZA, 2012). Os bebês de Mp4 e Mp5 receberam alta sem que o cuidado estivesse sido realizado de maneira satisfatória e os recém-nascidos permaneceram internados mais tempo se comparados aos outros participantes Mp1, Mp2 e Mp3. As mães participantes acreditavam que essa técnica iria facilitar a amamentação e muitas vezes nem pegavam seus bebês no colo para estimulá-los com a mama.

Bp4 ficava na incubadora em um quarto com a mãe. O recém-nascido, no início, permaneceu um longo período na incubadora, durante dezoito dias, e fazia uso de sonda nasogástrica, sendo que o leite era administrado pela equipe de enfermagem, gerando mais ansiedade e provável distanciamento da mãe com o filho.

Mp4 refere como principais dificuldades no cuidado ao bebê a higienização do coto umbilical, a amamentação e o banho. O marido ficava com Mp4 no hospital e só saía para trabalhar e cuidar do domicílio. A mãe referia sentir uma angústia para exercer a limpeza do coto umbilical, então o pai realizava o cuidado. No dia em que tentou realizar o cuidado a enfermeira realizou uma visita de rotina e disse que Mp4 estava limpando da maneira errada o que causava vermelhidão e irritação do bebê, deixando a puérpera mais insegura e evitando de exercer a situação.

Mp4 necessitou de medicação via oral para a apojadura, a descida do leite e teve ingurgitamento mamário, dificultando as mamadas. Mp4 referiu não gostar da maneira como a profissional de enfermagem posiciona Bp4 para abocanhar o seio. Relata que gostaria que o bebê fosse aproximado de outra forma e que assim seria menos agressivo. Mp4 não relata seu incômodo à profissional.

Mp4 refere que compreende a rotina hospitalar e a rapidez com que tudo acontece, pois as profissionais, principalmente da enfermagem, têm outras obrigações.

Mp5 e Bp5

Mãe de gêmeos recém-nascidos de 34 semanas de idade gestacional. Uma das gemelares, Bp5 (2) necessitou de atendimento especial e dirigiu-se a UTIN. Bp5 (1) permaneceu no berçário para Tratamento Semi-Intensivo e foi acompanhada pela

pesquisadora durante a internação.

Mp5 recebeu alta três dias após o parto. O período de internação do bebê, durante vinte dias, foi marcado por algumas dificuldades para Mp5 que em muitos momentos referia não ter confiança nos profissionais, o que lhe gerava insegurança.

Um acontecimento vivenciado pela Mp5 pode ter contribuído para essa insegurança: a mãe presenciou Bp5 encolhida, pois a incubadora estava desligada. Ao questionar a situação, a técnica de enfermagem, segundo Mp5, desconsiderou a preocupação materna referindo que só desligou o equipamento alguns minutos. Mp5 refere que procurou a chefia de enfermagem e relatou o ocorrido. No dia seguinte, a enfermeira chefe conversou com a técnica que ao encontrar Mp5, na presença da pesquisadora, disse: não importa o que você falar, faz anos que estou aqui e nunca recebo reclamações.

Após o ocorrido, Mp5 estendia os horários nas visitas ao Berçário referindo querer cuidar e proteger a filha, pois não confiava nos profissionais da instituição. Também enfrentou dificuldades para a realização da ordenha que ao solicitar ajuda não obtinha êxito. Havia uma técnica de enfermagem no berçário para atender a demanda dos bebês, conforme registrado, era apenas incentivada a estimulação da mama sem auxílio na prática. Acreditando que o leite havia secado, Mp5 aderiu ao complemento.

Mp5 realizava a administração do leite ordenhado da seringa para a sonda do bebê. Nessa instituição, em que a mãe realizava esse cuidado, percebeu-se a intensidade de aproximação entre a mãe e o bebê, pois era o momento em que o bebê permanecia fora da incubadora necessitando retornar logo após, privando a mãe desses preciosos momentos quando o cuidado era exercido pela enfermagem. Os cuidados realizados pela puérpera, como o tocar, o segurar no colo e o auxílio na dieta por sonda significam para as mães a reestruturação do papel materno (SOUZA et al., 2009).

Uma das aflições relatadas por Mp5 era ver Bp5 cheia de fios, dizia também que deveria atrapalhar e incomodar o bebê. A mãe participante ficava preocupada com os batimentos cardíacos monitorados, quando ouvia qualquer som diferente chamava o profissional do berçário que apertava em um botão para silenciar o barulho e dizia que estava tudo bem.

Percebe-se que no contexto de internação do bebê prematuro a mãe depara-se com o filho em meio a tubos, sondas, fios e aparelhos, sendo fundamental que a equipe esteja sensibilizada para a familiarização da puérpera ao ambiente, explicando o significado dos equipamentos de forma humanística (ROLIM et al., 2004; ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Bp5 teve uma infecção no coto umbilical, a higienização era realizada pelos profissionais, assim percebe-se a importância de inserir a puérpera aos cuidados com o filho. Mp5 referiu que estavam passando uma pomadinha (Sulfadiazina de Prata).

No decorrer da internação do bebê, Mp5 referiu começar a chamar Bp5 pelo nome para que ele se reconhecesse e reconhecesse a mãe. Mp5 recebeu esse conselho da mãe, o que poderia ter sido feito no início da hospitalização por um profissional, facilitando a interação inicial da díade.

Conforme o contexto de internação das cinco díades, notou-se que o alojamento conjunto propicia a aproximação entre as mães e que as multíparas auxiliam as primíparas na amamentação. Como o berçário é considerado um ambiente restrito ao cuidado materno, as puérperas necessitam de ajuda do profissional que, como percebido na presente pesquisa, muitas vezes não oferece a atenção necessária, prejudicando o cuidado materno e o vínculo entre a díade.

4.3 Categorias temáticas

A seguir, apresentam-se os resultados das entrevistas com as participantes Mp1, Mp2, Mp3, Mp4 e Mp5, organizados em categorias temáticas intituladas no estudo, como:

1. Evento Gestação e Parto: sensações, sentimentos e mudanças vivenciadas;
2. Características físicas e comportamentais do bebê;
3. Interação inicial mãe-bebê;
4. Ambiente hospitalar e equipe: facilidades e interferências na interação;
5. Dificuldades das mães;
6. Apoio emocional;
7. Preocupações e Expectativas.

Utilizou-se B em referência ao bebê quando as participantes verbalizam o nome do filho.

4.4.1 Gestação e Parto: sensações, sentimentos e mudanças vivenciadas

Nesta categoria foram agrupados os aspectos relativos às sensações vivenciadas pelas mães durante a gestação e sentimentos relacionados à concepção do filho prematuro que necessita de internação hospitalar. Esse tema foi norteado pela seguinte indagação: “Como foi a gravidez?” “Fala-me sobre como foi seu parto”.

As mudanças verificadas durante a gestação referem-se às percepções maternas acerca

dos aspectos físicos após a gestação e os comportamentos do bebê. Alterações no sono também são relatadas. As entrevistadas relataram que, durante a gestação e que pode determinar o parto prematuro, a pré-eclâmpsia (pressão alta). Devido a HAS, os principais riscos ao feto são: restrição de crescimento intra-uterino, feto nanimorto, prematuridade, recém-nascidos pequeno para idade gestacional (PIG), aumento do índice de cesarianas e deslocamento prematuro de placenta (NADER; PEREIRA, 2004). Os relatos das mães participantes, a seguir, ilustram sobre esse período.

Assim, minha gravidez, ela não foi muito tranquila. Até os 4 meses eu vomitei né, depois dos 5 pra 6 mais ou menos, daí nos 6 meses em diante eu não dormia mais a noite porque ele estava fazendo uma força lá no diafragma, assim passava horas e horas da noite em branco (Mp4).

E ela chorou bem forte, então isso que deu uma satisfação, porque chorou bem forte então deu pra ver que estava bem né (Mp2).

Nossa, olha como estou gorda, espero emagrecer logo (Mp5).

Com o objetivo de investigar a experiência de ser mãe de um recém-nascido prematuro que necessita de internação hospitalar, o estudo de Hall et al. (2013) entrevistou cinco mães que relataram não sentirem-se preparadas para enfrentar a prematuridade do filho, por ser diferente daquele esperado durante a gestação que, em algumas situações, é submetido a cuidados especiais e a mãe não pode segurá-lo (HALL et al., 2013), fato que também se verifica com Mp4 e Mp5, em que os filhos permaneceram um longo período na incubadora.

A literatura indica a necessidade de compreender a vivência decorrente da gestação interrompida pelo nascimento prematuro do bebê que precisou ser internado. O estudo de Tronco et al. (2015), realizado com sete mães cujos filhos estavam internados na Unidade Neonatal de um hospital universitário, verificou que as puérperas permaneceram assustadas mesmo habituadas com a internação do filho, expressando necessidade de entender o que estava acontecendo. Os autores sugerem investigações que ampliem e aprofundem as redes de apoio a essas mulheres e também a percepção que os profissionais têm acerca dessas mães, para que se possa estabelecer não apenas o vínculo da mãe com o filho, mas também com o profissional (TRONCO et al., 2015).

O mesmo ocorre com as participantes deste estudo, Mp1, Mp2, Mp3, Mp4 e Mp5, que relatam expectativas em relação ao bebê e à condição de prematuridade demonstrando aceitação à necessidade de avaliação do bebê, relacionando a intensidade do choro no momento do nascimento ao bem-estar do recém-nascido, como também o alívio de não vivenciar a internação do filho na UTIN possibilitando um maior contato com o recém-

nascido seja no berçário de prematuros ou em alojamento conjunto.

A maneira como a equipe acolhe a mãe nesse período é de extrema importância, as puérperas deste estudo, Mp4 e Mp5, referem que a condição do nascimento prematuro aliado ao discurso dos profissionais em relação à possibilidade do bebê permanecer na UTIN causa tensão e o momento do parto torna-se apreensivo.

(...) se ele fosse muito pequeno talvez se ele não tivesse jeito de respirar sozinho ele teria que ir na UTI Neonatal e lá ter os cuidados, talvez intubando né pra conseguir respirar, mas graças a Deus não aconteceu, graças a Deus ele está aqui embaixo. (Mp4).

A minha outra filha está na UTIN e eu percebo que ela não me reconhece como essa que está aqui (berçário), essa sabe quando sou eu e reconhece minha voz a outra não fica tranquila quando estou perto, às vezes, nem me deixa tocar nela, ela fica agitada (Mp5).

O impacto de um nascimento prematuro parece amenizado pelo fato das mães possuírem histórico de prematuridade na família.

É bom ter um bebê prematuro, porque eu já fui, mas dá medo (Mp1).

Tive histórico de prematuridade na família, minha irmã teve um filho prematuro e também depressão pós-parto. Mas hoje está tudo bem, ele está um meninão (Mp2).

A ansiedade foi o sentimento relatado pelas participantes desse estudo, exceto pela Mp3. Schwengber e Piccinini (2003) referem que cerca de 60% das mulheres, entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, vivenciam o chamado *baby blues* que é caracterizado por sintomas depressivos leves, choro fácil, ansiedade, irritabilidade, labilidade de humor, sensibilidade aumentada e fadiga. Corroborando com os achados do presente estudo, sugerem-se pesquisas que abordem a respeito dessas sensações evidentes nos primeiros dias de internação do bebê.

A hospitalização pode provocar estresse, pois além da separação da família e do ambiente domiciliar, a mãe enfrenta normas e rotinas impostas pelo ambiente hospitalar intensificando a ansiedade diante das mudanças exigidas pelo *status* da maternidade (ODININO; GUIRARDELLO, 2010). Mães de prematuros desenvolvem ansiedade situacional, a qual é intensificada no período de internação do bebê (PADOVANI et al., 2004).

Estudo teve como objetivo investigar se existe relação entre apoio social e sintomas de ansiedade em mães de bebês prematuros hospitalizados em UTIN, realizado com 70 genitoras de recém-nascidos a termo e 70 genitoras de recém-nascidos prematuros internados. Os

resultados mostraram que as mães de bebês prematuros apresentam uma mediana maior de ansiedade. Foi constatado que existe relação entre sintomas de ansiedade e apoio social percebido por mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados. O estudo traz contribuições ao ressaltar a importância de que a equipe de saúde esteja atenta à prevalência de sintomas de ansiedade e à percepção do apoio social por parte das puérperas, propondo intervenções quando necessário (DANTAS et al., 2015).

No alojamento conjunto, a puérpera vivencia um novo cotidiano, muitas vezes determinado pela dinâmica institucional, descrito nos relatos a seguir:

Aqui eu fico muito sozinha, mas o importante é que estou com o Bp1 (Mp1).

Se pudesse ter televisão aqui pelo menos eu iria me distrair, porque tudo é eu, meu marido trabalha durante o dia e tenho que ficar aqui (Mp2).

Aqui no quarto até tem televisão, mas não funciona, eu sinto falta de ver novela, só dos afazeres de casa que não sinto falta (...). Fico sempre em função dos meus bebês que nem saio, nem vejo a luz do dia, não é fácil (Mp3).

A gente não tem privacidade aqui né, cada pouco tem alguém chegando, porque tem que ser assim (Mp4).

4.4.2 Características físicas e comportamentais do bebê

Esta categoria referiu-se às percepções maternas a respeito das características observadas pelas mães durante a internação do filho, identificadas na primeira semana de vida do bebê. A manifestação dessas reações demonstra que as participantes estavam conhecendo seus filhos e percebendo-os como delas.

No decorrer dos dias de hospitalização a mãe surpreende-se com a evolução do filho e sente-se realizada contemplando a quantidade de cabelo do bebê, o quanto é esperto, bravo, de personalidade forte, semelhante ao pai, à mãe ou a algum membro da família, inserindo aos poucos o filho ao mundo.

O nascimento prematuro necessita que o recém-nascido seja submetido a cuidados especiais. Pela ocorrência do nascimento antes do tempo previsto, a mãe sente, inicialmente, um estranhamento diante das características do bebê real, como o tamanho, a penugem, ser pouco reativo e imaturo. O contexto de prematuridade provoca nas mães reações de choque, tanto pelo nascimento inesperado e ainda mais pela fragilidade do bebê, diferente daquele idealizado durante a gravidez. Isso tudo gera insegurança à mãe (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005). Ainda, as características do recém-nascido prematuro impressionam os pais, pois o bebê é pequeno, não correspondendo às expectativas vivenciadas durante a

gravidez e podendo prejudicar o estabelecimento da interação pais e filho (SANTOS; FARIA; VICENTE, 2007), o que também se observa no presente estudo, como apresentado nos relatos a seguir.

(...) dá medo, eles são tão pequenos, frágeis (Mp1)

Nossa, quem diria que ela iria nascer tão cabeluda! (Mp2)

As peles dos bebês são estranhas (...) Como que pode, é a cara do pai, mas a boca puxou a mim, pelo menos... (Mp4)

Que bocuda, é a cara do pai (Mp5).

Os relatos trazem percepções dos comportamentos do bebê relacionando-os com o período em que estavam grávidas e sentiam as reações e posições do filho identificando-os no bebê real. Outras mães relataram a personalidade do filho.

Olha como ele é bravo, tudo tem que ser no tempo dele (Mp1).

Olha como é a posição dela, agora que entendo porque o pesinho dela ficava num canto, ela passava a maior parte sentada (Mp2).

Ele dá uns sustinhos ali na incubadora, acho que ele fazia isso na minha barriga, ele era muito agitado (Mp4).

Hipoglicemia, instabilidade térmica e icterícia são estados clínicos comuns na prematuridade tardia (LUDWIG, 2007). As mães participantes preocupavam-se com algumas dessas condições por comparar seus recém-nascidos aos que também estavam internados e demonstram desconhecimento em relação a essas reações, questionando a pesquisadora.

Parece que ele (Bp4) está amarelo, será que vai dar icterícia? Todos os bebês tem né? (Mp4).

Será que a temperatura (na incubadora) está boa? (Mp5).

4.4.3 Interação inicial mãe-bebê

Nesta categoria foi possível identificar relatos da mãe em relação ao contato inicial no pós-parto imediato, assim como as percepções maternas a respeito do recém-nascido. Esses temas surgiram na entrevista por meio das seguintes questões: “Fala-me sobre como foi seu parto. Teve contato com o bebê?”, “O teu filho responde a tua presença? De que forma?”.

A literatura aponta que os laços afetivos entre o binômio mãe-bebê iniciam durante a gravidez e se fortalecem após o nascimento por meio da interação recíproca de

ambos (BELLI; SILVA, 2002). Geralmente, o contato inicial de mães com os filhos prematuros ocorre na incubadora, local em que são tocados com a ponta dos dedos, diferentemente da vivência com bebês a termo, uma vez que as puérperas os tocam com a palma das mãos e facilmente realizam a posição face a face (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000). Como no caso das participantes desse estudo, especificamente de Mp4, que ainda no primeiro contato pós-parto somente pode olhar o bebê pela incubadora.

Me sinto bem aqui, converso com as outras mães, a gente se ajuda, até porque não tenho acompanhante durante o dia (Mp1).

A interação inicial mãe-bebê prematuro muitas vezes não acontece no pós-parto imediato, essa situação também ocorre em razão das consequências do parto cesárea em que a mãe sente-se impotente para exercer seu papel e prefere descansar e repousar, o primeiro contato acaba se dando até 24 horas pós-parto. De acordo com estudo, mães referem que o atraso da aquisição da função materna está relacionado à hipertensão, ao corte ocasionado pela cesárea ou pela fadiga extrema no período pós-parto imediato (BRANDON et al., 2011). Ressalta-se que no presente estudo, quatro das participantes (Mp1, Mp2, Mp3 e Mp4) tiveram parto cesárea, não cabe aqui questionar o tipo de parto, mas supor ser um dos fatores que pode dificultar a interação mãe-bebê logo nos momentos iniciais de vida do bebê.

Ao relatar a respeito do primeiro contato pós-parto, algumas mães entrevistadas referem não terem vivido o contato imediato com o filho, passando horas e até dias para o primeiro vínculo acontecer, outras caracterizam o momento como rápido sem que pudessem permanecer um tempo maior com os filhos. Algumas das participantes, Mp1, Mp2, Mp3 e Mp4, acreditam que esse breve contato possa ter sido consequência da anestesia, pois se sentiam medicadas e sem conseguir manter a atenção e compreender o que estava ocorrendo a sua volta.

O primeiro contato foi super rápido, igual eu falei, por causa da anestesia você fica um pouco fora de si, você não sabe muito bem o que está acontecendo, você não tem muita reação, mas assim, do mesmo jeito foi lindo, eu consigo lembrar do rostinho dele normal, só que não foi assim, tão assim, aquela coisa, devido à anestesia mesmo (Mp1).

Mp2 refere entender que o motivo da equipe não ter colocado o recém-nascido perto dela seria porque o bebê nasceu prematuro e necessitava dos cuidados da pediatra primeiramente. O momento especial mãe-bebê, em que foi possível vê-lo e pegá-lo, independente do tempo afastados, foi caracterizado pelas mães participantes como lindo e feliz já que são os primeiros filhos e tudo é novo e encantador.

Apesar de tudo, foi lindo quando segurei ele (Bp1) no colo (Mp1).

Eles não colocaram perto de mim, eles levaram porque é prematuro, então foi pra pediatria primeiro aí depois ela trouxe pra mim ver (Mp2).

Eu vi rapidinho as duas, a B1 veio pro quarto e peguei ela umas quatro horas após o nascimento e a B2 que ficou no berçário peguei uns quatro dias depois porque ela não parava de chorar e daí a enfermeira veio me chamar para acalmar ela (Mp3).

A cesariana foi meio tensa, eu entrei meio abalada, chorando, pensando que ele poderia ficar na UTI, se ele não tivesse força para respirar que foi o que a equipe médica falou pra mim (...) na hora que trouxeram pra mim foi uma felicidade imensa, pegar eu não peguei, só colocaram o rosto dele no meu, não tive esse contato aí depois que acabaram de fazer a cesariana aí colocaram eu um pouquinho perto da incubadora para ficar olhando pra ele mas eu não peguei só encostaram rosto no rosto (Mp4).

Foi tudo tão rápido, nem lembro de muita coisa, vou ver minha filha só agora (4 horas após o parto) no berçário, a outra eu sei que foi na UTIN depois vou vê-la também (Mp5).

O estudo de Salgado, Niy e Diniz (2013) apresentou resultados relacionados à cesárea indesejada, à violência obstétrica e ao contato realizado horas após o nascimento. Entre as mulheres entrevistadas, duas permaneceram com o recém-nascido logo após o nascimento e três foram separadas de seu filho por menos de uma hora. As demais foram separadas por uma hora ou mais e seis mulheres foram afastadas por mais de quatro horas. As participantes relataram o fato de terem permanecido sozinhas logo após a cesárea, durante a recuperação anestésica, sem ter a quem dirigir a palavra ou ter informações sobre o recém-nascido. O estudo é atual e mostrou que, apesar das políticas de humanização e do respeito à mulher, ainda há negligências no sistema hospitalar, destacando-se a cesárea indesejada e a sedação após a cirurgia, em que evidenciou um caso no qual uma mãe foi informada de que seria sedada e pediu para que essa prática não fosse feita, porém, o desejo não foi atendido. O contato inicial, logo após o nascimento, foi consentido como importante para as mulheres que puderam vivenciá-lo. As mães que não tiveram a oportunidade de ver os filhos disseram que o primeiro contato pareceu “desajeitado”.

Assim, é possível perceber o quanto o contato logo após o parto é benéfico para o estabelecimento da interação mãe-bebê. A literatura incentiva a prática da promoção do contato pele a pele entre a díade ainda na sala de parto, pois esse laço inicial traz benefícios psicoafetivos, orgânicos e fisiológicos a eles, promovendo a interação mãe-bebê, a constituição do vínculo, a melhora da amamentação prolongando o aleitamento materno exclusivo (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

O período em que ocorre a separação precoce entre mãe e bebê para a realização dos primeiros cuidados seria o momento ideal para que a aproximação e afetividade entre a díade seja estabelecida (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007). Como no presente estudo, Mp4, provavelmente, sente falta do contato corporal com o bebê, mas aceita a orientação da equipe de profissionais que o bebê deve permanecer na incubadora, deixando-o lá e não pedindo auxílio para coloca-lo no colo como Mp5 solicitava à equipe.

Estudo realizado com doze mães de bebês prematuros verificou que em algumas situações a mãe é considerada apenas uma nutriz, sem estímulo para o contato e cuidado materno. Principalmente quando o bebê ainda está na incubadora, a rotina é amamentar e coloca-lo novamente nela (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010). No presente estudo, isso foi observado com Mp4.

A incubadora e a situação de risco do bebê acabam por ocasionar insegurança à mãe que sente receio inicialmente em aconchegar o filho no colo, despertando sensações de medo em derrubá-lo ou machucá-lo, como relatado pelas participantes Mp1, Mp2, Mp3, Mp4 e Mp5. Quando o recém-nascido permanece na incubadora ocorre uma separação entre mãe e filho em que esse está rodeado de sondas, cateteres e monitores, limitando o toque afetivo (CRUZ et al., 2010).

Considera-se uma elevada incidência de maus-tratos físicos e emocionais ao recém-nascido que, devido à prematuridade, são separados dos pais por algum tempo após o nascimento (ROLIM et al., 2012). E o longo período em que o bebê permanece em uma incubadora, longe, muitas vezes, do carinho e aconchego da mãe, em que não sente o cheiro de sua pele e do seu leite, mas o cheiro de substâncias usadas em procedimentos, da lavagem das mãos dos profissionais de saúde e dos lençóis do leito (FRELLO; CARRARO, 2012) podem interferir nesse processo. Dessa forma, é preciso estimular e incentivar o contato entre mãe e bebê nos momentos iniciais de vida do bebê, em que a mãe possa se sentir apta ao cuidado com apoio da equipe de profissionais. As falas a seguir ilustram esse contexto:

Está tão bom ficar com você, mas já tenho que te colocar (Bp4) na incubadora porque disseram que você (Bp4) tem que ficar lá (Mp4).

Me dá uma pena, olha quantos fios, deve incomodar ela, não vejo a hora que tirem isso, fica até difícil pegar ela aqui (na incubadora) (Mp5).

Os primeiros sinais percebidos pelas mães são as habilidades reflexas, como o sorriso e o agarrar (agarrar a roupa da mãe), seguidos do contato visual, da capacidade dos bebês reconhecerem a voz materna e, ao ser colocado junto à mãe, acalmar-se quando está agitado

ou chorando.

(...) ele já estava fazendo charme, já, com a mãozinha no rosto, fazendo pose e assim, quando eu falo com ele, ele interage, ele já sabe que sou eu então ele fica todo, como se diz, alegre (Mp1).

(...) ela ri, ela segura minha mão (Mp2).

(...) começa a chorar que a gente pega no colo, então ela já identifica (Mp3)

(...) eu converso com ele e ele presta atenção em mim. Hoje de manhã ela (enfermeira) deu o banho nele daí ela trouxe ele pra cama e enquanto ela arrumava a caminha dele ele pegou assim, grudou assim nas minhas duas mãos, nos meus dedos (Mp4).

Os relatos demonstram que as mães participantes percebem a reciprocidade do bebê nos primeiros dias de vida, mesmo sendo uma ação reflexa do recém-nascido. Principalmente no contexto de prematuridade, em que o recém-nascido ainda é imaturo, é importante frisar o quanto as mães percebem ações responsivas intensificando a interação mãe-bebê.

Conforme estudo que buscou analisar as primeiras relações afetivas entre mães de recém-nascidos a termo e pré-termo, utilizando entrevista e observação com 28 puérperas e seus bebês, as mães estabelecem ligações afetivas com seus bebês, mesmo na situação de prematuridade semelhante aos resultados do presente estudo, e a relação mãe-bebê prematuro mostrou-se mais difícil evidenciando que o contato físico é importante para a formação do vínculo afetivo mãe-bebê, assim como, essas puérperas esforçam-se mais para estimular e reconhecer as respostas do filho em comparação às que conceberam um filho a termo (THOMAZ et al., 2005).

4.4.4 Ambiente hospitalar e equipe: facilidades e interferências na interação mãe-bebê

Esta categoria referiu-se ao contexto de internação hospitalar e apresenta as possíveis interferências na interação mãe-bebê nesses dias. O tema foi norteador pelas seguintes questões: “Como e o que a equipe te falou sobre o seu bebê?”, “Quais os momentos mais gostosos/ que você mais se sente feliz aqui?”, “Quais os momentos mais difíceis no dia a dia do hospital?”, “O que te ajuda a cuidar do bebê?”, “O que te atrapalha a cuidar do bebê?”, “Como é o dia a dia no hospital?”, “Como está sendo essa vivência para você?”.

O ambiente hospitalar pode acentuar os sentimentos e as emoções, principalmente no período pós-parto, por ser esse caracterizado como sensível e delicado para a mulher em decorrência do parto prematuro e pela necessidade de internação.

O contexto de prematuridade, a necessidade de permanência em hospital e também a primeira experiência como mãe demanda apoio da equipe, orientações e acolhimento, oferecendo suporte e atenção individualizada. As mães referem que a equipe é prestativa e esclarece as dúvidas decorrentes da condição clínica do bebê, além disso, é vista como essencial para ajuda-las nos cuidados prestados ao primeiro filho.

(...) a equipe ajuda a gente né, a gente, mãe de primeira viagem tem que ter um acompanhamento né, principalmente da área médica (Mp2).

As enfermeiras são muito atenciosas, não tenho do que reclamar (Mp4).

Nesse estudo, conforme alguns dos relatos evidenciados no início da internação do filho, o ambiente hospitalar foi visto como um lugar de aprendizagem e acolhedor em que as mães puderam vivenciar a experiência de ter um filho prematuro sob orientações consideradas fundamentais, assim como auxiliar e exercer os primeiros cuidados ao bebê. Os autores Araújo, Rodrigues e Rodrigues (2008) recomendam que o diálogo entre os profissionais da equipe de saúde e os pais de bebês prematuros, a fim de favorecer a redução de ansiedade e estresse ocasionados pela internação hospitalar (ARAÚJO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2008).

As mães participantes deste estudo, Mp1, Mp2, Mp3, Mp4 e Mp5, referem também que após a alta do filho, quando estiverem em seus domicílios, será mais tranquila essa continuidade, por habitar um lugar familiar no qual poderão realizar a função materna sentindo-se à vontade e autônomas, reduzindo as preocupações mecânicas relacionadas à rotina hospitalar. O estudo de Correia e Sereno (2012) sugere um Modelo de Intervenção no período gravídico-puerperal, considerando que no puerpério a equipe deve atentar-se às dificuldades acrescidas das primíparas, facilitar a recuperação puerperal atendendo às queixas e preocupações da puérpera, executar o aconselhamento estruturado no puerpério imediato e facilitar o bem estar e autoestima da mulher/mãe.

Em relação ao ambiente hospitalar, o sistema de Alojamento Conjunto (AC) foi visto como propício para a aproximação mãe-bebê e realização dos primeiros cuidados maternos, assim como a interação com as outras mães, trocando experiências e servindo como uma rede de apoio ao dia a dia no hospital.

Me sinto bem aqui, converso com as outras mães, a gente se ajuda, até porque não tenho acompanhante durante o dia (Mp1).

Algumas mães participantes deste estudo, Mp2, Mp3, Mp4 e Mp5, mostraram-se insatisfeitas de alguma forma com as condutas realizadas pela equipe. As percepções negativas emergiram de situações em que não era prestado o serviço devido no momento combinado, os cuidados prestados aos bebês eram rápidos sem que a mãe fosse incluída nessas ações e incentivadas a executá-las, o que evitaria a insegurança e o medo, sentimentos comuns no contexto de hospitalização do primeiro filho somando-se à prematuridade, assim como suas dúvidas não eram esclarecidas. Ainda há insatisfação das mães em relação à assistência prestada pela equipe de saúde. Esses resultados somam às considerações de Rodrigues et al. (2014) que apontam sobre como as mães se sentem abandonadas, pois percebem a falta de interesse e atenção dos profissionais diante das suas necessidades.

Está tudo bem, tirando os momentos que tenho que caçar as enfermeiras que prometem trazer o leite e não trazem (Mp3).

(...) fiz a cesárea, no outro dia acho que porque estava sob efeito dos remédios eu fiquei meio insegura né, mas eu já troco uma fralda, não dei o banho ainda, e sei lá, tem hora que as meninas têm que ser muito rápidas, porque elas têm as obrigações delas pra fazer, eu ainda não dei banho, mas sei lá, assim se tiver oportunidade de começar a incentivar ou tentar fazer, é umas coisas que assim, você está entendendo, aqui é muito rápido, elas são muito rápidas, então tem que subir, descer, cesárea acontecendo, então muito rápido (Mp4).

Olha... eu perguntei para a enfermeira porque o bebê está respirando desse jeito e ela disse que era normal, olha parece que ele para de respirar um tempo, estou preocupada (Mp5).

Percebe-se que a equipe não está preparada para esclarecer as dúvidas das mães. A apneia caracteriza-se como uma respiração periódica, é um padrão respiratório particular do recém-nascido prematuro, no qual os movimentos respiratórios são intercalados por pausas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), essa informação parece não ter sido transmitida para a mãe que ficou preocupada com a condição do filho.

Também houve reclamação em relação à higiene da companheira de quarto causando estresse a essas mães, Mp1 e Mp3. Mp3 reclamou de uma mãe que dividiu o quarto, por um dia, com ela. Relata que a puérpera não usava absorvente e deixava pingos de sangue por tudo, Mp3 referiu o quanto isso piora a situação de estar no hospital, pois é muito organizada e que essa situação não era fácil.

Como aspecto negativo também relatado pelas mães tem-se a rotina do hospital, em que os horários destinados ao cuidado do bebê acabam afetando os momentos de interação

entre a díade. É preciso se adaptar a uma rotina nova e por vezes exaustiva, já que as mães referem que esses momentos iniciais dependem exclusivamente delas.

Já faz dez dias que eu estou aqui, nossa, será que vou ficar um mês, quero sair logo, as mães vão embora e eu fico (Mp1).

Ela precisa ganhar peso, eu pedi para a enfermeira pesar ela de novo agora a noite mas ela disse que só pesam pela manhã, mas eu já vi pesarem a noite, será que ela já ganhou peso? (Mp2).

Assim, ficar aqui dentro às vezes não é muito bom ficar trancafiada aqui dentro, ficar muito trancada, se pudesse ir para casa, já levar ele né, porque em casa é uma coisa, hospital é outra, assim tem horas que eu não durmo (...) enquanto ele estava na barriga eu conseguia descansar, elas me davam diazepam conseguia dormir, mas no momento que ele nasceu acabou, já ocupou todo o espaço não tem mais, tem hora que tem que largar o que está fazendo e dar prioridade a ele você está me entendendo? Assim ele ocupou muito, já mudou muita coisa sabe. Mudou tudo, filho sempre em prioridade, mãe escova o cabelo depois, escova os dentes depois, assim, toma café depois, porque prioridade é mais o filho. Aí essa noite porque ele tava chorando muito eu peguei descida cama apesar de estar com os pontos da cesariana que ainda dói ainda fui lá peguei ele assim coloquei no meu peito para tentar acalmar o choro né (Mp4).

Como verificado neste estudo, as mães participantes contavam os dias em que o bebê estava no hospital e ficavam preocupadas em saber se o filho atingiu dois quilos para irem embora, sendo que cada grama era uma vitória. Também foram identificados como aspectos negativos em ambiente hospitalar, a insatisfação com o serviço, a sensação de insegurança, a expectativa para cuidar do filho em casa e o descumprimento de orientações da equipe médica.

As mães participantes referem sentirem-se mais preparadas para desempenhar seu papel materno em domicílio, pois no hospital necessitam seguir uma rotina. Para as puérperas, exercer a função materna em casa traria privacidade e os cuidados dispensados ao bebê respeitariam o seu tempo, sem horários e regras.

4.4.5 Dificuldades das mães

Esta categoria referiu-se às dificuldades vivenciadas pelas mães durante a internação do filho. Os primeiros dias entre mãe e recém-nascido em ambiente hospitalar são desafiadores para as primíparas, pois exige adaptação a uma nova experiência, a maternidade. As entrevistadas relatam que os cuidados realizados por elas são geralmente a troca de fralda, a amamentação, a higienização do umbigo, o banho e também a interação livre. As mães participantes percebem-se como essenciais no desempenho desses cuidados, porém são

relatados sentimentos de insegurança nos cuidados com os bebês por considera-los pequenos e frágeis.

Apesar de a amamentação transmitir uma ação natural e instintiva da mãe, há dificuldades que permeiam o ato de amamentar. A amamentação em prematuros ainda se coloca como um desafio, devido aos fatores que estão ligados à prematuridade, tais como imaturidade do sistema neurológico, reflexo de sucção/deglutição prejudicada e dificuldade de manter-se em alerta por muito tempo (SANTOS; DITZ; COSTA, 2012).

A alimentação é percebida como primeiro momento de interação social e reciprocidade entre mãe e bebê ocorrendo o primeiro diálogo entre ambos (BARRERO-PACHÓN; OLOMBRADA-VALVERDE; MARTINEZ, 2010). A amamentação pode ser prejudicada para mães de bebês prematuros em decorrência do estado materno, emocional e psíquico (BOUCHER et al., 2011). Os resultados deste estudo confirmam tais considerações.

Os benefícios do leite materno na alimentação do recém-nascido prematuro estão amplamente comprovados na literatura, porém, nessa população, há fatores que podem dificultar esse processo. Com objetivo de analisar os padrões de aleitamento materno em RNPT internados e no primeiro mês após a alta hospitalar, um estudo identificou que o início do aleitamento materno exclusivo ocorreu, na maioria dos casos, durante a primeira semana no domicílio e que poucos são os bebês prematuros que recebem exclusivamente leite materno desde os primeiros dias de vida. A pesquisa remete à reflexão sobre a importância do seguimento do AM e das orientações oferecidas às mulheres no pré-natal durante a hospitalização e no domicílio (AZEVEDO, 2011).

Todas as participantes desse estudo apresentaram dificuldades nesse contexto. Para Mp2, Mp4 e Mp5 ocorreram durante a internação em consequência da ausência de apoio profissional (Mp2 e Mp5), incluindo o complemento assim que possível ou de condições como o ingurgitamento mamário (Mp4).

A literatura internacional orienta que as mães realizem o esgote mamário de 8 a 10 vezes por dia (JONES, 2009), o que não ocorreu com Mp2, Mp4 e Mp5 que aderiram ao complemento.

De acordo com estudo de Castelli, Maahs e Almeida (2014), um número significativo de mães apresentam queixas/dificuldades nas primeiras horas de amamentação (de 12 a 48 horas), sendo mais persistentes em mães primíparas. As queixas mais frequentes foram em relação à pega do recém-nascido, à dor nas mamas e às “rachaduras” mamárias (CASTELLI; MAAHS; ALMEIDA, 2014). Segundo Bicalho-Mancine e Velásquez-Meléndez (2004),

primíparas apresentam maior dificuldade para iniciar e manter a lactação devido a sua inexperiência, os resultados deste estudo corroboram com essa evidência.

Os relatos das mães participantes deste estudo relacionados as suas dificuldades em amamentar foram diversos, por isso, é importante frisar a importância do acompanhamento da equipe nesse período. As falas manifestam dificuldades relacionadas ao correto posicionamento da mãe e do bebê (Mp1, Mp4 e Mp5), o ingurgitamento mamário (Mp4) e as fissuras mamilares (Mp2 e Mp3), apresentando ansiedade para que o momento ocorresse tranquilamente e fosse satisfatório para a díade.

A equipe deveria estar sensibilizada a esse período tão significativo e a primeira experiência da maternidade. Mp1 refere que a orientação ocorreu por outras puérperas em alojamento conjunto, por familiares ou dias após o nascimento do bebê quando a enfermeira por acaso percebeu a pega incorreta do bebê. A Mp5 não recebeu apoio no momento da ordenha, solicitando o complemento.

As mães sentem-se ansiosas para desfrutar do momento da amamentação por apresentarem dificuldades nesse cuidado e por sentirem-se cobradas, pois só elas podem alimentar o filho.

Eu estava colocando meu filho numa posição errada daí a enfermeira viu e me corrigiu, estava a uns dois dias amamentando errado (Mp1).

O médico disse para eu ficar só no peito, mas ela está fazendo muita força para mamar e vai perder peso logo, eu vou te contar uma coisa mas é segredo, eu pego o copinho e ordenho escondido e vou dando para ela, quero sair logo daqui (...) meu emocional já está afetado, estou com pouco leite (Mp2).

A Bp3 (1) me machucou muito, no início né, fiquei só dando o peito esquerdo, agora que sarou está tudo certo (Mp3).

Assim, em casa acho que eu vou me encontrar mais ainda com ele , o vínculo na hora da amamentação porque aqui no hospital não é que nem a casa da gente porque entra as enfermeiras, um entra e sai, eu aqui eu já falei, você é muito bem recebida por elas todas não tenho o que falar de ninguém mas eu acho que em casa o vínculo é bem maior, então eu não to me encontrando que nem ele não ta sugando no peito ainda ele não tem força para sugar ele ta fazendo treinamento com fisioterapeuta, o pediatra ta passando para ver o peso dele, as meninas estão tentando passar oque é certo pra mim mas eu acho que esse vínculo até o momento certo de ele encaixar a boca no meu peito eu não to conseguindo encontrar. Eu acho que na hora que eu for para casa eu e ele a gente vai ter esse vínculo sabe, de assim eu poder me encontrar numa posição bem melhor pra mim amamentar ele né . acho que tudo é questão de tempo ele também é um serzinho que tá tentando aprender porque não é fácil para ele é tudo novo ele fica na incubadora então ali é como se ele estivesse na minha barriga ainda ele ta na temperatura de 35° que acho que seria dentro da minha barriga e então pra ele ele acha que ta dormindo. (...) Estou tomando um remédio para meu leite descer. Meu leite tá empedrado (ingurgitamento mamário) e ele não tá pegando o peito também porque é plano, a enfermeira disse (...) não gosto da maneira como as enfermeiras pegam a cabecinha dele e pressionam no meu peito [A mãe mostra a maneira como ela acha correta e

que gosta de colocar a mãozinha do bebê próximo ao seu peito e não escondida como as enfermeiras haviam mostrado] (...) olha eu vou fazer o possível para amamenta-lo até os seis meses que é o que dizem mas não sei não né, tudo vou decidir em casa porque a mãe sabe, Deus sabe que eu estou me esforçando (Mp4).

É melhor dá o complemento porque não consigo tirar mais leite, eu acho que secou (Mp5).

O presente estudo mostrou o descontentamento das mães participantes com a não descida do leite. A impressão materna de ter pouco leite é mostrada pela literatura como uma das principais causas para a introdução de complementos, mamadeira e interrupção do aleitamento materno.

Souza, Araujo e Costa (2011), ao aplicar um questionário com questões subjetivas a respeito do parto prematuro para a puérpera, identificaram que essa sensação emerge da dificuldade de sucção do recém-nascido e as mães associam à baixa produção de leite.

Para que ocorra o sucesso da amamentação ao bebê prematuro são essenciais o desejo e a determinação materna, bem como o envolvimento dos serviços e dos profissionais de saúde (BRAGA et al., 2008; AZEVEDO et al., 2010)

Principalmente para a mãe primípara, a atenção do profissional deve ser redobrada, oferecendo orientação e apoio. Na situação, foi evidenciado que mesmo a equipe conhecendo a importância do incentivo ao aleitamento materno, há pouca ajuda para que seja realizada de maneira correta. Conforme registro em Diário de Campo, a equipe deixou a mãe Mp5 exercer a ordenha sozinha e quando a puérpera manifestou dificuldade foi surpreendida com a resposta: “vai tentando que você consegue”.

Estudos indicam que há fatores que podem prejudicar a boa sucção da criança: desconhecimento da mãe em relação ao posicionamento ideal dela e do bebê, inquietude e agitação do neonato, técnica adequada para a criança abocanhar toda a aréola, alterações do mamilo, como mamilo plano ou invertido e ingurgitamento mamário (FUJIMORI et al., 2010; MARQUES; MELO, 2008). Para Castro et al. (2009), nenhum tipo de mamilo impede a amamentação, poderá dificultar a apreensão adequada do recém-nascido, mas essa condição pode ser solucionada com paciência e conhecimento acerca da lactação. Carvalhaes, Parada e Costa (2007) consideram fissuras mamilares e ingurgitamento mamário como fatores de risco para a interrupção do AM exclusivo, o qual poderá ocorrer com a Mp4, segundo seu relato.

O bebê da participante Mp4 usou sonda gástrica, o que prejudicou ainda mais as condições para o sucesso do aleitamento materno. Sanches (2004) refere que o uso prolongado da sonda priva o recém-nascido de estímulos sensoriais (gustativos, textura,

temperatura), o bebê não realiza a função de sucção devido ao atraso no desenvolvimento sensório-motor oral comprometendo a sua aceitação à alimentação oral no seio materno. Essa situação foi percebida no contexto da díade 4.

Os profissionais devem estar atentos à técnica da amamentação e da pega do recém-nascido para que sejam corrigidas possíveis falhas que induzam o desmame precoce (ALMEIDA; FERNANDES; ARAÚJO, 2004). Também devem apoiar a mãe na espera pela apojadura, ou seja, a descida do leite, pois esse processo necessita da liberação do hormônio ocitocina que pode ser inibido pela ansiedade materna (TENTARDINI, 2008). No presente estudo, essa conduta foi negligenciada pela equipe, ocasionando em posicionamento errôneo e ansiedade materna em não realizar a amamentação de maneira satisfatória aderindo ao complemento e desistindo de tentativas frustradas sem apoio e/ou orientação.

O banho foi identificado como o cuidado mais difícil a ser exercido, segundo as participantes, Mp1, Mp2, Mp3, Mp4 e Mp5, seguido da higienização do coto umbilical, como no caso de Mp4 que deixava esse momento para ser realizado pela equipe ou pelo companheiro. O cuidado do coto umbilical está cercado de crenças, mitos e medos das puérperas, assim algumas mães delegam essa função a outras pessoas devido à insegurança em exercê-lo (FARIA; MAGALHÃES; ZERBETTO, 2010). Mp1, Mp4 e Mp5 referiram sentir medo de realizar a troca de fralda, pois o bebê, para elas, é pequeno e não queriam machucá-lo.

A limpeza do coto umbilical de Bp5 era realizada pelos profissionais do berçário. Esse fato pode ter gerado a infecção umbilical que Bp5 teve indicando a necessidade das mães serem, de fato, apoiadas na aprendizagem de cuidados com seus filhos.

O primeiro banho de Bp1 foi realizado pela prima de Mp1. Quando a mãe realizou esse cuidado, estava com medo por achá-lo frágil e pequeno demais, não recebeu o auxílio de nenhum profissional e a higienização ocorreu apenas no lado ventral da criança (Mp1).

Ainda não encarei o banho, só em casa mesmo (...) o umbigo eu deixo o pai limpar porque tenho medo de machucar, me dá uma agonia sabe (Mp4).

Prefiro que elas (enfermeiras) deem o banho quando não estou aqui, que é a noite, porque tenho medo (Mp5).

Em uma vivência registrada no contexto de Mp4, ao final da internação do bebê, registrou a motivação da participante em dar o banho no bebê pela primeira vez, então ela se prontificou a colocar água na banheira pedindo ajuda à enfermeira a respeito da temperatura e da quantidade de água, então a profissional disse que realizaria o cuidado, só ao final deixou o

bebê no colo de Mp4. Percebe-se que nesse momento a profissional poderia inserir a puérpera ao cuidado, favorecendo o contato e a interação da díade.

4.4.6 Apoio emocional

Essa categoria apresentou o apoio recebido pelas mães durante a internação do bebê. A questão que embasou esse tema foi: “Em decorrência da internação, recebeu apoio de alguém?”, “Como vai ser quando voltar para casa? Alguém vai ajudar?”.

As cinco participantes recebiam o apoio do companheiro e reconhecem o quanto é importante a presença do pai, seja durante a gestação, como acompanhante no parto e nesse período puerperal. O marido de Mp4 participou ativamente dos cuidados do bebê.

O pai vem à noite e passeia com ele (Bp1) enquanto eu descanso um pouco (Mp1).

(...) o pai entrou também na sala de cesariana ficou comigo, ele está sempre presente, ele pega, ele coloca a fralda e ele também me ajuda a por no peito, bastante presente (Mp4).

A presença do pai desde os primeiros dias de vida do bebê é importante, pois se torna um papel de sustentação da díade como uma mãe-substituta para o filho, favorecendo o desenvolvimento do bebê e do vínculo mãe-pai-bebê (ROSA, 2009; MARINHO; SANTANA, 2013). Além do apoio do companheiro, as mães relatam a importância de receberem o apoio de outros familiares e até de amigos. A avó materna foi o apoio mais citado nos relatos.

Minha mãe que está sempre comigo aqui no hospital (...) minha irmã, a família toda está esperando (Mp3).

Saindo daqui eu vou na casa da avó maternal né, minha mãe, para me adaptar, para ela me ajudar, acho que ficarei uns 45 dias lá (Mp4).

A participação paterna, revelada neste estudo, soma para a compreensão da importância desse apoio no contexto de internação do recém-nascido. Conforme estudo que buscou investigar mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados por meio de entrevista com cinco puérperas, foi identificado que o cônjuge foi um parceiro próximo e que a maioria das avós era apoio nesse período de internação (HALL et al., 2013).

4.4.7 Preocupações e Expectativas

Esta categoria identificou as preocupações das puérperas durante a internação do bebê e suas expectativas futuras. O tema foi norteado pelas seguintes questões: “Qual é a sua maior

preocupação em relação ao filho?”, “Quais são suas expectativas para o futuro?”. As entrevistadas referem preocupações com os bebês, seja pela recuperação da atual condição clínica e desenvolvimento infantil ou pela ocorrência de alguma infecção por serem tão frágeis e imaturos, tornando-se suscetíveis a complicações a sua saúde. Também se preocupam com o sucesso da amamentação, caracterizando-a como um momento que deve ser prazeroso tanto para mãe como para o bebê.

As mães relataram expectativas positivas para o futuro. Anseiam sair logo do hospital e esperam criar seus filhos da melhor forma possível.

Não consigo dormir, fico atenta a ele (filho), qualquer barulho estranho na respiração dele eu já acordo (Mp1).

Tenho medo que ele pegue alguma infecção (...) quero criá-la, educa-la, como um ser humano, principalmente nos dias de hoje (Mp2).

Em cria-las bem, essa é minha maior preocupação (Mp3).

Ganhar o peso para poder ir embora. Ele ficar bem. Três coisas: ele ficar bem, pegar peso e pegar o peito. Acho que é essa a preocupação e ir embora para casa (Mp4).

Só quero que fiquem bem, com saúde (Mp5).

4.4 Comportamentos maternos na interação com o bebê durante a internação

A seguir, serão apresentados os resultados do estudo organizados da seguinte forma:

- Os Quadros 3, 8, 11, 15 e 19 são referentes ao tempo, com os respectivos dias, situações e duração das filmagens de Mp1, Mp2, Mp3, Mp4 e Mp5;
- Os Quadros 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21 e 22, referem-se aos comportamentos maternos das cinco participantes deste estudo Mp1, Mp2, Mp3, Mp4 e Mp5, identificando-se a ocorrência nas situações de amamentação, troca de fralda, banho e interação livre ao longo do período de internação.

Para Mp1 os dados foram apresentados em quadros, no Quadro 4, a situação de amamentação.. No Quadro 5, a situação de troca de fralda, no Quadro 6 a situação de banho e no Quadro 7 a interação livre.

Para Mp2 os dados foram apresentados em quadros, no Quadro 9 a situação de troca de fralda e no Quadro 10 a interação livre. Para Mp3 os dados foram apresentados em quadros, no Quadro 12 a situação de amamentação, no Quadro 13 a situação de troca de fralda e no Quadro 14 a situação de banho. Para Mp4 os dados foram apresentados em quadros, no Quadro 16 a situação de amamentação, no Quadro 17 a situação de troca de fralda

e no Quadro 18 a interação livre. Para Mp5 os dados foram apresentados em quadros, no Quadro 20 a situação de amamentação, no Quadro 21 a situação de troca de fralda e no Quadro 22 a interação livre.

Os Quadros 23, 24, 25 e 26 mostram a ocorrência dos comportamentos das mães participantes Mp1, Mp2, Mp3, Mp4 e Mp5 nas situações de amamentação, troca de fralda, banho e interação livre respectivamente.

As dificuldades vivenciadas por Mp4 para o sucesso da situação de amamentação limitaram as filmagens. Mp4 teve poucas experiências nesse cuidado e os momentos em que era administrado o leite materno da seringa para a sonda do bebê era realizado pela enfermeira.

Para as cinco mães participantes, a troca de fralda foi registrada. Mp1, Mp4 e Mp5 referiram ter receio em realizar o cuidado pela aparência frágil do bebê. Mp4 relatou sentir ansiedade e agonia quanto à higienização do coto umbilical, pedindo ajuda ao marido.

A situação de banho realizada por Mp1 e Mp3 foi registrada duas vezes para cada puérpera. Para Mp2, Mp4 e Mp5 não houve registros por opção das participantes, Mp2 não aceitou ser filmada, Mp4 não foi estimulada a exercer o cuidado quando mostrou interesse ao final da internação do filho e Mp5 refere que deixa a equipe realizar o cuidado no período em que ela não visita o bebê no berçário. O banho foi apontado como o cuidado mais difícil de ser realizado, relacionado à fragilidade do recém-nascido e à inexperiência da mãe.

A interação livre foi considerada como momentos em que a mãe não exercia qualquer tipo de cuidado com o filho (amamentação, troca de fralda, banho), sendo caracterizada como um momento único entre mãe e bebê. A situação de interação livre foi registrada para Mp1, Mp2, Mp4 e Mp5. Para Mp3 essa situação não ocorre, fato que possa ter ocorrido devido ao contexto em que estava inserida, já que a mãe participante dividia-se aos cuidados de Bp3 (gemelar 1) em alojamento conjunto e de Bp3 (gemelar 2) no berçário.

Para todas as participantes, as observações obtidas pelas filmagens tinham durações definidas em função das condições do contexto específico considerado de cada mãe participante, a cada oportunidade de coleta de dados e cada participante teve um número diferente de oportunidade de observação das situações pré-determinadas.

A seguir são apresentados o tempo de registro e os comportamentos maternos de Mp1, Mp2, Mp3, Mp4, Mp5 ocorridos ao longo da internação nas situações de cuidado (amamentação, troca de fralda e banho) e interação livre.

Mp1 e Bp1

No primeiro dia pós-parto, a pesquisadora teve o primeiro contato com a Mp1 que preferiu o início das filmagens no quarto dia de internação, sendo que no segundo dia foi preenchida a ficha de identificação e no terceiro dia a entrevista semiestruturada. O comportamento observar o bebê na incubadora não apareceu, pois o recém-nascido não esteve na incubadora durante a internação.

A seguir, apresenta-se o Quadro 3 referente ao dia de internação, situação e sua duração para Mp1 e Bp1.

Quadro 3 – Respectivos dia de internação, situação e sua duração para Mp1 e Bp1

| Dia de Internação | Situação | Duração (minutos) |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| 4° | Amamentação | 2,2 |
| 5° | Banho | 12,4 |
| 5° | Troca de Fralda | 12 |
| 7° | Amamentação | 15,42 |
| 8° | Troca de Fralda | 11,39 |
| 9° | Amamentação | 7,31 |
| 10° | Interação livre | 1,56 |
| 11° | Troca de fralda | 6,41 |
| 12° | Banho | 3,42 |
| 13° | Amamentação | 15,38 |
| 13° | Troca de Fralda | 3,15 |
| 14° | Amamentação | 9,4 |
| 16° | Troca de fralda | 5 |
| 18° | Amamentação | 18,05 |

No Quadro 4, estão apresentados dados relativos ao conjunto de comportamentos, sua ocorrência, na situação de amamentação no 4°, 7°, 9°, 13°, 14° e 18° dias, durante o período de hospitalização de Bp1.

Quadro 4 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1 na situação de Amamentação no 4º, 7º, 9º, 13º, 14º, 18º dias de internação

| Mp1 | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------|---------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| Amamentação | | | | | | |
| Comportamentos | DI: 4º TD: 2,2 | DI: 7º TD: 15,42 | DI: 9º TD: 7,31 | DI: 13º TD: 15,38 | DI: 14º TD: 9,4 | DI: 18º TD: 18,05 |
| Olhar para o bebê | X | X | X | X | X | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | X | | X | | X | |
| Observar o bebê na incubadora | | | | | | |
| Falar com o bebê | | X | | X | | X |
| Falar pelo bebê | X | X | X | X | X | X |
| Falar sobre o bebê | X | X | X | X | X | X |
| Sorrir para o bebê | X | X | X | X | X | X |
| Embalar o bebê | | X | | | | |
| Beijar o bebê | X | | X | | X | |
| Acariciar o bebê | X | X | X | X | X | X |
| Tocar o bebê | X | X | X | | X | |
| Cheirar o bebê | X | X | X | | | X |
| Assoprar o cabelo do bebê | X | | | | | |
| Imitar o bebê | | | | | | |
| Total | 12 | 9 | 9 | 6 | 8 | 7 |

DI: Dia de internação

TD: Tempo de duração

Verifica-se, no Quadro 4, os comportamentos maternos de Mp1 na situação de amamentação que ocorreram no quarto, sétimo, nono, décimo terceiro, décimo quarto e décimo oitavo dias de internação do Bp1.

No quarto dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 2,2 minutos, os comportamentos que ocorrem foram olhar para o bebê, posicionar-se face a face ao bebê, falar pelo bebê, falar sobre o bebê, sorrir para o bebê, beijar o bebê, acariciar o bebê, tocar o bebê, cheirar o bebê e assoprar o cabelo do bebê. Totalizando a ocorrência de 12 comportamentos.

No sétimo dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 15,42 minutos e ocorrem os comportamentos olhar para o bebê, falar com o bebê, falar pelo bebê, falar sobre o bebê, sorrir para o bebê, embalar o bebê, acariciar o bebê, tocar o bebê e cheirar

o bebê. Em comparação ao quarto dia, ocorreram dois novos comportamentos: falar com o bebê e embalar o bebê. No total, ocorreram 7 comportamentos

Mp1 mostrou-se responsiva ao filho e o estimulou quando, provavelmente, considerou necessário, chamando-o de preguiçoso, também “respeita-o” nos momentos de sonolência. Por exemplo, neste dia, Mp1 encostou o nariz dela no dele, beijou-o, e falou: “Está todo molinho, dormiu”, “Ele se estica todo”.

No nono dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 7,31 minutos, os comportamentos registrados foram olhar para o bebê, posicionar-se face a face ao bebê, falar pelo bebê, falar sobre o bebê, sorrir para o bebê, beijar o bebê, acariciar o bebê, tocar o bebê e cheirar o bebê. Reapareceu o comportamento beijar o bebê em comparação ao sétimo dia. Totalizando nove comportamentos.

No décimo terceiro dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 15,38 minutos, os comportamentos registrados foram olhar para o bebê, falar com o bebê, falar pelo bebê, falar sobre o bebê, sorrir para o bebê e acariciar o bebê. Em comparação ao 9º dia o comportamento falar com o bebê reaparece. Nesse dia totalizaram-se seis comportamentos.

Nesse dia, Mp1 dá significado às reações do bebê, por exemplo, quando Bp1 faz um movimento como se batesse palmas e a ela diz: “assustou? hein?” ou quando acha engraçada a cara do bebê: “eu não aguento essa carinha séria dele”. No momento da amamentação, o comportamento olhar para o bebê e posicionar-se face a face permite a díade manter contato visual. Mp1 fala sobre a cor dos olhos do filho.

No décimo quarto dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 9,4 minutos, os comportamentos registrados foram olhar para o bebê, posicionar-se face a face ao bebê, falar pelo bebê, falar sobre o bebê, sorrir para o bebê, beijar o bebê, acariciar o bebê e tocar o bebê. Em comparação ao décimo terceiro dia, reapareceram os comportamentos posicionar-se face a face ao bebê e beijar o bebê. Nesse dia, oito comportamentos ocorreram.

No décimo oitavo dia de internação do bebê, o tempo total de filmagem foi de 18,05 minutos, em que Mp1 e Bp1 esperam pela comunicação da alta, os comportamentos olhar para o bebê, falar com o bebê, falar pelo bebê, falar sobre o bebê, sorrir para o bebê, acariciar o bebê e cheirar o bebê ocorrem. Totalizando 7 comportamentos.

Nesse dia, Mp1 parecia satisfeita e fala pelo bebê: “agora eu posso mamar só no peito, não tem mais papinha”. Mp1, na situação de amamentação, apresentou comportamentos que facilitaram a comunicação com o filho, como posicionar-se face a face ao bebê, falar com o bebê, falar pelo bebê, cheirar o bebê, beijar o bebê, sorrir para o bebê, assoprar o cabelo do

bebê; além do olhar para o bebê, tocar o bebê e acariciar o bebê. Como no estudo de Delgado e Zorzetto (2003) que objetivou verificar o conhecimento que as mães de filhos pré-termos têm a respeito do aleitamento materno e da importância deste como forma de comunicação e identificou que a maioria das participantes tinha informações adequadas a respeito do ato de amamentar, sendo que as formas de comunicação mais observadas foram à expressão facial, o contato visual e o contato físico. Os autores concluíram que a maioria das mães, apesar das dificuldades iniciais, consegue, por meio da amamentação, desencadear a experiência da comunicação e vinculação mãe-bebê e que a amamentação mostrou-se uma oportunidade de aproximação da mãe. Fato observado também no presente estudo com Mp1.

No Quadro 5, estão apresentados dados relativos ao conjunto de comportamentos, ocorrência, na situação de troca de fralda no 5º, 8º, 11º, 13º e 16º dias, durante o período de hospitalização de Bp1.

Quadro 5 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1 na situação de Troca de fralda no 5º, 8º, 11º, 13º, 16º dias de internação

| Mp1 | | | | | |
|-----------------------------------|------------------|---------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| Troca de fralda | | | | | |
| Comportamentos | DI: 5º TD: 12 | DI: 8º TD: 11,39 | DI: 11º TD: 6,41 | DI: 13º TD: 3,15 | DI: 16º TD: 5 |
| Olhar para o bebê | X | X | X | X | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | | | | | |
| Observar o bebê na incubadora | | | | | |
| Falar com o bebê | X | X | | X | X |
| Falar pelo bebê | X | X | | X | X |
| Falar sobre o bebê | X | X | | | X |
| Sorrir para o bebê | X | X | | X | X |
| Embalar o bebê | | | | | |
| Beijar o bebê | | | | | |
| Acariciar o bebê | | | | X | X |
| Tocar o bebê | | | X | | |
| Cheirar o bebê | | X | | | X |
| Assoprar o cabelo do bebê | | | | | |
| Imitar o bebê | | | | | |
| Total | 5 | 6 | 2 | 5 | 7 |

DI: Dia de internação
 TD: Tempo de duração

No quinto dia de internação, a situação de troca de fralda teve duração de 12 minutos, ocorreram os comportamentos olhar para o bebê, falar com o bebê, falar pelo bebê, falar sobre o bebê e sorrir para o bebê. Totalizando 5 comportamentos.

No oitavo dia, a situação de troca de fralda teve duração de 11,39 e ocorreram os comportamentos olhar para o bebê, falar com o bebê, falar sobre o bebê, sorrir para o bebê, e ocorreu o comportamento cheirar o bebê, total de 6 comportamentos.

Assim como na situação de amamentação, a troca de fralda teve um número significativo de comportamentos que também colaboram para o estabelecimento da interação inicial da díade. Para acalmar o bebê, durante o choro, por exemplo, no 8º dia, Mp1 diz “xiii”, ou como se estivesse conversando com seu bebê e consigo mesma, diz: “Não, não, para, que feio ficar gritando. Está até com soluço de tanto que grita; daí quem passa acha que estou judiando de você. Tem que ser as coisas tudo no meu tempo, se for no tempo da minha mãe não dá muito certo”.

No décimo primeiro dia de internação, a situação de troca de fralda teve duração de 6,41 minutos, ocorrem dois comportamentos: olhar para o bebê e tocar o bebê. Neste dia houve grande rotatividade de mães no quarto de alojamento conjunto e o fato de Mp1 permanecer pode ter contribuído para a redução dos comportamentos.

No décimo terceiro dia de internação, a situação de troca de fralda teve duração de 3,15 minutos e ocorrem os comportamentos olhar para o bebê, falar com o bebê, falar pelo bebê, sorrir para o bebê e acariciar o bebê. O comportamento acariciar o bebê ocorreu pela primeira e única vez nessa situação. Nesse dia ocorreram 5 comportamentos.

Na troca de roupa do bebê, Mp1 pegou uma roupinha grande e percebeu que não ficaria adequado, então solicitou ajuda da prima para procurar uma roupinha menor. Ao vestir Bp1, no 13º dia, ela diz: “ele é muito delicado, tem que ter muito cuidado” e realizou o cuidado vagorosamente. Mp1 realizou a higienização do coto umbilical e relatou receber orientação das outras puérperas do alojamento conjunto que já tinham filhos e experiência nesse tipo de cuidado.

No décimo sexto dia de internação, a situação de troca de fralda teve duração de 5 minutos, os comportamentos que ocorrem são olhar para o bebê, falar com o bebê, falar pelo bebê, falar sobre o bebê, sorrir para o bebê, acariciar o bebê e cheirar o bebê. Em comparação ao décimo terceiro dia, reaparecem os comportamentos falar sobre o bebê e cheirar o bebê.

Totalizando 7 comportamentos. Nesse dia, Mp1 acordou o filho para realizar a troca de fralda, conversando com o bebê: “deixa eu trocar você?”, “psiu, acorda”, “fez xixi? fez?”.

No Quadro 6, são apresentados dados relativos ao conjunto de comportamentos, sua ocorrência, na situação de banho no 5º e 12º dias, durante o período de hospitalização de Bp1.

Quadro 6 - Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1 na situação de Banho no 5º e 12º dias de internação

| Mp1 | | |
|-----------------------------------|--------------------|---------------------|
| Banho | | |
| Comportamentos | DI: 5º TD: 12,4 | DI: 12º TD: 3,42 |
| Olhar para o bebê | X | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | | |
| Observar o bebê na incubadora | | |
| Falar com o bebê | X | X |
| Falar pelo bebê | | |
| Falar sobre o bebê | X | |
| Sorrir para o bebê | | |
| Embalar o bebê | | |
| Beijar o bebê | | |
| Acariciar o bebê | | |
| Tocar o bebê | | |
| Cheirar o bebê | | |
| Assoprar o cabelo do bebê | | |
| Imitar o bebê | | |
| Total | 3 | 2 |

DI: Dia de internação

TD: Tempo de duração

O banho foi observado duas vezes ao longo da interação de Bp1. O primeiro banho foi realizado pela prima de Mp1 que a orientou, pois Mp1 refere ter medo pelo filho ser pequeno e frágil. No primeiro registro em que a mãe exerceu o cuidado após as explicações do familiar, ela, Mp1, ainda necessitou de auxílio. Constantemente Mp1 precisa pegar algum

objeto (sabonete, xampu, toalha) e verbalizou estar nervosa por ter que segurar o bebê, para ela tão pequeno e frágil, buscou na pesquisadora um apoio para aquele momento.

Os comportamentos olhar para o bebê e falar com o bebê apareceram mais vezes nos dois registros realizados na situação de banho. No quinto dia de internação, a situação de banho teve duração de 12,4 minutos e ocorreram os comportamentos olhar para o bebê, falar com o bebê e falar sobre o bebê. Totalizando 3 comportamentos. Nesse dia, com medo de virar o bebê, Mp1 realizou a higiene somente no lado ventral do bebê e ao levantá-lo para colocá-lo na toalha disse: “a parte mais radical que tem, meu Deus do céu!”. Ao final pediu ajuda à pesquisadora para tirar a água da “banheira” e limpá-la para que o bebê pudesse deitar após ser trocado. Solicitou também à pesquisadora que fechasse as janelas do quarto, enquanto ela vestia Bp1.

Foi possível perceber que até então, Mp1 não havia recebido orientação e apoio da equipe de profissionais e mesmo com a ajuda de um familiar as ações de cuidado eram novidade e desafiadoras. O estudo realizado com o propósito de compreender as vivências e os significados do primeiro banho dado pela puérpera em recém-nascido, em alojamento conjunto sob supervisão da enfermagem, mostrou como resultado a necessidade de novas práticas relacionadas à educação em saúde para que as mães sintam-se mais seguras, respeitadas em sua singularidade e empoderadas a exercer cuidados com o filho (SOUZA et al., 2010).

No décimo segundo dia de internação, a situação de banho teve duração de 3,42 minutos, os comportamentos foram: olhar para o bebê e falar com o bebê. Total de 2 comportamentos. Em relação aos comportamentos, falar sobre o bebê e falar com o bebê, esses representam vocalizações com significado de insegurança, como: “não sou tão experiente para dar o banho, é que ele é muito delicado.” Conforme o registro, esse momento parece não beneficiar a interação mãe-filho, pelo medo e aflição de Mp1 em terminar logo o cuidado. Situações dessa natureza deveriam ser previstas pela equipe de profissionais como potencializadoras de estresse na mãe.

No Quadro 7, estão apresentados dados relativos ao conjunto de comportamentos, sua ocorrência, na situação de interação livre no 10º dia, durante o período de hospitalização de Bp1.

Quadro 7 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1 na situação de Interação Livre no 10º dia de internação

| Mp1 | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Interação Livre | |
| Comportamentos | DI: 10º TD: 1,56 |
| Olhar para o bebê | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | |
| Observar o bebê na incubadora | |
| Falar com o bebê | X |
| Falar pelo bebê | X |
| Falar sobre o bebê | X |
| Sorrir para o bebê | X |
| Embalar o bebê | |
| Beijar o bebê | |
| Acariciar o bebê | |
| Tocar o bebê | X |
| Cheirar o bebê | |
| Assoprar o cabelo do bebê | |
| Imitar o bebê | |
| Total | 6 |

DI: Dia de internação

TD: Tempo de duração

Verifica-se, no Quadro 7, que há apenas um registro da situação de interação livre no décimo dia de internação e teve duração de 1,56 minutos. Os comportamentos que ocorreram foram olhar para o bebê, falar com o bebê, falar pelo bebê, falar sobre o bebê, sorrir para o bebê e tocar o bebê. Totalizando 6 comportamentos.

Nessa dia, Bp1 estava sonolento e Mp1 o estimulou chamando a atenção do filho, reconhecendo as reações do bebê, como franzir a testa, bocejar, espirrar, abrir um dos olhos. Mp1 pareceu atenta a cada movimento do bebê e sorriu com satisfação às interpretações que faz: “oiii... oiii”; “o olhinho deles é estranho, né?”; “fala pra mãe, ei só abro um olho”; “preguiçosinho”; “fala, eu estou com preguiça”. Mp1 observa com atenção o filho e diz:

“pequenininho, né!” Após, demonstra-se pensativa, e diz: “logo iremos embora, se Deus quiser”.

Percebeu-se, no caso de Mp1, que comportamentos encontrados em situações de cuidado (amamentação, troca de fralda e banho) também aparecem na interação livre.

Mp2 e Bp2

Mp2 inicialmente aceitou participar da pesquisa, mas a situação de amamentação só poderia ser observada pela pesquisadora e não filmada. Após a alta da participante, ela não quis ser observada/acompanhada nas visitas ao filho, permitindo que o registro continuasse nos dias que antecederam a alta do bebê.

A seguir, apresenta-se o Quadro 8 referente ao dia, situação e duração das sessões de Mp2 e Bp2.

Quadro 8 – Respectivos dia de internação, situação e sua duração para Mp2 e Bp2

| Dia de Internação | Situação | Duração (min:seg) | Minutos |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|----------------|
| 1 | Interação Livre | 11:28 | 11,28 |
| 14 | Troca de fralda | 10:17 | 10,17 |

No Quadro 9 são apresentados dados relativos ao conjunto de comportamentos, sua ocorrência, na situação de Troca de fralda no 14º dia, durante o período de hospitalização de Bp2.

Quadro 9 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp2 na situação de Troca de fralda no 14º dia de internação

| Mp2 | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Troca de Fralda | |
| Comportamentos | DI: 14º TD: 11,28 |
| Olhar para o bebê | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | |
| Observar o bebê na incubadora | |
| Falar com o bebê | X |

| | |
|---------------------------|----------|
| Falar pelo bebê | |
| Falar sobre o bebê | X |
| Sorrir para o bebê | |
| Embalar o bebê | |
| Beijar o bebê | |
| Acariciar o bebê | |
| Tocar o bebê | |
| Cheirar o bebê | |
| Assoprar o cabelo do bebê | |
| Imitar o bebê | X |
| Total | 4 |

DI: Dia de internação
TD: Tempo de duração

No décimo quarto dia de internação, a situação de troca de fralda teve duração de 10,17 minutos.

Os comportamentos apresentados no Quadro 9 foram: olhar para o bebê, falar com o bebê, falar sobre o bebê e imitar o bebê. Totalizando quatro comportamentos. O comportamento imitar o bebê foi identificado somente em Mp2, em comparação às outras mães participantes, Mp1, Mp3, Mp4 e Mp5. Durante a troca de fralda Mp2, no 14º dia de internação, acalmou o bebê dizendo: “não vai chorar filha, você é uma mocinha” ou conversando sobre ela e com ela: “ela é esperta”, “vamos ver se vai ter surpresa, né? filha”. Em relação aos dias anteriores de observação da situação, Mp2 sente-se empoderada para conversar e cuidar da filha. Nos últimos dias de internação Mp2 está em alojamento conjunto, mas o quarto, no momento, era ocupado somente por Mp2 e Bp2. Percebe-se que quando Bp2 estava no berçário, Mp2 preocupa-se em perguntar às enfermeiras a respeito do estado clínico de Bp2 e se limita a realizar poucos cuidados em decorrência da prematuridade e da permanência do bebê na incubadora.

No Quadro 10, estão apresentados dados relativos ao conjunto de comportamentos, sua ocorrência, na situação de Interação livre no 1º dia, durante o período de hospitalização de Bp2.

Quadro 10 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp2 na situação de Interação Livre no 1º dia de internação

| Mp2 | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Interação Livre | |
| Comportamentos | DI: 1° TD: 10,17 |
| Olhar para o bebê | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | X |
| Observar o bebê na incubadora | X |
| Falar com o bebê | X |
| Falar pelo bebê | |
| Falar sobre o bebê | X |
| Sorrir para o bebê | X |
| Embalar o bebê | |
| Beijar o bebê | |
| Acariciar o bebê | X |
| Tocar o bebê | X |
| Cheirar o bebê | |
| Assoprar o cabelo do bebê | |
| Imitar o bebê | |
| Total | 8 |

DI: Dia de internação
TD: Tempo de duração

No primeiro dia de internação, a situação de interação livre teve duração de 11,28 minutos.

A interação livre foi filmada no primeiro contato pós-parto, quando o bebê estava na incubadora, no berçário. Nesse dia os comportamentos identificados foram: olhar para o bebê, posicionar-se face a face ao bebê, olhar o bebê na incubadora, falar com o bebê, falar sobre o bebê, sorrir para o bebê, acariciar o bebê e tocar o bebê. Totalizando 8 comportamentos.

No primeiro dia de internação, Mp2 se apresentou para Bp2 e disse: “Oi filha! Oi filha da mãe! Ohh bebê... ohh nenê...”. Abre a incubadora e faz carinho no rosto de Bp2, diz: “oo bebê... preguiçosa, ó que preguiçosa”. Bp2 permaneceu de olhos fechados, mexeu as pernas. Mp2 diz: “ela sabe que é a mãe”.

Mp3 e Bp3

A seguir, apresenta-se o Quadro 11 referente ao dia, situação e duração das sessões de Mp3 e Bp3.

Quadro 11 – Respectivos dia de internação, situação e sua duração para Mp3 e Bp3

| Dia de Internação | Situação | Duração (minutos) |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| 1º | Amamentação | 12,16 |
| 2º | Troca de fralda | 4,12 |
| 2º | Banho | 5,02 |
| 2º | Amamentação | 3,22 |
| 3º | Amamentação | 9,3 |
| 3º | Troca de fralda | 2,1 |
| 3º | Banho | 5,53 |
| 4º | Amamentação | 10,25 |

No Quadro 12, estão apresentados dados relativos ao conjunto de comportamentos e sua ocorrência na situação de Amamentação no 1º, 2º, 3º e 4º dias, durante o período de hospitalização de Bp3. O comportamento observar o bebê na incubadora não apareceu, pois o recém-nascido não esteve na incubadora durante a internação.

Quadro 12 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp3 na situação de Amamentação no 1º, 2º, 3º e 4º dias de internação

| Mp3 | | | | |
|-----------------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|---------------------|
| Amamentação | | | | |
| Comportamentos | DI: 1º TD: 12,16 | DI: 2º TD: 3,22 | DI: 3º TD: 9,3 | DI: 4º TD: 10,25 |
| Olhar para o bebê | X | X | X | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | | | | |
| Observar o bebê na incubadora | | | | |
| Falar com o bebê | X | X | | |
| Falar pelo bebê | | | | |

| | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|
| | | | | |
| Falar sobre o bebê | X | | | |
| Sorrir para o bebê | | | | |
| Embalar o bebê | X | | | |
| Beijar o bebê | | | | |
| Acariciar o bebê | | | X | X |
| Tocar o bebê | X | | X | X |
| Cheirar o bebê | | | | |
| Assoprar o cabelo do bebê | | | | |
| Imitar o bebê | | | | |
| Total | 5 | 2 | 3 | 3 |

DI: Dia de internação

TD: Tempo de duração

No primeiro dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 12,16 minutos. Os comportamentos apresentados foram: olhar para o bebê, falar com o bebê, falar sobre o bebê, embalar o bebê e tocar o bebê. Totalizando 5 comportamentos.

No segundo dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 3,22 minutos e ocorrem os comportamentos, olhar para o bebê e falar com o bebê, um total de 2 comportamentos.

No terceiro dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 9,3 minutos, verificou-se a ocorrência dos comportamentos olhar para o bebê, acariciar o bebê e tocar o bebê. Totalizando 3 comportamentos.

No quarto dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 10,25 minutos e ocorrem, como anteriormente, os comportamentos: olhar para o bebê, acariciar o bebê e tocar o bebê.

Mp3, durante o período de acompanhamento, tem seus horários condicionados aos cuidados dispensados à Bp3 (2) no berçário. Fato que provavelmente interferiu nos cuidados em relação ao Bp3 (1) que permanecia com ela no alojamento conjunto.

Ao longo da internação, há ausência de alguns comportamentos, como falar sobre o bebê e embalar o bebê. No quarto dia de internação, Mp3 refere estar satisfeita pela filha poder ser amamentada e diz: “ela enche a pança e adora”, “estou feliz porque ela está sugando forte”.

No Quadro 13, estão apresentados dados relativos ao conjunto de comportamentos, sua ocorrência, na situação de Troca de fralda no 2º e 3º dias, durante o período de hospitalização de Bp3.

Quadro 13 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp3 na situação de Troca de Fralda no 2º e 3º dias de internação

| Mp3 | | |
|-----------------------------------|--------------------|-------------------|
| Troca de Fralda | | |
| Comportamentos | DI: 2º TD: 4,12 | DI: 3º TD: 2,1 |
| Olhar para o bebê | X | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | | |
| Observar o bebê na incubadora | | |
| Falar com o bebê | X | X |
| Falar pelo bebê | | |
| Falar sobre o bebê | | |
| Sorrir para o bebê | | |
| Embalar o bebê | | |
| Beijar o bebê | | |
| Acariciar o bebê | | |
| Tocar o bebê | | |
| Cheirar o bebê | | |
| Assoprar o cabelo do bebê | | |
| Imitar o bebê | | |
| Total | 2 | 2 |

DI: Dia de internação

TD: Tempo de duração

Os comportamentos registrados no segundo e terceiro dia foram: olhar para o bebê e falar com o bebê. Totalizando dois comportamentos cada dia. No segundo dia de internação, a situação de troca de fralda teve duração de 4,12 minutos e mantiveram-se os comportamentos do segundo dia de internação. No terceiro dia de internação, a situação de troca de fralda teve duração de 2,1 minutos.

Mp3 realizou a troca de fralda e a higienização do coto umbilical com atenção à

situação em si. Refere que é um cuidado novo, para ela. Nos momentos em que fala com o bebê, buscou acalmá-lo, pois Bp3 chorou durante a situação. Foi possível supor que quando a mãe tem que realizar um cuidado novo ou recém-aprendido, sua atenção está voltada para a realização do procedimento técnico e não na interação.

No Quadro 14, estão apresentados dados relativos ao conjunto de comportamentos, sua ocorrência, na situação de banho no 2º e 3º dias, durante o período de hospitalização de Bp3.

Quadro 14 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp3 na situação de Banho no 2º e 3º dias de internação.

| Mp3 | | |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|
| Banho | | |
| Comportamentos | DI: 2º TD: 5,02 | DI: 3º TD: 5,53 |
| Olhar para o bebê | X | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | | |
| Observar o bebê na incubadora | | |
| Falar com o bebê | X | X |
| Falar pelo bebê | | X |
| Falar sobre o bebê | | |
| Sorrir para o bebê | | |
| Embalar o bebê | | |
| Beijar o bebê | | X |
| Acariciar o bebê | | |
| Tocar o bebê | | |
| Cheirar o bebê | | |
| Assoprar o cabelo do bebê | | |
| Imitar o bebê | | |
| Total | 2 | 4 |

DI: Dia de internação
TD: Tempo de duração

No segundo dia de internação, a situação de banho teve duração de 5,02 minutos e ocorrem os comportamentos, olhar para o bebê e falar com o bebê. Total de 2

comportamentos.

No terceiro dia de internação, a situação de banho teve duração de 5,53 minutos, ocorreram os comportamentos olhar para o bebê, falar com o bebê, falar pelo bebê e beijar o bebê. Totalizando 4 comportamentos.

A situação de banho, realizada por Mp3 foi auxiliada pela avó materna. Mp3 mostrou-se atenta ao cuidado e o realizou com segurança. No segundo dia, em que conversou (fala) com o bebê, o consolou enquanto Bp3 chorava: “Vem, vem.. guti guti”, “xii”, “chora não, chora não”, “psiu”, “lavar a cabecinha”.

Mp4 e Bp4

A seguir, apresenta-se o Quadro 15 referente ao dia, situação e duração das sessões de Mp4 e Bp4.

Quadro 15 – Respective dia de internação, situação e sua duração para Mp4 e Bp4

| Dia de Internação | Situação | Duração (minutos) |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| 3º | Troca de fralda | 11,04 |
| 4º | Amamentação | 11,36 |
| 5º | Interação livre | 14,31 |
| 7º | Troca de fralda | 17,53 |
| 8º | Amamentação | 3,22 |
| 9º | Troca de fralda | 12,03 |
| 10º | Amamentação | 38,59 |
| 11º | Amamentação | 9,41 |

No Quadro 16, estão apresentados dados relativos ao conjunto de comportamentos, sua ocorrência, na situação de Amamentação no 4º, 8º, 10º e 11º dias, durante o período de hospitalização de Bp4.

Quadro 16 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp4 na situação de Amamentação no 4º, 8º, 10º e 11º dias de internação

| Mp4 | | | | |
|-----------------------------------|---------------------|--------------------|----------------------|---------------------|
| Amamentação | | | | |
| Comportamentos | DI: 4° TD: 11,36 | DI: 8° TD: 3,22 | DI: 10° TD: 38,59 | DI: 11° TD: 9,41 |
| Olhar para o bebê | X | X | X | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | | | | |
| Observar o bebê na incubadora | | | | |
| Falar com o bebê | | | X | X |
| Falar pelo bebê | | | | |
| Falar sobre o bebê | X | X | X | X |
| Sorrir para o bebê | | | | |
| Embalar o bebê | | | | |
| Beijar o bebê | | | | |
| Acariciar o bebê | | | | |
| Tocar o bebê | | | | |
| Cheirar o bebê | | | | |
| Assoprar o cabelo do bebê | | | | |
| Imitar o bebê | | | | |
| Total | 2 | 2 | 3 | 3 |

DI: Dia de internação

TD: Tempo de duração

No quarto dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 11,36 minutos, ocorreram os comportamentos olhar para o bebê e falar sobre o bebê, total de 2 comportamentos.

No oitavo dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 2,79 minutos, ocorrem os comportamentos olhar para o bebê e falar sobre o bebê, total de 2 comportamentos.

No décimo dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 38,59 minutos e ocorreram os comportamentos olhar para o bebê, falar com o bebê, falar sobre o bebê. Nesse dia, Mp4, ao ser questionada por um familiar, relatou sobre sua dificuldade de amamentar o bebê no peito, dizendo: “meu bico é invertido, mas o leite está descendo. Mas meu bico que não consegue, porque assim... esse bico aqui (de silicone) vai no céu da boca

dele e meu bico acho que não chega no céu da boca”.

No décimo primeiro dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 9,41 minutos, ocorreram os comportamentos olhar para o bebê, falar com o bebê e falar sobre o bebê. Totalizando 3 comportamentos.

Nesse dia, Mp4 relata a respeito da amamentação, mostrou-se preocupada e insegura com a quantidade de leite que produz, bem como com a forma como as profissionais estimulam o bebê: “Agora ele pegou. Elas empurram a cabeça dele e eu não gosto, eu sei que tem que incentivar, mas... Eu acho que ele puxa bem levinho, essa sucção maior é elas que talvez empurram a cabeça e força ele pegar. Mas assim, bem pouquinho sabe. Óh o leite escorre, mas...”.

Ainda, provavelmente, com dúvidas e incertezas, a díade recebe alta e a pediatra indica um suplemento, caso Mp4 não consiga amamentar em ambiente domiciliar.

No Quadro 17, estão apresentados dados relativos ao conjunto de comportamentos, sua ocorrência, na situação de troca de fralda no 3º, 7º e 9º dias, durante o período de hospitalização de Bp4.

Quadro 17 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp4 na situação de Troca de Fralda no 3º, 7º e 9º dias de internação

| Mp4 | | | |
|-----------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Troca de Fralda | | | |
| Comportamentos | DI: 3º TD: 11,04 | DI: 7º TD: 17,53 | DI: 9º TD: 12,03 |
| Olhar para o bebê | X | X | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | | | |
| Observar o bebê na incubadora | | | |
| Falar com o bebê | | X | X |
| Falar pelo bebê | X | | |
| Falar sobre o bebê | X | X | |
| Sorrir para o bebê | | | |
| Embalar o bebê | | | |
| Beijar o bebê | | | |
| Acariciar o bebê | | | |
| Tocar o bebê | | | |
| Cheirar o bebê | | | |
| Assoprar o cabelo do bebê | | | |

| | | | |
|---------------|---|---|---|
| Imitar o bebê | | | |
| Total | 3 | 3 | 2 |

DI: Dia de internação
 TD: Tempo de duração

No terceiro dia de internação, a situação de troca de fralda teve duração de 11,04 minutos. Nesse dia ocorreram os comportamentos olhar para o bebê, falar pelo bebê e falar sobre o bebê. Totalizando 3 comportamentos. A troca de fralda era realizada com o auxílio do pai, pois Mp4 refere ter medo de machucá-lo e que também não consegue limpar o coto umbilical. Mp4 relata sobre a reação do filho quando o pai higieniza o coto umbilical: “ele fica muito irritadinho, não gosta que mexam nele não”. No decorrer da limpeza Mp4 diz: “oh misericórdia, é um momento muito complicado, porque é a higienização do umbigo né!? E, às vezes, me dá um arrepio”. Mp4 preocupa-se que a limpeza seja realizada de maneira correta. E, logo após, leva Bp4 para a incubadora.

No sétimo dia de internação, a situação de troca de fralda teve duração de 17,53 minutos e ocorreram os comportamentos identificados anteriormente: olhar para o bebê, falar com o bebê e falar sobre o bebê.

No nono dia de internação, a situação de troca de fralda teve duração de 12,03 minutos. Ocorreram os comportamentos olhar para o bebê e falar com o bebê, totalizando 2 comportamentos. Nesse dia Mp4 realizou o cuidado e relatou para a pesquisadora que não iria conversar com Bp4 porque não estava bem.

No Quadro 18, estão apresentados dados relativos ao conjunto de comportamentos, sua ocorrência, na situação de interação livre no 5º dia, durante o período de hospitalização de Bp4.

Quadro 18 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp4 na situação de Interação Livre no 10º dia de internação

| Mp4 | |
|------------------------|----------------------|
| Interação Livre | |
| Comportamentos | DI: 10º TD: 14,31 |
| Olhar para o bebê | X |

| | |
|-----------------------------------|----------|
| Posicionar-se face a face ao bebê | |
| Observar o bebê na incubadora | |
| Falar com o bebê | |
| Falar pelo bebê | X |
| Falar sobre o bebê | X |
| Sorrir para o bebê | |
| Embalar o bebê | |
| Beijar o bebê | |
| Acariciar o bebê | X |
| Tocar o bebê | X |
| Cheirar o bebê | |
| Assoprar o cabelo do bebê | |
| Imitar o bebê | |
| Total | 5 |

DI: Dia de internação

TD: Tempo de duração

No décimo dia de internação, a situação de interação livre teve duração de 14,03 minutos. Ocorreram os comportamentos olhar para o bebê, falar pelo bebê, falar sobre o bebê, acariciar o bebê e tocar o bebê. Totalizando 5 comportamentos. Percebe-se que nessa situação Mp4 emitiu comportamentos que poderiam favorecer a interação com Bp4, como tocar e acariciar o bebê, se comparado às outras situações de cuidado, registradas anteriormente.

Na situação de interação livre em que Bp4 está no colo de Mp4, essa disse: “olha o moço bonito, olha ele está dando risada óh lá, óh que lindo né”.

Não há o registro, pela filmagem, dos comportamentos de Mp4 na situação de banho, porém no acompanhamento da díade, numa situação em que a profissional da enfermagem iria começar a higienização de Bp4, Mp4 prontifica-se em auxiliar. Ao colocar a água no recipiente para o banho do bebê, Mp4 relata não saber a quantidade e nem a temperatura ideal para o cuidado. Solicitou orientação da profissional que disse: “deixa que eu coloco, pode deixar”. Sendo esse um momento ideal para inserir Mp4 no cuidado ao seu bebê e para que recebesse orientação adequada. Nos últimos dias de internação Mp4 comentou que iria receber ajuda da mãe para o banho do filho.

Mp5 e Bp5

A seguir, apresenta-se o Quadro 19 referente ao dia, situação e duração das sessões de Mp5 e Bp5.

Quadro 19 – Respectivos dia de internação, situação e sua duração para Mp5 e Bp5

| Dia de Internação | Situação | Duração (minutos) |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| 3º | Interação livre | 5,16 |
| 4º | Interação livre | 19,46 |
| 5º | Interação livre | 1,26 |
| 6º | Amamentação | 9,44 |
| 8º | Amamentação | 18,37 |
| 9º | Troca de fralda | 7,35 |
| 10º | Amamentação | 7,27 |
| 11º | Troca de fralda | 7,31 |
| 12º | Amamentação | 8,27 |
| 13º | Amamentação | 9,31 |
| 15º | Interação livre | 4,04 |
| 17º | Interação livre | 2,16 |
| 18º | Amamentação | 3,35 |
| 19º | Interação livre | 2,3 |

No Quadro 20, estão apresentados dados relativos ao conjunto de comportamentos, sua ocorrência, na situação de amamentação no 6º, 8º, 10º, 12º, 13º, 18º dia, durante o período de hospitalização de Bp5.

Quadro 20 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp5 na situação de Amamentação no 6º, 8º, 10º, 12º, 13º e 18º dias de internação

| Mp5 | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Amamentação | | | | | | |
| Comportamentos | DI: 6° TD: 9,44 | DI: 8° TD: 18,37 | DI: 10° TD: 7,27 | DI: 12° TD: 8,27 | DI: 13° TD: 9,31 | DI: 18° TD: 3,35 |
| Olhar para o bebê | X | X | X | X | X | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | | | | | | |
| Observar o bebê na incubadora | | | | | | |
| Falar com o bebê | | X | X | X | | |
| Falar pelo bebê | | | | | | |
| Falar sobre o bebê | X | X | X | | X | X |
| Sorrir para o bebê | X | X | X | | | |
| Embalar o bebê | | | | | | |
| Beijar o bebê | | | | | | |
| Acariciar o bebê | X | X | X | X | X | X |
| Tocar o bebê | X | X | X | X | | |
| Cheirar o bebê | X | | | | | |
| Assoprar o cabelo do bebê | | | | | | |
| Imitar o bebê | | | | | | |
| Total | 6 | 6 | 6 | 4 | 3 | 3 |

DI: Dia de internação

TD: Tempo de duração

No sexto dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 9,44 minutos e ocorreram os comportamentos: olhar para o bebê, falar sobre o bebê, sorrir para o bebê, acariciar o bebê, tocar o bebê e cheirar o bebê. Totalizando 6 comportamentos.

No oitavo dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 18,37 minutos e ocorreram os comportamentos olhar para o bebê, falar com o bebê, falar sobre o bebê, sorrir para o bebê, acariciar o bebê e tocar o bebê. Totalizando 6 comportamentos.

No décimo dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 7,27 minutos e ocorreram os comportamentos identificados no oitavo dia: olhar para o bebê, falar com o bebê, falar sobre o bebê, sorrir para o bebê, acariciar o bebê e tocar o bebê, total de 6 comportamentos. Nesse dia, Mp5 olhava a filha e comentava: “ta vendo como ela ta linda? Depois de tanto sacrificio”, “você ta ficando gordinha, olha as suas bochechas”. Na maioria das gravações Mp5 ficava com a Bp5 no colo a observando e conversando com ela, referia

não sentir-se confiante para conversar com a equipe.

No décimo segundo dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 8,27 minutos e verificou-se a ocorrência dos comportamentos, olhar para o bebê, falar com o bebê, acariciar o bebê e tocar o bebê. Totalizando 4 comportamentos.

No décimo terceiro dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 9,31 minutos e ocorreram os comportamentos: olhar para o bebê, falar sobre o bebê e acariciar o bebê, um total de 3 comportamentos.

No décimo oitavo dia de internação, a situação de amamentação teve duração de 3,35 minutos e ocorreram os comportamentos, olhar para o bebê, falar sobre o bebê e acariciar o bebê. Totalizando 3 comportamentos.

Mp5, na situação de amamentação, demonstrou um número significativo de comportamentos nos dias iniciais de internação. Preocupou-se com a quantidade de leite ordenhado e do complemento, disse que havia muita quantidade de leite para dar em intervalos de tempo reduzidos. Refere que Bp5 está muito “cheia” e, assim, vomitava.

Quadro 21 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp5 na situação de Troca de Fralda no 9º e 11º dias de internação

| Mp5 | | |
|-----------------------------------|--------------------|---------------------|
| Troca de Fralda | | |
| Comportamentos | DI: 9º TD: 7,35 | DI: 11º TD: 7,31 |
| Olhar para o bebê | X | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | | |
| Observar o bebê na incubadora | | |
| Falar com o bebê | X | |
| Falar pelo bebê | | |
| Falar sobre o bebê | | X |
| Sorrir para o bebê | | X |
| Embalar o bebê | | |
| Beijar o bebê | | |
| Acariciar o bebê | | |
| Tocar o bebê | | |
| Cheirar o bebê | | |
| Assoprar o cabelo do bebê | | |
| Imitar o bebê | | |
| Total | 2 | 3 |

DI: Dia de internação
TD: Tempo de duração

No Quadro 21 são apresentados dados relativos ao conjunto de comportamentos, sua ocorrência, na situação de troca de fralda no 9º, 11º dia, durante o período de hospitalização de Bp5.

No nono dia de internação, a situação de troca de fralda teve duração de 7,35 minutos e ocorreram os comportamentos olhar para o bebê e falar com o bebê. Totalizando dois comportamentos.

No décimo primeiro dia de internação, a situação de troca de fralda teve duração de 7,31 minutos e ocorreram os comportamentos olhar para o bebê, falar sobre o bebê e sorrir para o bebê, um total de 3 comportamentos.

Há poucos registros da situação de troca de fralda e nenhum de banho, pois como Bp5 permaneceu no berçário durante a internação, as técnicas de enfermagem realizavam esse cuidado, geralmente sem a presença de Mp5. Para Mp5, essa situação era confortável, pois refere sentir medo e por não ter experiência anterior, relata preferir “aprender” depois.

Na situação de troca de fralda, Mp5 pede auxílio à pesquisadora, para pegar a fralda e organizar o espaço para a realização do cuidado. Percebe-se a insegurança de Mp5, que não conta nesse momento de orientação ou auxílio de um profissional da equipe.

No Quadro 22, estão apresentados dados relativos ao conjunto de comportamentos, sua ocorrência, na situação de Interação livre no 3º, 4º, 5º, 15º, 17º e 19º dia, durante o período de hospitalização de Bp5.

Quadro 22 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp5 na situação de Interação Livre no 3º, 4º, 5º, 15º, 17º e 19º dias de internação

| Mp5 | | | | | | |
|-----------------------------------|----------|-----------|----------|----------|----------|---------|
| Interação Livre | | | | | | |
| Comportamentos | DI: 3º | DI: 4º | DI: 5º | DI: 15º | DI: 17º | DI: 19º |
| | TD: 5,16 | TD: 19,46 | TD: 1,26 | TD: 4,04 | TD: 2,16 | TD: 2,3 |
| Olhar para o bebê | X | X | X | X | X | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | | | | | | |
| Observar o bebê na incubadora | X | | | | | |
| Falar com o bebê | | X | X | X | X | |
| Falar pelo bebê | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Falar sobre o bebê | | | X | | X | X |
| Sorrir para o bebê | | X | | | X | |
| Embalar o bebê | | | | | | |
| Beijar o bebê | | | X | | | |
| Acariciar o bebê | X | X | X | X | X | X |
| Tocar o bebê | | | | | X | |
| Cheirar o bebê | | | | | | |
| Assoprar o cabelo do bebê | | | | | | |
| Imitar o bebê | | | | | | |
| Total | 3 | 4 | 5 | 3 | 6 | 3 |

DI: Dia de internação

TD: Tempo de duração

No terceiro dia de internação, a situação de interação livre teve duração de 5,16 minutos e ocorreram os comportamentos olhar para o bebê, observar o bebê na incubadora e acariciar o bebê. Totalizando 3 comportamentos.

No quarto dia de internação, a situação de interação livre teve duração de 19,46 minutos e ocorreram os comportamentos olhar para o bebê, falar com o bebê, sorrir para o bebê e acariciar o bebê. Apareceram os comportamentos falar com o bebê e sorrir para o bebê em comparação ao terceiro dia. Nesse dia ocorreu um total de 4 comportamentos.

No quinto dia de internação, a situação de interação livre teve duração de 1,26 minutos e ocorreram os comportamentos: olhar para o bebê, falar com o bebê, falar sobre o bebê, beijar o bebê e acariciar o bebê. Totalizando 5 comportamentos.

No décimo quinto dia de internação, a situação de interação livre teve duração de 4,04 minutos e ocorreram os comportamentos olhar para o bebê, falar com o bebê e acariciar o bebê. Totalizando 3 comportamentos.

No décimo sétimo dia de internação, a situação de interação livre teve duração de 2,16 minutos e ocorreram os comportamentos: olhar para o bebê, falar com o bebê, falar sobre o bebê, sorrir para o bebê, acariciar o bebê e tocar o bebê, um total de 6 comportamentos. Pela primeira vez, nessa situação ocorre o comportamento tocar o bebê.

No décimo nono dia de internação, a situação de interação livre teve duração de 2,3 minutos e os comportamentos foram: olhar para o bebê, falar sobre o bebê e acariciar o bebê. Totalizando 3 comportamentos.

O Quadro 23 apresenta a ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1, Mp3, Mp4 e Mp5 na situação de Amamentação, não há registro de Mp2, respeitando o pedido da puérpera. Percebe-se que o comportamento olhar para o bebê ocorreu durante os dias de internação dos bebês.

Os comportamentos posicionar-se face a face ao bebê, falar pelo bebê, cheirar o bebê e assoprar o cabelo do bebê foram identificados somente na Mp1 e o comportamento observar o bebê na incubadora somente na Mp5. Os comportamentos falar com o bebê e falar sobre o bebê ocorrem nas quatro mães ao longo da internação.

Os comportamentos sorrir para o bebê e beijar o bebê são verificados em Mp1 e Mp5. O comportamento embalar o bebê é identificado em Mp1 e Mp3. Acariciar o bebê e Tocar o bebê foram identificados em Mp1, Mp3 e Mp5.

Quadro 24 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1, Mp2, Mp3, Mp4 e Mp5 na situação de Troca de Fralda

| Troca de Fralda | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|----|----|-----|-----|
| Comportamentos | Mp1 | | | | | Mp2 | Mp3 | | Mp4 | | | Mp5 | |
| | 5° | 8° | 11° | 13° | 16° | 14° | 2° | 3° | 3° | 7° | 9° | 9° | 11° |
| Olhar para o bebê | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | | | | | | | | | | | | | |
| Observar o bebê na incubadora | | | | | | | | | | | | | |
| Falar com o bebê | X | X | | X | X | X | X | X | | X | X | X | |
| Falar pelo bebê | X | X | | X | X | | | | X | | | | |
| Falar sobre o bebê | X | X | | | X | X | | | X | X | | | X |
| Sorrir para o bebê | X | X | | X | X | | | | | | | | X |
| Embalar o bebê | | | | | | | | | | | | | |
| Beijar o bebê | | | | | | | | | | | | | |
| Acariciar o bebê | | | | X | X | | | | | | | | |
| Tocar o bebê | | | X | | | | | | | | | | |
| Cheirar o bebê | | X | | | X | | | | | | | | |
| Assoprar o cabelo do bebê | | | | | | | | | | | | | |
| Imitar o bebê | | | | | | X | | | | | | | |

O Quadro 24 apresenta a ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1, Mp2, Mp3, Mp4 e Mp5 na situação de Troca de Fralda. Percebeu-se que o comportamento olhar para o bebê ocorreu durante os dias de internação dos bebês.

Os comportamentos acariciar o bebê, tocar o bebê e cheirar o bebê foram identificados somente na Mp1 e o comportamento imitar o bebê somente na Mp2. Os comportamentos falar com o bebê e falar sobre o bebê ocorreram nas cinco mães ao longo da internação.

O comportamento falar pelo bebê foi identificado em Mp1 e Mp4. O comportamento sorrir para o bebê foi identificado em Mp1 e Mp5.

Quadro 25 – Ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1 e Mp3 na situação de Banho ao longo da interação

| Banho | | | | |
|-----------------------------------|------------|-----|------------|----|
| Comportamentos | Mp1 | | Mp3 | |
| | 5° | 12° | 2° | 3° |
| Olhar para o bebê | X | X | X | X |
| Posicionar-se face a face ao bebê | | | | |
| Observar o bebê na incubadora | | | | |
| Falar com o bebê | X | X | X | X |
| Falar pelo bebê | | | | X |
| Falar sobre o bebê | X | | | |
| Sorrir para o bebê | | | | |
| Embalar o bebê | | | | |
| Beijar o bebê | | | | X |
| Acariciar o bebê | | | | |
| Tocar o bebê | | | | |
| Cheirar o bebê | | | | |
| Assoprar o cabelo do bebê | | | | |
| Imitar o bebê | | | | |

O Quadro 25 apresenta a ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1 e Mp3 na situação de Banho. Percebeu-se que os comportamentos olhar para o bebê e falar com o bebê ocorreram durante os dias de internação dos bebês.

O comportamento falar sobre o bebê foi identificado em Mp1 e os comportamentos falar pelo bebê e beijar o bebê em Mp3.

O Quadro 26 apresenta a ocorrência dos comportamentos apresentados por Mp1, Mp2, Mp4 e Mp5 na situação de Interação Livre. Percebeu-se que os comportamentos olhar para o bebê ocorreram durante os dias de internação dos bebês.

Os comportamentos falar sobre o bebê e tocar o bebê ocorreram nas quatro mães.

O comportamento posicionar-se face a face ao bebê foi identificado somente em Mp2 e o comportamento beijar o bebê somente em Mp5. Os comportamentos falar com o bebê e sorrir para o bebê foram identificados em Mp1, Mp2 e Mp5. Falar pelo bebê em Mp1 e Mp4.

O comportamento acariciar o bebê ocorreu em Mp2, Mp4 e Mp5.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo procurou caracterizar os comportamentos maternos presentes na interação mãe-bebê internado em situações de cuidado e de interação livre, bem como identificar e descrever os fatores que podem interferir no estabelecimento da interação inicial durante o período de internação do bebê. Essa proposta reafirmou a importância dos primeiros momentos pós-parto.

Os resultados do presente estudo permitiram constatar que a idade das cinco puérperas variou entre 21 a 36 anos e que as cinco participantes mantinham uma relação estável. A idade gestacional dos bebês variou de 34 a 37 semanas, dois deles com 34 semanas de idade gestacional, um com 35 e outro com 36, considerados prematuros tardios, e, por fim, um de 37, prematuro limítrofe. O peso ao nascimento variou de 1.740 a 2.390, portanto considerados de baixo peso.

Num estudo que teve como objetivo apresentar uma reflexão acerca de alguns fatores relacionados à saúde da mulher no período puerperal e suas repercussões sobre a saúde da criança, foi identificado que, ao exercer a maternidade pela primeira vez, é comum a mulher apresentar sentimentos de inabilidade e negligência de muitas tarefas que favoreçam o bem-estar do recém-nascido internado (ANDRADE et al., 2015). Assim percebe-se que a vivência da maternidade é um momento delicado e desafiador às puérperas primíparas e que pode ser intensificado pela necessidade de internação do bebê.

Para todas as participantes deste estudo, o primeiro contato mãe-bebê ocorreu horas após o nascimento. O primeiro contato entre a díade, nesse estudo, ocorreu em alojamento conjunto (Mp1, Mp3, Mp4) ou em berçário (Mp2 e Mp5).

De acordo com o estudo de Santos et al. (2014), que objetivou compreender a vivência da puérpera durante o primeiro contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto imediato, realizado com quatorze puérperas por meio de entrevistas semiestruturadas, evidenciou que o incentivo do contato pele a pele após o nascimento ocorre de forma mecânica e rápida. Para não delongar o tempo de permanência na sala de parto, os profissionais, muitas vezes, preocupam-se em prestar os cuidados ao recém-nascido imediatamente após o parto, deixando para segundo plano o primeiro contato entre a mãe e o bebê. Assim, evidenciam-se fragilidades dos profissionais de saúde como incentivadores do primeiro contato pós-parto.

O contexto de internação de Mp1, que ficou com Bp1 a maior parte da internação em alojamento conjunto com outras quatro puérperas, impediu a privacidade da díade havendo

circulação dos muitos profissionais e de familiares que dificultava Mp1 descansar. Nos dois últimos dias de internação ela ficou sozinha em um quarto com o bebê. Mp3 e Mp4 permaneceram em alojamento conjunto com seus bebês até o final da internação e também referiram ser mais tranquilo para elas.

O alojamento conjunto é considerado um ambiente que visa à permanência do recém-nascido, logo após o nascimento, com a mãe durante o período de internação. Esse sistema possibilita a inserção materna aos cuidados com o bebê, assim como facilita a orientação e o amparo à puérpera e ao recém-nascido (FARIA; MAGALHÃES; ZERBETTO, 2010; BRASIL, 2012). No entanto, em alguns casos, esse apoio não é oferecido.

Em relação às condições do berçário, esse se apresentou muitas vezes desfavorável. As mães participantes desse estudo (Mp1, Mp2 e Mp5) ficavam muitas vezes com olhar disperso observando os outros recém-nascidos e acompanhando a rotina de trabalho da equipe. Havia profissionais que falavam alto, o que incomodava Mp1 e Mp5.

É imprescindível considerar a importância da interação inicial entre mãe-bebê de risco durante a permanência em hospital, assim como deve ser considerado o impacto da separação pós-parto e o contexto em que mãe e bebê estão inseridos (SCHMIDT et al., 2012; ROSA et al. 2010; MELO; SOUZA; PAULA, 2012; SALGADO; NIYE; DINIZ, 2013).

Percebe-se que há falta de profissionais para atender a demanda dos sete leitos de internação do berçário, por algumas vezes, somente uma técnica de enfermagem era responsável durante o turno, o que lhe demandava muitas tarefas a serem realizadas.

Quando, de acordo com a literatura, logo após o nascimento, mãe e neonato ficam juntos, esse momento propicia inúmeros eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, contribuindo positivamente para a criação e o fortalecimento do vínculo, bem como da comunicação (BECK et al., 2012). E, quando em decorrência da separação precoce, esse contato inicial sofre interferências negativas necessitando restabelecimento do vínculo (WIRTH, 2000).

Percebe-se, pelos resultados, que as participantes, sem distinção, sentem-se bem ao poder tocar ou aconchegar o bebê em seus braços. O contato inicial entre a díade propicia a aproximação e estimulação do recém-nascido por meio do reconhecimento mútuo, entre a mãe e seu bebê, do calor e voz materna, do toque, da amamentação, dos cuidados ou simplesmente pelo estar juntos.

Uma das participantes do estudo, no caso Mp3, referiu que só viu um de seu bebê gemelar (que não foi inserido no estudo por opção da participante), porque a profissional da enfermagem solicitou sua presença no berçário para acalmar o bebê que chorava muito. Mp3

teve seu primeiro contato com o bebê, dessa maneira, sendo que este poderia ter acontecido antes e não na dependência de uma decisão específica do profissional.

A separação inicial pós-parto gerou sentimento de ansiedade, referido por Mp1, Mp2, Mp4 e Mp5. Nesse contexto, a participante Mp4 sugeriu atendimento psicológico à equipe da instituição relatava que o bebê já havia ocupado muito de sua vida e que esquecia de alimentar-se ou de pentear o cabelo, referindo que mesmo com a ajuda dos outros, o filho depende e demanda cuidados da mãe.

Em ambiente hospitalar, é comum transparecer nas mães, sentimentos de culpa, insegurança e ansiedade por não saber/poder cuidar de seu filho (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010; ELEUTÉRIO et al., 2008). Considera-se que o puerpério caracteriza-se como um período de vulnerabilidade emocional e física para as mulheres que podem estar psicologicamente sobrecarregadas com a responsabilidade de exercer a maternidade e encarar o novo papel de ser mãe (CABRA; OLIVEIRA, 2010). Fica evidente a importância do apoio da equipe em amenizar esse período pós-parto em que o bebê necessita permanecer no hospital.

Em decorrência do nascimento prematuro, as participantes Mp1, Mp2, Mp4 e Mp5 demonstraram surpresa com as características apresentadas pelo recém-nascido, sendo importante que a equipe esteja disposta e orientada a esclarecer dúvidas e receios quanto ao tamanho, cor da pele, movimentos do bebê, entre outros, beneficiando o estabelecimento do vínculo.

Mp4 referiu que se sente aliviada por Bp4 não necessitar de cuidados especiais na UTIN e Mp5, por ter Bp5 (gemelar 2) internado na UTIN e Bp5 (gemelar 1) em Berçário de prematuros, diferenciou o comportamento de ambas e relatou que Bp5 (2) não reconhece a sua voz como Bp5 (gemelar 1). Da mesma forma, Roso et al. (2014) procurou descrever a vivência das mães em relação ao nascimento de um filho prematuro por meio de entrevista semiestruturada com nove mães e identificaram que para essas puérperas ter um filho que não precisou internar em UTIN facilita o cuidar, tendo em vista a possibilidade de construção de vínculo, apego e troca de carinho. Portanto, o cuidado materno e a percepção do bebê de risco como recíproco à interação apresentam-se como ensinamentos e possibilidades significativas durante o período de internação.

Também foi possível perceber que a presença de um acompanhante durante a internação do bebê deixa as puérperas primíparas mais confortáveis e seguras, principalmente na realização dos cuidados dos filhos, sendo que em alguns casos a equipe não ofereceu o apoio necessário nesse processo de adaptação e habituação da nova rotina dessas mulheres,

por exemplo, no caso de Mp3 e Mp5. Os maridos de Mp1 e Mp4 eram responsabilizados pelas tarefas em domicílio. Os companheiros das participantes da presente pesquisa exerciam afazeres domésticos e eram reconhecidos pelas puérperas como contribuição fundamental nesse período. No presente estudo, a participante Mp4 recebeu ajuda do marido durante o período de internação de Bp4 na situação da troca de fralda.

Percebe-se que há uma mudança no paradigma cultural, o qual, em décadas anteriores, a divisão das tarefas eram realizadas apenas pelas mulheres (OLIVEIRA; BRITO, 2009). Da mesma forma, o estudo de Resende et al. (2014) com 40 pais, por meio de entrevista, identificou as mesmas tarefas desempenhadas e ressaltou que o marido representa um importante aliado para a díade mãe-bebê. No estudo de Pereira et al. (2012), puérperas primíparas relataram a satisfação em ter o esposo como facilitador do cuidado com o recém-nascido, o qual auxilia nas situações de troca de fralda e banho.

O apoio paterno apresenta-se como suporte às puérperas e as ajudam a lidar com o contexto de prematuridade e internação hospitalar.

Em relação às preocupações maternas, Mp2 referiu sentir medo de que Bp2 contraia uma infecção durante a internação. O recém-nascido de Mp1 permaneceu quatro dias a mais no hospital por causa de uma infecção. Bp5 teve uma infecção no coto umbilical, permanecendo no berçário. Esse cuidado não era realizado por Mp5 que o visitava no berçário. Os bebês prematuros são vulneráveis às bactérias nocivas, em decorrência da imaturidade do sistema imune (SILVA; VIEIRA, 2008). De acordo com o estudo de Mullany et al. (2013), o tempo de internação do recém-nascido aumenta quando o coto umbilical apresenta sinais de infecção. Nesse contexto, percebe-se a importância da orientação a um cuidado adequado durante a internação do filho prematuro.

5.1 Vivências maternas frente à prematuridade durante a hospitalização

Algumas das dificuldades evidenciadas nesse estudo foram na situação de amamentação, banho e limpeza do coto umbilical. Estudo realizado com 50 puérperas primíparas que objetivou avaliar suas dificuldades nos cuidados ao recém-nascido, 40% das puérperas apresentaram dificuldade para amamentar, realizar limpeza do umbigo foi referida por 62% das mulheres e dar o banho nos recém-nascidos por 52% das mulheres (LOPES et al., 2015). Pereira et al. (2012) realizaram uma pesquisa com o propósito de desvelar os sentimentos da primípara frente ao cuidado com o recém nascido, por meio de entrevistas com onze puérperas, e como resultado observou-se que a higienização do coto umbilical e a

amamentação geraram preocupação, insegurança, receio e medo entre as entrevistadas.

Todas as participantes desse estudo apresentaram dificuldades no contexto de amamentação. Essas dificuldades estavam relacionadas ao correto posicionamento da mãe e do bebê (Mp1, Mp4 e Mp5), o ingurgitamento mamário (Mp4) e as fissuras mamilares (Mp2 e Mp3).

Souza et al. (2009) buscaram quantificar o surgimento dos processos dolorosos mamários nas primeiras 72 horas do puerpério, entre as 24 puérperas avaliadas, notou-se ingurgitamento mamário fisiológico (33%) e patológico (25%).

A literatura indica que o aleitamento materno é importante na primeira hora após o parto, favorecendo a interação entre mãe e bebê, além disso, a amamentação é vista pela maioria das puérperas como melhora do bebê e proximidade da alta hospitalar (SILVA; SILVA, 2009; GURGEL; OLIVEIRA; SHERLOCK, 2009).

Quanto à alimentação, dois dos bebês participantes (Bp4 e Bp5) fizeram uso de sonda e, em geral, receberam alimentação mista (seio materno e complemento). Em relação à orientação sobre amamentação, Mp1, Mp2, Mp4 e Mp5 não receberam o apoio necessário relacionado ao posicionamento da criança, à pega adequada do seio e à estimulação das mamas para manter a lactação, exceto Mp3 que não apresentou dificuldades nessa situação, provavelmente porque contava com a presença constante de sua mãe, que a instruíu.

As participantes demonstraram desejo em amamentar o filho, apesar de dificuldades para se apropriar inicialmente desse cuidado, tais como a espera da apojadura do leite (Mp2 e Mp4), o posicionamento do bebê para a pega correta (Mp1), a realização da ordenha (Mp4 e Mp5). Quanto à ordenha, as mães participantes Mp4 e Mp5 não receberam ajuda e incentivos adequados dos profissionais para essa prática. Conforme a opinião das puérperas no estudo de Sousa e Bernardes (2010), a duração e a periodicidade das mamadas não ficavam esclarecidas podendo intensificar as dificuldades existentes.

O Ministério da Saúde (2011) preconiza que a equipe deve orientar a puérpera em relação à frequência mínima da ordenha, como sendo realizada oito vezes em 24h, durante 15 a 20 minutos de duração, independente da produção láctea até que o recém-nascido sugue o seio materno. Percebe-se que a orientação não aconteceu com Mp4 e Mp5.

Pereira et al. (2015), objetivando desvelar as vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação durante a internação do RN na UTIN, apresenta os resultados de 13 mães entrevistadas ao tentar amamentar o filho. Para os autores a puérpera interage com situações identificadas como obstáculos ao sucesso da amamentação: o “tormento” da hospitalização do filho, sua instabilidade clínica, o medo da

morte do bebê, sua dificuldade para sugar, o início tardio da amamentação interpretada como algo difícil, como risco ao seu ganho de peso. Com exceção do medo da morte do filho, pelo menos uma das demais sensações foi vivenciada pelas cinco mães participantes do presente estudo.

O banho foi identificado como um cuidado difícil a ser exercido, segundo as participantes Mp1, Mp2, Mp3, Mp4 e Mp5. As mães participantes Mp1 e Mp3 receberam orientação, inicialmente, de um membro da família, enquanto Mp4 não foi inserida ao cuidado pela equipe, quando apresentou interesse e Mp5 referiu que prefere aprender em domicílio e durante a internação também não recebeu apoio da equipe para realizá-lo em ambiente hospitalar. Percebe-se que o apoio não ocorreu conforme os estudos de Dantas et al. (2013) e Hemkemeier, Fermino, Ribeiro (2012), em que a técnica da situação de banho deve ser demonstrada individualmente para as puérperas e os recém-nascidos, no primeiro dia pós-parto, enquanto as mães observam para que realizem a próxima higiene supervisionadas pelo profissional de saúde.

As participantes Mp1, Mp4 e Mp5, por meio das falas, perceberam-se sentimentos de medo na realização do banho que pode ser atribuído à fragilidade do recém-nascido e ao desconhecimento da maneira correta de segurar o recém-nascido. Mp1 realizava o cuidado com satisfação, mas também com aparente aflição ao transferir o bebê da banheira para o seu colo. Da mesma forma, o estudo de Silva et al. (2015) que por meio de entrevistas com 27 puérperas, investigaram que os sentimentos de puérperas na realização do primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto foram de felicidade por poder cuidar do filho e medo de ter em mãos um ser tão pequeno e frágil.

Além da amamentação e banho, as participantes apresentaram dificuldades na higienização do coto umbilical, como no caso de Mp4 que deixava esse momento para ser realizado pela equipe ou pelo companheiro. Mp1, Mp4 e Mp5 referiram sentir medo de realizar a troca de fralda, pois o bebê, para elas, é pequeno e não queriam machucá-lo.

A limpeza do coto umbilical de Bp5 era realizada pelos profissionais do berçário, indicando a necessidade das mães serem, de fato, apoiadas na aprendizagem de cuidados com seus filhos. Indo de encontro ao estudo de Strapasson e Nedel (2010), as puérperas referem terem receio de prestar os cuidados de higiene por falta de conhecimento e por insegurança no manuseamento do recém-nascido.

5.2 Refletindo sobre a prática assistencial: aspectos institucionais a melhorar

Ao longo da internação, foi possível evidenciar a falta de incentivo às puérperas para desempenharem sua função. A presença da mãe durante a internação hospitalar do filho e o desempenho do papel materno é imprescindível para a recuperação do recém-nascido. A equipe deve oferecer apoio e colaborar para a melhor interação entre a díade, além disso, a estrutura das maternidades e seus berçários também devem ser adequados para favorecer esse vínculo (MARINHO; SANTANA, 2013; ARAÚJO; RODRIGUES, 2010; DITZ et al., 2011; RODRIGUES et al., 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), durante a assistência puerperal deve-se ter como objetivos: avaliar o estado de saúde da mulher e do RN, retorno às condições pré-gravídicas, avaliar e apoiar o aleitamento materno, orientar o planejamento familiar, identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las, avaliar interação da mãe com o RN e complementar ou realizar ações não executadas no pré-natal.

É possível supor que os locais estudados, ainda que, buscando responder às políticas de humanização estão longe do ideal, tanto ao que se refere ao ambiente físico quanto à quantidade e qualificação da equipe.

Nesse estudo, foram evidenciadas dificuldades na transmissão de orientações, quanto ao cuidado com o bebê e na escuta às preocupações das puérperas, principalmente, relacionadas à amamentação ou às dúvidas referentes à monitoração dos sinais vitais do bebê. No geral, identificou-se que as mães estavam emocionalmente vulneráveis e, muitas vezes, a orientação oferecida pelo profissional não era compreendida o que parece reforçar a culpa ou sensação de inabilidade das mães, principalmente na situação de amamentação.

Da mesma forma, com o objetivo de compreender a atuação do enfermeiro, como suporte social em relação ao aleitamento materno, a pesquisa de Batista, Faria e Melo (2013) investigou, por meio de entrevista, 16 mulheres que viveram a amamentação e identificou que, a maioria das entrevistadas demonstrou insatisfação com a assistência de enfermagem, pois esteve ausente no auxílio ao enfrentamento das dificuldades.

Percebe-se que há a necessidade de uma equipe ampliada que possa responder as necessidades da mãe, não somente técnicas, mas que respondam aos anseios, dúvidas, desejos, valores e cultura que se apresentam na situação de nascimento e internação.

Além disso, as mães participantes do presente estudo apresentaram insatisfação em relação à demora do atendimento, às explicações referentes ao estado clínico do bebê e à negligência do profissional de saúde. Quanto à demora do atendimento, Mp3 referiu que as enfermeiras não levavam o leite no período da noite.

Em relação às explicações referentes ao estado clínico do bebê, a participante Mp4 questionava a respeito da possibilidade de Bp4 desenvolver icterícia e se essa condição aparecia em todo recém-nascido. Mp5 perguntava a respeito da temperatura da incubadora e da respiração pausada do bebê, não obtendo explicações sobre as manifestações comuns dos bebês prematuros e deixou Mp5 angustiada com a situação. Mp2 realizava a ordenha em um copinho de plástico e fornecia à Bp2 sem o consentimento dos profissionais e referiu que Bp2 não chora e que já dormiu sem amamentá-la. A negligência do profissional foi evidenciada no contexto de internação de Bp5, na qual a técnica de enfermagem deixou a incubadora desligada e só reverteu a situação ao ser questionada pela Mp5 ao visitá-lo no berçário. Esses resultados são consistentes com o estudo de Queiroz et al. (2007), realizado com 78 puérperas em que destacam a demora no atendimento e as dificuldades/negligência na comunicação.

Nesse sentido, a equipe precisa oferecer um adequado atendimento à díade enquanto essa permanece em ambiente hospitalar, buscando prepará-la para a execução dos cuidados essenciais do bebê, como banho, troca de fralda e amamentação, entre outros, os quais darão continuidade no pós-alta. O que provavelmente facilitará a interação entre a mãe e o bebê, e a superação do possível trauma de um parto prematuro e hospitalização.

Como, também no caso de Mp5 que não teve suas dúvidas esclarecidas e nem orientação durante a ordenha, para Joaquim (2008) a equipe deve estar atenta às necessidades da mãe e não somente sob o controle de procedimentos que constituam a rotina do trabalho. Os profissionais de saúde devem propiciar a aproximação precoce entre a mãe e seu filho no pós-parto imediato (CRUZ; SUMAN; SPINDOLA, 2007). Dessa forma, colabora-se com a mãe para aquisição de habilidades nos cuidados do filho e, conseqüentemente, influencia positivamente a relação mãe-bebê (MOLINA; MARCON, 2009).

Conforme o relato das puérperas e observado na presente pesquisa, o cuidado após o nascimento foi realizado muitas vezes pela equipe, dificultando que a relação inicial fosse efetivada de imediato, durante uma situação de cuidado materno. Além disso, os profissionais realizavam, já passados alguns dias, os cuidados como banho, troca de fralda e a administração da seringa à sonda para a passagem do leite, no caso de Mp4, sem a participação e inserção das mães nessas situações. Para a equipe, em muitos momentos, a situação que poderia ser de aprendizagem para as mães, era de execução de tarefas.

Durante o processo de hospitalização, a contribuição da equipe é fundamental à mãe e família, promovendo-lhes conforto e segurança, além de fortalecer o vínculo afetivo entre familiares e, principalmente, mãe e recém-nascidos (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010). Além disso, devido ao período sensível, muitas das mães que vivenciam o contexto da

prematuridade são observadas como sendo menos sensível, o que necessita de apoio e compreensão da equipe, pois há inúmeros fatores que são capazes de interferir no processo de vinculação (BARROSO; PONTES; ROLIM, 2015).

A assistência humanizada tem sido desenvolvida sob diversas ações que objetivam amenizar a separação mãe-filho no contexto de internação hospitalar, assim como intensificar o vínculo afetivo entre a díade. A Rede Cegonha visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. (BRASIL, 2012).

Recentemente o Ministério da Saúde (MS) implementou a portaria nº 930 de 10 de maio de 2012, a qual define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Na portaria, há as UCINCo (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional), também conhecidas como Unidades Semi-Intensiva que são serviços em unidades hospitalares destinadas ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco que demandam assistência contínua, porém de menor complexidade do que na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Essa portaria também descreve as UCINCa (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru) que são serviços em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permita acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar. As UCINCa possuirão suporte assistencial, onde a equipe orienta a mãe sobre sua saúde e a do recém-nascido (BRASIL, 2012).

Embora os programas de humanização visem melhorar a qualidade de interação entre mãe-bebê, entende-se que é necessário aprofundar estudos que abordem a qualidade e o estabelecimento das interações iniciais. Para isso, é importante considerar como a relação ocorre, se estabelece e como ela é mantida em ambiente hospitalar, explicitando os fatores favorecedores e desfavorecedores dessa relação.

5.3 Comportamentos maternos durante a hospitalização do bebê

Os resultados mostraram que as participantes apresentaram comportamentos que propiciam a comunicação e o vínculo com o filho.

Conforme Rocha et al. (2011), a participação materna nos cuidados com o bebê

apresenta ganho considerável da criança, redução do tempo de internação, nas condutas comportamentais e cognitivas do bebê e na modelagem da arquitetura do cérebro.

A situação de amamentação mostrou-se oportuna para a aproximação entre a díade facilitando o contato visual e corporal, não sendo apenas um ato de nutrição.

A análise quantitativa dos comportamentos apresentados pelas cinco díades participantes mostrou que houve comportamentos maternos significativos, sendo as situações de amamentação e interação livre as que apresentaram mais diversidade de comportamentos.

Mp1, Mp2, Mp3 e Mp5, em decorrência do contexto, estimularam seus bebês por meio do toque, do acariciar, do falar com o bebê, do sorrir. Mp4 buscou o contato visual e facial e falava sobre o bebê. Mp4 apresentou um número limitado de comportamentos, provavelmente pelo fato de Bp4 ter ficado incubadora durante nove dias do período total de internação. Verifica-se que Mp4 não recebeu o suporte necessário que propiciasse outros momentos de interação.

As mães, ao vivenciar o contato com o bebê, além do tocar, mas sim, segurar o filho no colo sentiram alegria, felicidade e emoção (SANTOS et al., 2013). A possibilidade de contato físico instituiu na maioria das mulheres a necessidade de gestualizar e beijar, sendo a impossibilidade de realizar essas ações traziam sofrimento às mães (GUILHAUME et al., 2013).

Um estudo procurou articular a perspectiva sociocultural com outras vertentes de investigação, a do desenvolvimento infantil inicial e a das interações adulto-bebê, sendo realizadas filmagens com 15 díades em suas residências. Os resultados encontrados mostraram que as atividades predominantes das mães são: olhar o bebê (99,8%) e tocar o bebê (85,6%) (MOURA, RIBAS, 1998). Outro estudo realizado por Moura (2004) analisou as relações entre características de interações mãe-bebê, atividades maternas e a concepção acerca das competências dos bebês e as relações entre características destas atividades e o estado de vigília dos bebês. Como resultado, verificou-se também, que as atividades predominantes das mães nos períodos observados são: olhar o bebê (99,2%) e tocar o bebê (83,4%). Estes achados sugerem a importância das atividades de olhar e tocar no processo interacional mãe-bebe.

Os achados do presente estudo mostram que as situações de banho e troca de fraldas, apesar de cuidados que exercem maior contato físico pela constante necessidade de manipulação, apresentaram menor índice de comportamentos, provavelmente pelo medo de machucar o filho, devido a sua aparente fragilidade ou pela ausência de auxílio à participação materna nesses cuidados. A redução na ocorrência de comportamentos maternos verificados

por meio da observação indireta, na maior parte dessas situações, pode estar relacionada ao caráter instrumental desses cuidados em que a mãe deposita atenção ao procedimento em si.

Nesse estudo foi constatado que nenhum profissional da enfermagem convidava ou incentivava as mães para realizar o cuidado ou mesmo valorizava a capacidade materna quando presente, fato que pode ser devido à rotina, como referido por Mp5, que compreende que elas (profissionais da enfermagem) têm outras obrigações a serem cumpridas e estão em número reduzido para desenvolverem seu trabalho, o que pode também ser um fator que influencia os comportamentos maternos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O puerpério é um período em que ocorrem grandes mudanças biopsicossociais na vida da mulher, intensificadas no contexto de prematuridade e na permanência em ambiente hospitalar. As participantes apresentaram preocupação relacionada à condição clínica do filho, sendo desencadeado sentimento de ansiedade.

Pelos resultados expostos, as primíparas demonstraram sentimentos de insegurança em relação aos cuidados básicos, como a amamentação, o banho e a higienização do coto umbilical. Em alguns casos, as mães participantes delegam a um membro da família a responsabilidade pelo cuidado do recém-nascido.

As mães participantes deste estudo referiram que o banho é o cuidado mais difícil de ser realizado, em decorrência da fragilidade do bebê e da falta de experiência. Ao se avaliar os comportamentos maternos ao longo do cuidado, a troca de fralda e o banho constituíram atividades instrumentais com interação reduzida, quando comparados à amamentação e à interação livre, pois a mãe está mais atenta ao desempenho da tarefa. Portanto, é necessário estimular a puérpera a realizar os cuidados e a interagir com seu filho nessas situações. Com relação ao apoio emocional recebido, as primíparas apontaram o companheiro como essencial.

Evidenciou-se que o paradigma biomédico ainda é preconizado na atuação dos profissionais que se preocupam com a “doença” e pouco com a promoção de saúde. Os relatos das participantes trouxeram evidências de que são carentes de apoio para exercer seu papel materno durante a hospitalização do recém-nascido.

O presente estudo demonstrou que as orientações, a escuta e o apoio oferecidos pela equipe ainda não são suficientemente eficazes, principalmente em relação à amamentação e ao banho. Em função do que foi apresentado, notou-se que os profissionais da área de saúde, durante o puerpério e, principalmente, às puérperas primíparas devem oferecer assistência que vise atenuar o estado emocional fragilizado das mães de bebês prematuros que necessitam permanecer em ambiente hospitalar após o nascimento, favorecendo escuta e compreensão, inserindo-as aos cuidados diários do filho, amenizando esse período de mudanças e incertezas facilitando o vínculo mãe-bebê e o retorno ao domicílio. A insatisfação das primíparas, desse estudo, sinalizam para a importância de esclarecimentos durante o pré-natal.

A abordagem utilizada nesse estudo não teve como finalidade identificar diferenças entre as instituições, porém, foi observado que há um número reduzido de profissionais

atuando no berçário e no alojamento conjunto. Foi possível perceber também a falta de conhecimento acerca de sintomas clínicos e dos aparelhos que monitoravam o recém-nascido.

Desta forma, sugere-se que outros profissionais sejam incluídos na equipe para suprir as necessidades de ensinar e inserir a mãe na participação nos cuidados ao bebê.

Em relação aos comportamentos identificados, as participantes, no geral, apresentaram comportamentos adequados que favorecem a construção do vínculo com o bebê. Os dados evidenciam que o contato visual, o toque e a fala foram mais ocorrentes nas situações registradas de banho, troca, amamentação e interação livre.

O número de participantes foi reduzido por se tratar de um recorte do método, já que ele preconiza, originalmente, o uso de filmagem diária da díade até a alta do bebê. Outras limitações podem ser citadas, como o critério de não pesquisar bebês prematuros internados em UTIN.

Em suma, considera-se que o presente estudo apresenta contribuições às pesquisas acerca das interações iniciais da mãe e o filho prematuro internado e, apesar da limitada amostra, atingiu os objetivos inicialmente propostos. Ressalta-se a importância de respeitar os interesses maternos e a sua autonomia pelo desejo em permanecer com o filho independente da rotina hospitalar, é preciso que os profissionais respeitem o período pós-parto e, se possível, realizem as condutas clínicas depois desse primeiro contato.

Embora essa pesquisa tenha investigado as mães nos primeiros contatos com o filho prematuro, como sugestões futuras, outras pesquisas semelhantes poderão ampliar a temática e a profundidade da compreensão do estabelecimento da interação inicial, inserindo os profissionais de saúde e os acompanhantes no contexto de internação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, N. A. M; FERNANDES, A. G; ARAÚJO, C. G. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.6, n.3, p.3583-67, 2004.

ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2, p. 347-354, 2008.

ANDRADE, R. D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015.

ANJOS, L. S. et al. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 571-577, 2012.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.284-292, 2010.

ARAÚJO, B. M.; RODRIGUES, B. M.; RODRIGUES, E. C. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p. 180-186, 2008.

AZEVEDO, D. S. et al. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 53-62, 2010.

AZEVEDO, M. **Padrões de aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo internados e no primeiro mês após a alta hospitalar**. 2011. 93 f. Mestrado em Enfermagem [Dissertação], Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BALDISSARELLA, L.; AGLIO, D. D. D. No limite entre a vida e a morte: um estudo de caso sobre a relação pais/bebê em uma UTI neonatal. **Estilos da Clínica**, Porto Alegre, v. 14, n. 26, p. 68- 89, 2009.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília: Líber Livro Editora, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís A. Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROSO, M. L., PONTES, A. L., ROLIM, K. M. C. Consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe adolescente e recém-nascido. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 16, n.2, p. 168-175, 2015.

BATISTA, K. R. A.; FARIAS, M.C.A.D.; MELO, W.S.N. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 130-138, 2013.

BECK, A. M. O. et al. Influência do ambiente hospitalar nos aspectos relacionados ao aleitamento materno. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, Porto Alegre, v. 17, n.4, p. 464-468, 2012.

BELLI, M. A. J.; SILVA, I. A. A constatação do filho real: representações maternas sobre o filho. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 165-170, 2002.

BICALHO-MANCINI, P. G.; MELÉNDEZ, G. V. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n.3, p. 241-248, 2004.

BLENCOWE, H. et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. **Lancet**, New York, v. 379, n. 9832, p. 2162-2172, 2012.

BORRERO-PACHÓN, M. P.; OLOMBRADA-VALVERDE, A. E., MARTÍNEZ, M. I. A. Role of nursing in the development of breastfeeding in the premature newborn. **Enfermería Clínica**, Barcelona, v. 20, n.2, p. 119-125, 2010.

BOUCHER, C.A. et al. Mothers' breastfeeding experiences in the NICU. **Neonatal Netw**, v. 30, n.1, p. 21-28, 2011.

BRAGA, D.F. et al. Amamentação exclusiva em prematuros. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n.3, p. 293-302, 2008.

BRANDON M. et al. **A study of recommendations arising from serious case reviews 2009-2010**. 2011. Disponível em: <<https://www.gov.uk>>. Acesso em 25 jun 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf>. Acesso em 12 jan 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**. Guia para os profissionais de Saúde. Acesso em 15 de janeiro de 2015. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v3.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v3.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal, puerpério, atenção humanizada**. 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em 20 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru.** 2º ed. Brasília, 2011.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 457-467, 2004.

CABRAL, F.B.; OLIVEIRA, D.L.L.C. Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 44, n.2, p. 368-375, 2010.

CALADO, D. F., SOUZA, R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.14, n.1, 176-181, 2012.

CARMONA, E.V. et al. Diagnóstico de enfermagem “conflito no desempenho do papel de mãe” em mães de recém-nascidos hospitalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Campinas, v.21, n.2, p. 1-8, 2013.

CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L; COSTA, M. P. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu-SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.15, n.1, p. 1-9, 2007.

CARVALHO, J. B. L. et al. Representação social de pais sobre o filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Natal, v. 62, n.5, p. 734-738, 2009.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem em obstetrícia.** São Paulo: revista e ampliada, 2002.

CASTELLI, C. T. R.; MAAHS, M. A. P.; ALMEIDA, S. T. Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e puérperas em relação ao aleitamento materno. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 16, n.4, p. 1178-1186, 2014.

CASTRO, C. M. et al. O estabelecimento do vínculo mãe/recém-nascido: percepções maternas e da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Diamantina, v.2, n. 1, p. 67-77, 2012.

CAVACO, M. G. S. **Aleitamento Materno de Recém-nascidos pré-termo.** 2009. 204 f. Mestrado em Ciências [Dissertação], Universidade do Porto, Portugal.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. **Metodologia Científica.** São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHAIBEN, M. O. **Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida em um**

hospital amigo da criança do Sul do Brasil. 2012. 49 f. Graduação de Enfermagem [Trabalho de Conclusão de Curso], Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CORREIA, L. L.; CARVALHO, A. E. V.; LINHARES, M. B. M. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n.1, p. 1-7, 2008.

CORREIA, M. J.; SERENO, S. **Gravidez e transição para a maternidade: investigação e intervenção**. In: A Psicologia na Saúde da Mulher e da Criança: Intervenções, práticas e contextos numa Maternidade. Lisboa: Placebo, 2012.

COUTO, F. F., PRAÇA, N. S. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n.4, p. 886-891, 2009.

COUTO, F. F., PRAÇA, N. S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Natal, v. 65, n.1, p. 19-26, 2012.

CRUZ, D. C. S.; SUMAN, N. S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.4, p. 690-697, 2007.

DANTAS, A. L. B. et al. Vivência de mães adolescentes após o nascimento do filho. **Revista Interdisciplinar**, Piauí, v. 6, n. 3, p. 195 – 203, 2013.

DANTAS, M. M. C. et al. Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. **Acta Colombiana de Psicologia**, Bogotá, v. 18, n.2, p. 129-138, 2015.

DELGADO, S. E.; ZORZETTO, M. A amamentação de bebês pré-termo: um caminho possível para a construção da comunicação. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.12, n.2, p. 53-62, 2003.

DITZ, E. S. et al. Cuidado materno ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: possibilidades e desafios. **Ciencia y enfermaria**, Concepción, v. XVII, n.1, p. 45-55, 2011.

DVOSKIN, R. **Newborns can bond to a “mother” from a different species**. 2007. Disponível em: <<http://www.scientificamerican.com/article/strange-but-true-newborns-can-bond-to-mother-from-different-species/>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

ELEUTÉRIO, F. R. R. et al. O imaginário das mães sobre a vivência no método mãe-canguru. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 4. p. 439-446, 2008.

ENGSTRÖM, A., LINDBERG, I. Critical care nurses' experiences of nursing mothers in an ICU after complicated childbirth. **Nursing Critical Care**, Colômbia, v.18, n.5, p. 251-257, 2013.

FARIA, A. C., MAGALHÃES, L., ZERBETTO, S. R. Implementação do Alojamento Conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem. **Revista**

Eletrônica de Enfermagem [Internet], Goiás, v.12, n.4, p. 669- 677, 2010.

FAVARO, M. S. F.; PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. **Psicologia-USF**, São Francisco, v. 17, n. 3, p. 457-465, 2012.

FERRARI, A. G.; PICCINI, C. A.; LOPES, R. S. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 305-313, 2007.

FLACKING, R. et al. Closeness and separation in neonatal intensive care. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 101, n.10, p. 1032-1037, 2012.

FLACKING, R. et al. Trustful bonds: a key to becoming a mother and to reciprocal breastfeeding. Stories of mother of very preterm infants at a neonatal unit. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 62, n. 1, p.70-80, 2006.

FRAGA, I. T. G.; PEDRO, E. N. R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n.1, p. 89-97, 2004.

FRANKLIN, C. The Neonatal Nurse's Role in Parental Attachment in the NICU. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 29, n.1, p. 81-85, 2006.

FRELLO, A. T., CARRARO, T. E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n.3, p. 514-521, 2012.

FUJIMORI, E. et al. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 14, n. 33, p. 315-327, 2010.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GUILLAUME et al. Parent's expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. **Bio Med Central**, França, v. 13, n. 18, p. 1 – 9, 2013.

GURGEL, A. H.; OLIVEIRA, J. M.; SHERLOCK, M. S. M. Ser-mãe: compreensão dos significados e atitudes de cuidado com o recém-nascido no aleitamento materno. **Revista Rene**, Fortaleza, v.10, n.1, p. 131-138, 2009.

HALL, E. O. C. et al. The journey towards motherhood after a very preterm birth: Mothers' experiences in hospital and after home-coming. **Journal of Neonatal Nursing**, v. 19, p. 109-113, 2013.

HEACOCK, P.; SOUDER, E., CHASTAIN, J. Subjects, data and videotapes. **Nursing research**, v. 45, n. 6, p. 336-338, 1996.

HEMKEMEIER, J.; FERMINO, V. C.; RIBEIRO, I. M. Percepção de familiares referente ao banho humanizado: técnica japonesa em recém-nascidos. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 2 – 8, 2012.

HUNT, F. The importance of kangaroo care on infant oxygen saturation levels and bonding. **Journal of Neonatal Nursing**, v. 14, n.2, p. 47-51, 2008.

IUNES, D.H. et al. Confiabilidade intra e interexaminadores e repetibilidade da avaliação postural pela fotogrametria. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.9, n.3, p. 327-334, 2005.

JOAQUIM, R. H. V. T. **Capacitação de mães de bebês pré-termo como agentes de promoção do desenvolvimento, no ambiente hospitalar**. 2008. 392 f. Doutorado em Educação Especial [Tese], Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.

JOAQUIM, R. H. V. T. J.; SILVESTRINI, M. S.; MARINI, B. P. R. Grupo de mães de bebês prematuros hospitalizados: experiência de intervenção de Terapia Ocupacional no contexto hospitalar. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n.1, p.145-150, 2014.

JONES, E. Initiating and establishing lactation in the mother of a preterm infant. **Journal of Neonatal Nursing**, v. 15, n. 2, p. 56-59, 2009.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H & KLAUS, P. H. **Vínculo – Construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

KLEIN, V. C.; GASPARD, C. M.; LINHARES, M. B. M. Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.24, n.3, p. 504-512, 2011.

LACAVA, R. M. V. B.; GOLDMAN, R. E.; VIEIRA, E. S. **Cuidados imediatos ao recém-nascido**. In: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV, organizadoras. *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial*. São Paulo: Roca, 2002.

LEIDERMAN, P. H.; SEASHORE, M. J. Mother-infant neonatal separation: some delayed consequences. **Ciba Foundation Symposium**, v. 33, p. 213-239, 1975.

LOPES, F. N. et al. A vivência do enfermeiro diante da privação materna em unidade de terapia intensiva neonatal. **HU Revista**, Juiz de Fora, v.37, n.1, p. 39-46, 2011.

LOPES, K. D. C. L. Dificuldades nos cuidados ao recém-nascido: realidades de puérperas primíparas. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Santa Catarina, v. 8, n. 3, p. 19 – 33, 2015.

LUDWIG, S. M. Oral feeding and the late preterm infant. **Newborn & Infant Nursing Reviews**, v. 7, p. 72-75, 2007.

MACFARLANE, A. **Olfaction in the development of social preferences in the human neonate. Parent-infant interaction**. New York: Elsevier, 1975.

MACHADO, L. C., PASSINI, R., ROSA, I. R. M. Prematuridade tardia: uma revisão sistemática. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 90, n.3, p. 221-231, 2014.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez – Parto e Puerpério**. Editora Saraiva. São Paulo. 1997.

MARCHETTI, D., MOREIRA, M. C. Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 7, n.1, p. 82-89, 2015.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2001.

MARINHO, E .F.; SANTANA, L. M. M. A mãe acompanhante na unidade de Terapia Intensiva Neonatal: desafios para a equipe assistencial. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Diamantina, v.3, n.1, p. 475-487, 2013.

MARQUES, F. R. B. et al. A presença das avós no cotidiano das famílias de recém-nascidos de risco. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n.3, p. 593-600, 2011.

MARQUES, M. C. S.; MELO, A. M. Amamentação no alojamento conjunto. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 10, n.2, p. 261-271, 2008.

MARTINS, E. **Regulação Emocional diádica, temperamento e nível de desenvolvimento aos 10 meses como preditores da qualidade da vinculação**. 2010. 249 f. Doutorado em Psicologia [Dissertação], Universidade do Minho, Portugal.

MATOS, T. A. et al. Contato pele-a-pele precoce mãe-filho: significado para as mães e contribuições da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, Brasília v. 63, n. 6, p.998-1004, 2010.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEIRELLES, C. A. B. et al. Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um Hospital Amigo da Criança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.9, p. 2001-2012, 2008.

MELO, R. C. J.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. C. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematureiro na unidade intensiva: contribuições para a enfermagem neonatal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p.219-226, 2012.

MENDES, A.P.D.; GALDEANO, L.E. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, n.3, p. 363-371, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOLINA, R. C. M.; MARCON S.S. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.

43, n.4, p. 856-864, 2009.

MULLANY, L.C. et al. Chlorhexidine cleansing of the umbilical cord and separation time: a cluster-randomized trial. **Pediatrics**, v. 131, n. 4, p. 1 – 10, 2013

MOORE, et al. Early skin to skin contact for mothers and their healthy new born infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.16, n.5, p. 1-75, 2012.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.1, p. 24-30, 2009.

MOURA, M. L. S. et al. Interações iniciais mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.17, n.3, p. 295-302, 2004.

MOURA, M. L. S., RIBAS, A. F. P. Interação precoce mãe-bebê e a concepção do desenvolvimento infantil inicial. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.8, n.1, p. 15-25, 1998.

NADER, S. S.; PEREIRA, D. N. **Atenção Integral ao Recém-nascido: guia de supervisão de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Boa Vista, v.11, n.4, p. 415-425, 2011.

NEVES, P. N., RAVELLI, A. P. X., LEMOS, J. R. D. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n.1, p. 48-54, 2010.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificações - 2003-2004**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ODININO, N. G.; GUIRARDELLO, E. B. Satisfação da puérpera com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 682-690, 2010.

OLIVEIRA, C. et al. Impacto do nascimento de um filho, percepção neonatal e adaptação na transição para a maternidade. **Revista Iber psicologia (periódico online)**, v. 10, n.2, 2005. Disponível em: <<http://www.fedap.es/IberPsicologia/marcoip.htm>>. Acesso em 02 jan 2015.

OLIVEIRA, E. M. F.; BRITO, R. S. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 595-601, 2009.

OLIVEIRA, K. et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e interação de seus filhos em UTI Neonatal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17 n.1, p. 46-53, 2013.

OLIVEIRA, T. G. et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein**, São Paulo, v.10, n.1, p.22-28, 2012.

ORAPIRIYAKUL, R.; JIRAPAET, V; RODCUMDEE, B. Struggling to Get Connected: The Process of Maternal Attachment to the Preterm Infant in the Neonatal Intensive Care Unit. **The Journal of Nursing Research**, v. 11, n. 4, p. 251-264, 2007.

PADOVANI, F. H. P. et al. Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, v.4, p. 251-254, 2004.

PASQUAL, K. K.; BRACCIALLI, L. A. D.; VOLPONI, M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 334-339, 2010.

PEDRO, J. G. **Biopsychology of Early Parent-Infant Communication. International Symposium "Olá bebê" - Early Parent-Infant Communication.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1986.

PEDRON, C. D. et al. Prematuridad tardía. **Revista Cubana de Enfermagem**, La Habana, v. 29, n.3, 2013.

PEREIRA, L. B. et al. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n.1, p. 55-63, 2015.

PEREIRA, M. C. et al. Sentimentos da puérpera primípara nos cuidados com o recém-nascido. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 537 – 542, 2012.

PERGHER, D. N. Q., CARDOSO, C. L., JACOB, A. V. Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência da mãe. **Estilos da Clínica**, Porto Alegre, v. 19, n.1, p. 40-56, 2014.

PHILLIPS, R. **Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth.** 2013. Disponível em: < <http://www.medscape.com/viewarticle/806325>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

PILOTTO, D. T. S.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 604-607, 2009.

PONTES, G. A. R.; CANTILLINO, A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]**, Rio de Janeiro, v. 63, n.4, p. 290-290, 2014.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p.479-87, 2007.

RAAD, A. J.; CRUZ, A. M. C.; NASCIMENTO, M. A. A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal. **PSIC - Revista de Psicologia**, Cubatão, v. 7, n. 2, p. 85-92, 2006.

RAMONA, M.; WALKER, L. A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 35, n. 5, p. 598-582,

2006.

REICHERT, A. P. S.; COSTA, S. F. G. Refletindo a assistência de enfermagem ao binômio mãe e recém-nascido prematuro na unidade neonatal. **Nursing (São Paulo)**, São Paulo, v.4, n. 48, p. 25-29, 2001.

RESENDE, T. C. et al. Participação paterna no período da amamentação: importância e contribuição. **Bioscience Journal**, Uberlândia, v. 30, n. 3, p. 925-932, 2014.

ROCHA, R. S. et al. Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na unidade neonatal. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n.3, p. 502- 509, 2011.

RODRIGUES, D.P. et al. Care for both mother and child immediately after child birth: a descriptive study. **Source Online Brazilian Journal of Nursing**, v.13, n.2, p.227-238, 2014.

ROLIM, K. M. C. et al. A importância do vínculo mãe/filho na atenção humanizada ao recém-nascido prematuro: percepção materna. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, Fortaleza, v. 5, n.1, p.779-783, 2012.

ROLIM K. M. C. et al. Sensibilizando a equipe de enfermagem quanto ao cuidado humanizado ao binômio mãe e filho: relato de experiência. **Enfermagem Atual**, v.4, n.21, p. 30-31, 2004.

ROSA, R. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 105-112, 2010.

ROSO, C. C. et al. Vivências de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n.1, p. 47 – 54, 2014.

SAIGAL et al. Impact of Extreme Prematurity on Family Functioning and Maternal Health 20 Years Later. **Pediatrics**, v. 126, n. 1, p. 81-88, 2010.

SALGADO, H. O.; NIY, D. Y.; DINIZ, C. S. G. Meio grego e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. **Journal of Human Growth na Development**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 190-197, 2013.

SANCHES, M. T. C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. 155-162, 2004.

SANFORD HEALTH. **The Golden hour: giving your newborn the best start**. Disponível em: <<https://www.sanfordhealth.org/Stories/View/44a97e6f-d477-4c44-accb-915f52acfcc5>>. Acesso em: 06 jun. 2015.

SANTIAGO, M. C. F. **Percepções e Comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório: Contributos para a promoção da saúde da mulher migrante**. 2009. 226 f. Mestrado em Comunicação em Saúde [Dissertação], Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

SANTORO, J. W.; SANTORO, A. Reações psicológicas e processo adaptativo de pais de

recém-nascidos pré-termo e de muito baixo peso em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.20, n.2, p. 95-101, 2002.

SANTOS, L. M. et al. Percepção materna sobre o contato pele a pele com o prematuro através da posição canguru. **Revista Pesquisa, Cuidado, Fundamentos**, Bahia, v. 5, n.1, p. 3504-3514, 2013.

SANTOS, L. M. et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Natal, v. 67, n.2, p. 202-207, 2014.

SANTOS, M. C. L et al. Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. **Revista Enfermagem UFPE online**, Recife, v.1, n.2, p. 140-149, 2007.

SANTOS, S. A. T., DITZ, S. E., COSTA, R. P. Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuros. **Revista de Enfermagem Centro-Oeste Mineiro**, Três Lagoas, v. 2, n. 3, p. 438-450, 2012.

SANTOS, S. M. R.; FARIA, A. F. S. O.; VICENTE, E. J. D. A representação social das mães e profissionais de saúde que cuidam do recém-nascido hospitalizado e a relação dos profissionais com estas mães. **Hospital Universitário Revista**, v. 33, n.1, p. 7-15, 2007.

SBP. **Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/Seguimento_prematuro_oficial.pdf>. Acesso em 19 jan 2015.

SCARABEL, C. A. **Experiência da puérpera com o parto prematuro e internação do seu recém-nascido numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo a partir da psicologia analítica**. 2011. 199 f. Mestrado em Psicologia [Dissertação], Universidade de São Paulo, São Paulo.

SCHMIDT, K. T. et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 73 – 81. 2012.

SCHWENGBER, D. D. S., PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n.3, p. 403-411, 2003.

SCORTEGAGNA, S. A. et al. O processo interativo mãe-bebê pré-termo. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 61-70, 2005.

SEGRE, C.A.M. **Perinatologia: fundamentos de práticas**. São Paulo; Sarvier, 2002.

SILVA, C. M. S. et al. Sentimentos vivenciados por puérperas na realização do primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 279 – 286, 2015.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, F. R.; BALLARIN, M. L. G. S.; OLIVEIRA, J. C. Grupo de acompanhantes de crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva. **Cadernos de Terapia Ocupacional da**

UFSCar, São Carlos, v.23, n.4, p.871-877, 2015.

SILVA, L. S.; SOUZA, L. V.; SCORSOLINI-COMIN, F. Questões contemporâneas (e não contemporâneas) sobre a prática clínica. **Vínculo – Revista do NESME**, São Paulo, v. 9, n.1, p. 34-46, 2012.

SILVA, R. C. C. et al. Sentimentos das mães durante hospitalização dos filhos: estudo qualitativo. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 23-30, 2010.

SILVA, R. V.; SILVA, I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 108-115, 2009.

SILVA, N. D.; VIEIRA, M. R. M. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. **Arq Ciênc Saúde**, v. 15, n. 3, p.110 – 116, 2008.

SIMAS, F. B.; SOUZA, L. V.; SCORSOLINI-COMIN, F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 15, n.1, p. 19-34, 2013.

SIQUEIRA, L. S.; SIGAUD, C. H. S.; REZENDE, M. A. Fatores que apoiam e não apoiam permanência de mães acompanhantes em unidade de pediatria hospitalar. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n.3, p. 270-275, 2002.

SOUZA, N.; BERNARDES, A.C. Aleitamento materno: prevalência e caracterização da informação prestada. **Revista Portuguesa Clínico Geral**, Portugal, v. 26, p. 440-448, 2010.

SOUZA, N. L. et al. Domestic maternal experience with preterm newborn children. **Revista de Salud Publica**, Bogotá, v. 12, n.3, p. 356-367, 2010.

SOUZA, C. D. et al. As vivências e os significados do primeiro banho dado pela puérpera em seu filho recém nascido. **Enfermería Global**, Murcia, n. 19, p. 1 -15, 2010.

SOUZA, N. L. et al. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, 729-733, 2009.

SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C. Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n.3, p. 1-8, 2013.

SOUZA, N. L., ARAUJO, A. C. P. F., COSTA, I. C. C. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 1285-1292, 2011.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. Puerpério imediato: Desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.3, p.521-528, 2010.

TENTARDINI, V. **Anatomia e fisiologia da mama**. Palestra apresentada no 20º Curso de Aleitamento Materno do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, Porto Alegre, Brasil, 2008.

THOMAZ, A. C. P. et al. Relações afetivas entre mãe e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 10, n.1, p. 139-146, 2005.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. A experiência de tornarem-se pais de prematuros: um enfoque etnográfico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.1, p. 49-54, 2005.

TRONCO, C. S. et al. “Não esperava que nascesse antes” - Vivência materna diante da internação na unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n.1, p. 53-59, 2015.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2010.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Organização Mundial da Saúde. **Estudo faz alerta sobre a situação da prematuridade no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

VALANSI, L.; MORSCH, D. S. O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. **Psicologia Ciência Profissão**, Brasília, v. 24, n.2, p. 112-119, 2004.

VASCONCELOS, M. G. L; LEITE, A. M; SCOCHI, C. G. S. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Boa Vista, v.6, n.1, p. 45-57, 2006.

VENSON, C.; FUJINAGA, C. I.; CZLUNIAK, G. R. Estimulação da sucção não nutritiva na “mama vazia” em bebês prematuros: relato de casos. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 15, n.3, p. 452-457, 2010.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2009.

VIEIRA, F. et al. Diagnóstico de enfermagem da Nanda no período pós-parto imediato e tardio. **Revista de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n.1, p. 83-89, 2010.

VINTER, A. **A imitação no recém-nascido**. São Paulo: Manole, 1987.

ZAMPIERI, M. F. M., ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 10, n.3, p. 359-367, 2010.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preterm birth**. Geneva, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- WIRTH, A. F. **Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI Neonatal**. In N. Caron (Org.), *A relação pais/bebê: Da observação à clínica*, p. 207- 231. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000, p. 207-231.
- WONG, D. L. **Perspectivas da enfermagem pediátrica**. In: WONG, D. L. Whaley & Wong *enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- WYNN, F. **The Early Mother-Infant Relationship: Holding and Being Held**. Diss. York University, Toronto, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar da pesquisa: *Interação mãe-bebê: o estabelecimento da interação inicial no contexto de internação hospitalar*. A pesquisa faz parte da dissertação de mestrado em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) da estudante de pós-graduação/pesquisadora Danusa Menegat, sob a orientação da Profa. Dra. Regina Helena V. Torkomian Joaquim, com o objetivo de compreender a interação mãe-bebê nos primeiros dias de vida em instituição hospitalar.

Você está sendo convidada por recentemente ser mãe de um bebê que necessita de internação hospitalar. Ao participar desta pesquisa, você contribuirá acerca da interação mãe-bebê internado, suas fragilidades e potencialidades em ambiente hospitalar. Seu nome será mantido em sigilo, para garantir sua privacidade. A pesquisadora se compromete a utilizar os dados coletados somente para o objetivo relacionado a este estudo e descrito neste termo de consentimento.

Antes de concordar com sua participação é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. A pesquisadora deverá responder todas as suas dúvidas antes que você decida participar ou quando julgar necessário. Você tem o direito de desistir a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

A pesquisadora executante é a Bacharel em Terapia Ocupacional **Danusa Menegat** que pode ser encontrada no endereço Rua: Tiradentes, 280 – Centro - São Carlos/SP - Fone: (16) 9 996046818 (Vivo) – e-mail: danusamenegat@hotmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a condução ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Rodovia Washington Luiz SP-310, Km 235 - Fone: 3351-9683 – e-mail: cephumanos@ufscar.br.

Você não terá nenhuma despesa pessoal para participar da pesquisa, e também não terá nenhuma compensação financeira, sua participação é voluntária. Você poderá acompanhar os resultados do estudo durante qualquer etapa, sempre que solicitar.

Como risco pela participação pode haver certo desconforto ou incômodo na entrevista ao falar a respeito da condição do filho ou durante a realização da filmagem que será acolhido pela pesquisadora, interrompendo a atividade e reiniciando após conforme permissão da participante.

A pesquisa será realizada conforme a sua disponibilidade. A pesquisadora acompanhará mãe e filho durante o período de internação do bebê, de segunda-feira a sábado no período da tarde, até a alta do bebê, sempre considerando a rotina do serviço.

Para a coleta de dados, primeiramente será realizada pela pesquisadora o preenchimento da ficha de identificação de dados gerais, alguns deles mediante acesso ao prontuário médico das participantes e de seus bebês. Em continuidade será realizada uma entrevista semiestruturada, considerando que esse instrumento abordará a temática estudada. As entrevistas serão registradas em gravador mp3 e, posteriormente, as respostas serão transcritas na íntegra.

Também haverá a observação com o recurso da filmagem na qual serão identificados aspectos da interação entre mãe e bebê e os processos de cuidado. Você informará o momento no qual, na rotina do serviço, estabelece a interação (contato) com seu bebê.

Danusa Menegat

Rua: Tiradentes, 280, ap.5 – Centro – São Carlos/ SP

(16) 9 996046818 (Vivo) E-mail: danusamenegat@hotmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110.

Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, de de 201 .

Participante da pesquisa

APÊNDICE II
Termo de Autorização de pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO – MESTRADO EM TERAPIA OCUPACIONAL

De: Terapeuta Ocupacional/Mestranda Danusa Menegat

Para:

Assunto: Solicitação para realização de Pesquisa

Prezado (a) Senhor (a),

Na condição de mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), venho por meio desta, solicitar a autorização de V.S^a para desenvolver a pesquisa com o seguinte título: MÃE-BEBÊ DE RISCO: OS DESAFIOS DA INTERAÇÃO INICIAL NO CONTEXTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, sob minha responsabilidade e orientação da Profa. Dra. Regina Helena Torkomian Joaquim da UFSCar.

Para operacionalizar a investigação pretende-se aplicar uma entrevista semiestruturada com as mães que acompanham a internação de seus bebês em Maternidade; e um roteiro de observação da interação mãe-bebê com o auxílio de uma câmera. A pesquisa dar-se-á durante todo o período de internação do bebê.

Torna-se importante ressaltar que a participação da instituição neste estudo contribuirá para nortear ações de humanização da assistência e para a melhor compreensão do estabelecimento da interação mãe-bebê durante a internação hospitalar.

Prof^a Dr^a Regina Helena Torkomian Joaquim
Orientadora

Terapeuta Ocupacional Danusa Menegat
Mestranda

APÊNDICE III
Autorização para participação em pesquisa, Filmagens e Gravações

A pesquisadora Danusa Menegat, Mestranda de Terapia Ocupacional da UFSCar, com endereço especificado abaixo, e desenvolvendo o Projeto de Mestrado intitulado: Interação mãe-bebê: o estabelecimento da interação precoce no contexto de internação hospitalar, vem solicitar a autorização para a participação em uma pesquisa desenvolvida com a finalidade de compreender os processos interacionais entre você e seu filho no período de internação hospitalar. Para isso, serão usados recursos de filmagem e gravação, os quais permitem investigar detalhadamente os processos interacionais.

Os dados coletados poderão ser utilizados, no futuro, em publicações e apresentações profissionais. É garantido o sigilo dos envolvidos na pesquisa, não serão mencionados em nenhuma circunstância. O consentimento para participar dessa pesquisa, gravações e filmagens é voluntário. Caso haja desistência de participação, solicitamos que seja comunicado à pesquisadora.

Certa de que posso contar com a confiança e a colaboração para a realização deste estudo, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Danusa Menegat

Assinatura da mãe

APÊNDICE IV
Ficha de Identificação

1. Data da entrevista: _/ __/ ____
2. Iniciais: _____
3. Idade: _____anosDN: ____/ ____/ ____
4. Naturalidade: _____
5. Estado Civil: ()Casada()Solteira ()Amasiada ()Separada ()Viúva
6. Escolaridade: ()Ens. Fundam Incompleto ()Ens. Fundam Completo ()Ens. Médio Incompleto ()Ens. Médio Completo ()Ens. Sup. Incompleto ()Ens. Sup. Completo
7. Situação Conjugal: _____
8. Ocupação: _____
9. Renda: _____
10. Moradia: casa () apartamento () cidade: _____ Bairro: _____
11. Utiliza meio de transporte para chegar ao hospital? Qual? _____
12. Qual foi o seu tipo de parto? Cesárea () Normal ()
13. Idade gestacional: _____
14. Peso ao nascimento: _____
15. APGAR: _____
16. Dias de internação anterior ao parto (se for o caso): _____

APÊNDICE V
Entrevista Semiestruturada

Data: ___/___/___ Horário: _____ Quantas semanas o bebê tem? _____

Iniciais da entrevistada: _____

1. Como foi a gravidez?
2. Fala-me sobre como foi seu parto. Quais foram os sentimentos? (Teve acompanhante durante o parto?/ Teve contato com o bebê?)
3. Como e o que a equipe te falou sobre o seu bebê?
4. O que significa para você os cuidados prestados pela equipe ao seu filho?
5. Quais os cuidados que você realiza quando está com o seu bebê?
6. Como você se sente quando está com o seu bebê? Fale sobre isso.
7. O teu filho responde a tua presença? De que forma?
8. Quais os momentos mais gostosos/ que você mais se sente feliz aqui?
9. Quais os momentos mais difíceis no dia a dia do hospital?
10. Em decorrência da internação, recebeu apoio de alguém?
11. O que te ajuda a cuidar do bebê?
12. O que te atrapalha a cuidar do bebê?
13. Você gostaria de fazer algo aqui e não consegue?
14. Como é o dia a dia no hospital? Como está sendo essa vivência para você? Fale um pouco sobre isso.
15. Qual é a sua maior preocupação em relação ao filho?
16. Quais são suas expectativas para o futuro?
17. Como vai ser quando voltar para casa? Alguém vai ajudar?
18. Gostaria de falar mais alguma coisa a respeito deste momento?

APÊNDICE VI
Protocolo de registro das filmagens

Participante: _____

Situação: _____

Tempo de análise: _____

| Comportamentos | Ocorrência-Dia de Internação |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Olhar para o bebê | |
| Posicionar-se face a face ao bebê | |
| Observar o bebê na incubadora | |
| Falar com o bebê | |
| Falar pelo bebê | |
| Falar sobre o bebê | |
| Sorrir para o bebê | |
| Embalar o bebê | |
| Beijar o bebê | |
| Acariciar o bebê | |
| Tocar o bebê | |
| Cheirar o bebê | |
| Assoprar o cabelo do bebê | |
| Imitar o bebê | |

ANEXO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ: O ESTABELECIMENTO DA INTERAÇÃO INICIAL NO CONTEXTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Pesquisador: Danusa Menegat

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38199914.5.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Terapia Ocupacional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 961.270

Data da Relatoria: 09/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado vinculado ao programa de pós-graduação em terapia ocupacional da UFSCar.

Objetivo da Pesquisa:

Do projeto:

*Geral:

Compreender os processos interacionais que compõe a díade mãe-bebê de risco no contexto de internação hospitalar nos primeiros dias de vida.

Específicos:

Caracterizar a interação mãe-bebê de risco no contexto hospitalar;

Identificar e descrever as características e manifestações da interação mãe-bebê internado e a reciprocidade dessa interação sob a perspectiva da mãe.*

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto descreve com cuidado o risco de constrangimento e de exposição dos participantes, apresentando medidas preventivas para minimizar estes riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante em seu contexto.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA
UF: SP Município: SÃO CARLOS
Telefone: (16)3351-0883

CEP: 13.565-905

E-mail: cep@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 961.270

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes e adequados.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 24 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Ricardo Camello Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

CEP: 13.585-905

Telefone: (18)3351-9883

E-mail: cep@ufscar.br

GLOSSÁRIO

APGAR (Índice de): Teste que avalia o estado de saúde do recém-nascido através de uma pontuação atribuída duas vezes: a primeira, no primeiro minuto de nascido e a segunda, cinco minutos depois. Refere-se à frequência cardíaca, respiratória, reflexos, tônus muscular e cor. Quantifica-se de 1 a 10 e dá indicações acerca da vitalidade do bebê e evolução a longo prazo.

Apneia: Uma pausa na respiração com duração superior a 20 segundos. É frequente nos prematuros que não têm ainda completa a maturação do controle respiratório.

Apojadura: Em algumas mulheres a “descida do leite” ou apojadura só ocorre alguns dias após o parto. Nesses casos, o profissional de saúde deve desenvolver confiança na mãe, além de orientar medidas de estimulação da mama, como sucção frequente do bebê e ordenha. É muito útil o uso de um sistema de nutrição suplementar (translactação), que consiste em um recipiente (pode ser um copo ou uma xícara) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo por meio de uma sonda. A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento. Dessa maneira o bebê continua a estimular a mama e sente-se gratificado ao sugar o seio da mãe e ser saciado.

Clampeamento: Após o nascimento do RN ocorre a laqueadura do cordão umbilical.

Descolamento prematuro da placenta (DPP): ocorre quando a placenta se separa parcial ou completamente da parede uterina antes da hora certa, ou seja, no momento do parto, interrompendo a administração de oxigênio e de nutrientes ao bebê. Em alguns casos, pode haver sangramento leve ou mesmo intenso e escuro. O sintoma mais comum é uma dor abdominal forte e contínua.

Fissura mamilar: ou rachadura, ocorre quando o posicionamento ou a pega estão errados.

Fototerapia: Um tratamento com luzes especiais para bebês com icterícia. O bebê afetado é colocado sob a incidência de luzes fluorescentes especiais que quebram a bilirrubina de modo a que esta possa ser eliminada do organismo.

Icterícia: Tonalidade amarela da pele causada pela deposição de um pigmento, a bilirrubina, produzido pela destruição dos glóbulos brancos. A icterícia neonatal acontece quando o fígado do bebê ainda está imaturo e não é capaz de processar a bilirrubina (pigmento), que se acumula no sangue, fazendo com que a pele e os olhos do bebê fiquem amarelados. O tratamento é feito através da fototerapia.

Ingurgitamento mamário: No ingurgitamento mamário, há três componentes

básicos: (1) congestão/aumento da vascularização da mama; (2) retenção de leite nos alvéolos; e (3) edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático. Como resultado, há a compressão dos ductos lactíferos, o que dificulta ou impede a saída do leite dos alvéolos. Não havendo alívio, a produção do leite pode ser interrompida, com posterior reabsorção do leite represado. O leite acumulado na mama sob pressão torna-se mais viscoso; daí a origem do termo “leite empedrado”. É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico, que é normal, do patológico. O primeiro é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está “descendo”, não sendo necessária qualquer intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a mama fica excessivamente distendida, o que causa grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal-estar. Pode haver áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade. O ingurgitamento patológico ocorre com mais frequência entre as primíparas, aproximadamente três a cinco dias após o parto. Leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê favorecem o aparecimento do ingurgitamento. Portanto, amamentação em livre demanda, iniciada o mais cedo possível, preferencialmente logo após o parto, e com técnica correta, e o não uso de complementos (água, chás e outros leites) são medidas eficazes na prevenção do ingurgitamento.

Ocitocina: A proteção, o cuidado, a ternura e o carinho da mãe pelo seu bebê, comum em todas as fêmeas pela sua cria, assim como a capacidade de criar, estreitar e manter esta relação humana é obra de uma hormona – a ocitocina, a hormona do comportamento maternal. Os fantásticos efeitos comportamentais da ocitocina:

- Estimula e facilita o estabelecimento de relações pessoais amigáveis;
- Predis põe para aceitar e receber mensagens corporais e expressões de carinho;
- Induz calma e repouso;
- Aumenta a capacidade de aprendizagem;
- Promove o reforço da memória social positiva;
- Estimula e facilita o estabelecimento de confiança nas relações pessoais e sociais;
- Melhora a memória social e o reconhecimento dos rostos familiares;
- Aumenta a memorização dos comportamentos sociais agressivos promovendo assim a capacidade de proteção;
- Diminui a agressividade da resposta face a comportamentos sociais não amistosos;

- Diminui os sinais de ansiedade e depressão;
- Modula as emoções e o comportamento tanto em homens como mulheres;
- Promove as relações sociais positivas;
- Incrementa a generosidade e as atitudes caridosas e de benefício filantrópico

por oposição ao ganho pessoal.

Pré-Elâmpsia: Situação da mãe que associa a hipertensão a alterações da função hepática e da coagulação e que determina muitas vezes a necessidade do nascimento antes do tempo.

Sonda nasogástrica/orogástrica: Tubo estreito e flexível que se introduz no estômago através do nariz ou da boca, usado para administrar nutrientes ou para extrair ar ou líquidos do estômago.

Sucção não nutritiva (SNN): A sucção não nutritiva pode ser observada nos prematuros por volta da 27^a a 28^a semana de gestação e é descrita como um padrão organizado e repetitivo de sugadas curtas e estáveis, com pausas longas ou irregulares. Nessa sucção, o bebê faz os movimentos, sem ter a introdução de líquido na cavidade oral. Alguns dos benefícios da estimulação da sucção não-nutritiva são a adequação da musculatura oral; a regulação dos estados de consciência do bebê; o ganho de peso, recebendo a mesma quantidade calórica; a alta precoce; a facilidade de digestão; a transição para alimentação por via oral mais rápida e mais fácil; entre outras. Entretanto, as indicações ou parâmetros para início de uma sucção não nutritiva não são unânimes, não havendo indicadores precisos sobre quando iniciá-la, como deve ser e ainda como proceder para levar o recém-nascido à prontidão para a alimentação oral.

Teste do Pezinho: é um exame de “triagem”. Foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1992 (Portaria GM/MS n.º 22, de 15 de Janeiro de 1992) com uma legislação que determinava a obrigatoriedade do teste em todos os recém-nascidos vivos e incluía a avaliação para Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito. O procedimento foi então incluído na tabela SIA/SUS na seção de Patologia Clínica, podendo ser cobrado por todos os laboratórios credenciados que realizassem o procedimento.