MARIA HAYDÉE AUGUSTO BRITO

Modelos de assistência neonatal: comparação entre o método mãe-canguru e o método tradicional

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Pediatria / Neonatologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra Josefine Ferraz Ellero Grisi

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Jornada Krebs

São Paulo
2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Brito, Maria Haydée Augusto

Modelos de assistência neonatal : comparação entre o método mãe-canguru e o método tradicional / Maria Haydée Augusto Brito.-- São Paulo, 2008.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Pediatria.

Área de concentração: Pediatria.

Orientadora: Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi.

Co-orientadora: Vera Lúcia Jornada Krebs.

Descritores: 1.Recém-nascido de muito baixo-peso 2.Relações mãe-filho
3.Serviços de saúde materno-infantil 4.Aleitamento materno

USP/FM/SBD-151/08

Dedico esse trabalho aos meus filhos:
Ubiratan, Ticiane e Taís,
com todo o amor que há na vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Sandra Grisi, pelo acolhimento dado ao meu projeto, pela sensibilidade com que escutou minhas inquietações, pela confiança que depositou em meu trabalho, pelo modo sábio, firme e delicado com que me indicou a direção a seguir nos momentos mais difíceis e, principalmente, por sua admirável capacidade de manter reunidos o espírito acadêmico e o humanístico.

Agradeço ao Prof. Dr. Rui Verlaine de Oliveira Moreira, pela generosidade com que transmite seu rico e profundo conhecimento, por conduzir meus passos pelas difíceis trilhas do mundo da Fenomenologia, guiando cuidadosamente meu pensamento para a possibilidade da compreensão e por sua disponibilidade de refletir junto comigo sobre as questões suscitadas por esta tese, ampliando meu discernimento sobre elas.

Agradeço à minha co-orientadora, Prof^a. Dr^a. Vera Krebs, pela empatia com que recebeu as idéias contidas nesse estudo, pela orientação científica criteriosa e inestimáveis intervenções, por seu interesse e, especialmente, por sua solidariedade.

Agradeço à Prof^a. Dr^a. Anamaria Cavalcante, por abrir a primeira porta para a realização deste trabalho, contemplando-o com sua capacidade de impulsionar os sonhos de crescimento dos pediatras cearenses.

Agradeço aos componentes da banca do Exame de Qualificação, Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Kupfer, Prof^a. Dr^a. Edna Diniz e Prof. Dr. Mário Cícero Falcão pelas preciosas contribuições dadas a este trabalho.

Agradeço ao Prof. Dr. Alexandre Ferraro, por sua importante participação na análise epidemiológica desta pesquisa e por sua preocupação em tornar os procedimentos estatísticos compreensíveis.

Agradeço à Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia de Paula Pessoa, orientadora da minha dissertação de mestrado, por ter estimulado a realização deste estudo, cuja construção contou com sua valiosa ajuda.

Agradeço a minha amiga Ana Amélia Lacerda, pediatra neonatologista, por tantas vezes ter compartilhado comigo sua rica experiência e por participar com interesse das reflexões deste estudo.

Agradeço à direção geral do Hospital Geral César Cals que no início desta pesquisa era representada pelo Dr. Ernani Ximenes, posteriormente pelo Dr. Eliezer Arrais e, atualmente, pelo Dr. Valdy Ferreira de Menezes por estimular a pesquisa científica e por acreditar que por meio da Ciência as ações que promovem saúde podem tornar-se melhores.

Agradeço a empatia e o incentivo dado a esta pesquisa por todos os que compõem o Serviço de Neonatologia do Hospital Geral César Cals, representados por sua chefe, Dra. Maria Willzni Sales Rios.

Agradeço a prestimosa ajuda da assistente social Rosinete Braz, da enfermeira Carmen Virginia Cortez, da fisioterapeuta Fabiane Elpídio, da fonoaudióloga Evangelista Messias e dos pediatras Alexandre Brasileiro, Cristina Coelho e Janaína Alves de Oliveira na elaboração deste trabalho.

Agradeço à psicóloga Maria Eugênia Pesaro por sua ajuda e por sua solidariedade desde os momentos iniciais desta trajetória.

Agradeço à bibliotecária Mariza Umetsu Yoshikawa por seu apoio imprescindível na revisão de literatura e por sua amizade.

Agradeço aos meus irmãos: Antonio Augusto, pela revisão gramatical e Humberto Brito, pelo suporte na formatação do texto.

Agradeço aos meus filhos por seu apoio incondicional: Ubiratan, por transformar meu resumo em abstract e pela leitura crítica dos textos; Ticiane, por me substituir em quase todas as minhas tarefas cotidianas, possibilitando minha dedicação quase exclusiva à tese; e Taís, pelo desenho e layout da capa e por seu auxílio na organização dos dados.

Agradeço aos meus pais, Inácio Brito e Maria Augusto, por se interessarem por esta pesquisa como continuidade do cuidado amoroso que sempre me dedicaram e por manterem sua crença inabalável em minhas capacidades.

Agradeço ao meu marido, Marcos Queiroz, por seu amor, que me inspira, e pela cumplicidade que tornou possível a realização deste trabalho.

Agradeço, emocionada, às mulheres que concordaram em participar desta pesquisa, junto com seus filhos, por terem sido capazes de generosamente compartilhar comigo suas vidas, confiando a mim seus sentimentos, seus anseios, seus temores e suas esperanças.

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
1 INTRODUÇÃO	01
2 OBJETIVOS	22
3 MÉTODOS e CASUÍSTICA	24
3.1 Descrição do cenário	25
3.2 Abordagem quantitativa	28
3.2.1 Amostra	28
3.2.1.1 Seleção dos participantes	28
3.2.1.2 Número de participantes	30
3.2.2 Coleta dos dados	31
3.2.2.1 Características da dupla selecionada	31
3.2.2.2 Evolução do crescimento e do desenvolvimento	32
3.2.2.3 Marcos do processo de amamentação	35
3.2.2.4 Parâmetros do seguimento ambulatorial	35
3.2.3 Análise dos dados	36
3.2.3.1 Variáveis e sua caracterização	36
3.2.3.2 Processamento dos dados	42
3.3 Abordagem qualitativa	43
3.3.1 Procedimento	45
3.3.2 Método fenomenológico	46
4 RESULTADOS	51
4.1 Comparação entre os grupos Canguru e Tradicional	53
4.2 Evolução dos aspectos estudados	57
4.2.1 Evolução do crescimento	57
4.2.2 Evolução do desenvolvimento	59
4.2.3 Processo da amamentação	60
4.2.4 Evolução após a alta hospitalar	65
4.3 Reduções fenomenológicas	68
5 DISCUSSÃO	75
5.1 Considerações finais	122
6 CONCLUSÃO	124
7 ANEXOS	132
8 REFERÊNCIAS	200

RESUMO

Os recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer alcançam taxas de sobrevivência cada vez maiores. No entanto, eles ainda apresentam problemas como déficit de crescimento, atrasos do desenvolvimento, baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo e dificuldades de vinculação afetiva com a família. Essa problemática resulta da condição de nascimento dessas crianças, das conseqüências do tratamento intensivo necessário à sua sobrevivência, e das peculiaridades da assistência neonatal tradicional cujos procedimentos impõem a separação entre a mãe e o bebê. A observação de aspectos relativos aos problemas citados sinaliza que algumas dessas dificuldades poderiam ser atenuadas, quando não resolvidas, por um modelo de assistência neonatal que privilegiasse a interação entre a mãe e o bebê. Visando a elucidar tal questão, compararam-se os resultados obtidos com setenta bebês, divididos em dois grupos, um assistido pelo método Mãe-canguru e outro pelo método Tradicional de assistência neonatal. Foi realizado um estudo de coorte prospectivo que contemplou duas abordagens: uma análise epidemiológica dos dados objetivos referentes às características comparáveis entre os dois grupos, ou seja, atributos maternos, dados sobre a gestação, o parto e o nascimento, eventos da evolução clínica, parâmetros do crescimento e do desenvolvimento e marcos do processo de aleitamento materno; além da outra abordagem que se constituiu como uma análise compreensiva dos dados subjetivos através do método fenomenológico. Constatou-se que o crescimento das crianças estudadas manteve-se aquém da referência ideal preconizada, a saber, o crescimento intra-uterino, sendo que as medidas antropométricas mostraram-se menores entre as crianças do método Canguru. As diferenças encontradas entre os dois métodos quanto ao desenvolvimento neurossocial não foram estatisticamente significativas. O método Canguru favoreceu a prática de aleitamento materno exclusivo, mesmo após a alta hospitalar. A compreensão e a interpretação dos depoimentos das mães, através do método fenomenológico, permitiram que se vislumbassem as repercussões dessa situação sobre a função materna, e as suas conseqüências sobre o desenvolvimento e a prevalência do aleitamento materno. Deslindou-se, assim, a influência direta da qualidade da interação entre a mãe e o bebê sobre a experiência de se tornar mãe nessas circunstâncias. Nessa perspectiva, concluiu-se que o cuidado dispensado a recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer exige, além do emprego da alta tecnologia, a priorização da permanência da mãe junto ao filho e a aptidão da equipe de assistência neonatal para abordar o bebê e a mãe em conjunto, como componentes de um sistema que se distinguem entre si, mas não se separam.

Descritores: 1. Recém-nascido de muito baixo peso 2. Aleitamento materno 3. Relação mãe-filho 4. Serviços de saúde materno infantil

ABSTRACT

Very low birthweight infants have achieved increasing survival rates over time. However, they still suffer from problems such as growth deficit, developmental delays, low exclusive breastfeeding prevalence and difficulties with the bond formation process. These problems result from birth circumstances, consequences of survival-necessary intensive care and peculiarities of traditional neonatal care, whose procedures impose a prolonged separation between mother and baby. Observation of aspects relative to these problems indicates that some of those difficulties might be lessened, if not altogether solved, by a neonatal care model that favors the mother-child interaction. Aiming to clarify this matter, a comparison of results obtained for seventy babies was carried out. Infants were divided in two groups, one treated by means of the Kangaroo Mother Method and the other by means of the Traditional Neonatal Care Method. A prospective cohort study was carried out which included two approaches. The first approach was an epidemiological analysis of objective data concerning comparable characteristics of the two groups, such as maternal characteristics, data about pregnancy, labor and birth, clinical evolution events, developmental and growth parameters and landmarks of the breastfeeding process. The second approach was a comprehensive study of subjective data by means of the Phenomenological Method. It was found that growth of studied children was consistently below intrauterine growth, the established ideal. Antropometrical measures were smaller for children in the Kangaroo Mother Method group than for those treated by means of the Traditional Method. No statistically meaningful differences were found concerning neurosocial development. The Kangaroo Mother Method was found to favor the practice of exclusive breastfeeding even after child discharge. Phenomenological comprehension and interpretation of oral accounts given by the mothers of studied infants about their experiences with their preterm children revealed the repercussions of this situation on maternal function and the resulting consequences to development and breastfeeding prevalence. The direct influence that the quality of interaction between mother and baby has on the experience of becoming a mother under such circumstances was thereby unveiled. Under this perspective, it was concluded that care given to very low birthweight infants requires, in addition to the employment of high technology, that the staying of mothers beside their infants be prioritized and that the neonatal care team be made able to handle mother and infant as a compound unit, as two components of a system that are distinct, yet not separate.

Descriptors: 1. Very Low Birth Weight Infants 2. Brestfeeding 3. Mother-Child Relations 4. Maternal-Child Health Services

Um bebê sozinho não existe.

Donald Winnicott

Introdução

Amor é sem dúvida, a experiência mais importante na vida de um ser humano.

Ashley Montagu

1 INTRODUÇÃO

Os avanços da obstetrícia, concernentes ao manejo da gravidez e do parto de risco, somados aos progressos científicos e tecnológicos sintetizados no conceito de terapia intensiva neonatal possibilitam, cada vez mais, a sobrevivência de recém-nascidos de muito baixo peso, ou seja, com peso de nascimento inferior a 1.500g.

Tal sobrevivência desafia a medicina neonatal que se depara com situações decorrentes dos problemas derivados da complexa conjugação entre as limitações do organismo do bebê e sua exposição às adversidades do meio extra-uterino, pois um bebê nascido com muito baixo peso, embora desenvolvido para a fase de vida intra-uterina em que se encontra, não dispõe dos recursos necessários e adequados à vida extra-uterina, expondo-se a um meio hostil não apenas para seu organismo, como também para seu psiquismo emergente.

A neonatologia busca vencer a barreira, quase intransponível, de acordo com Procianoy e Guinsburg (2005), de devolver às famílias e à sociedade uma criança capaz de desenvolver, de maneira plena, o potencial afetivo, cognitivo e produtivo que traz ao nascer. Modificar o ambiente de modo a torná-lo mais apto a promover o crescimento e o desenvolvimento desse ser despreparado, biológica e psiquicamente, para enfrentar uma fase de vida extra-uterina não natural.

A morbidade gerada por nascer nessas circunstâncias vem sendo, progressivamente, controlada. As doenças que acometem tais crianças têm sido diagnosticadas, tratadas e prevenidas, pelo menos em seus graus mais intensos e nas complicações, como vem acontecendo, nas últimas décadas, com a displasia

bronco-pulmonar e a retinopatia da prematuridade, por exemplo, que tiveram suas incidências reduzidas e suas gravidades suavizadas.

No entanto, muitos dos pacientes egressos das unidades de terapia intensiva neonatal apresentam condições mórbidas, determinadas pela prematuridade, ou inerentes ao tratamento intensivo necessário à sua sobrevivência, que somente serão bem identificadas no período pós-neonatal, como acontece, segundo Fazzi et al. (1997), com severas dificuldades neurológicas que são detectadas, freqüentemente, aos dois anos de idade.

Para Fanaroff et al. (2007), não tem sido significativo o aumento da sobrevida sem morbidade, entre as crianças nascidas nessa faixa de peso. Após a alta hospitalar, o recém-nascido de muito baixo peso pode se deparar com problemas que se repercutem sobre sua qualidade de vida, envolvendo aspectos como o crescimento somático, o desenvolvimento neuropsicomotor e a qualidade do vínculo afetivo entre a criança e os pais, fatores esses com potencial para comprometer desde as mais diversas funções orgânicas até a habilidade do bebê de adaptação psicológica e social.

A medicina neonatal, refletindo sobre a assistência dispensada a seus pacientes, preocupa-se com o processo de desnutrição que os atinge, flagrado por Casey et al. (1990), desde o final da década de 80, e que acomete 97% dos recém-nascidos de muito baixo peso, como relatam Lemons et al. (2001), configurando-se como uma das maiores dificuldades a ser enfrentadas na recuperação dessas crianças (Ehrenkranz, 2000).

Tem-se buscado obter um estado nutricional adequado para esses bebês, entretanto, segundo Ziegler (1991), até meados da década de oitenta, havia muitas dúvidas sobre as necessidades nutricionais de recém-nascidos prematuros e a melhor forma de supri-las. Não se cogitava em nutrir tais crianças com leite materno exclusivo. O aumento da sobrevivência de recém-nascidos de muito baixo peso alimentados com leite humano (Gross, 1981) e a descoberta de que a composição do leite da mãe do prematuro varia, no primeiro mês, com o grau de prematuridade (Hibberd et al., 1982) conferiram importância ao leite materno como fonte rica de nutrientes para o prematuro.

Evidências de que o leite humano evita infecções e deficiências nutricionais no período neonatal (Lucas, 1997); de que atende às diferentes necessidades do prematuro (Neu et al., 1990); de que reduz em seis vezes o risco de desenvolver enterocolite necrosante (Lucas et al., 1990) e em 2,3 vezes a incidência de retinopatia da prematuridade (Hylander et al., 1995); de que aumenta em 8,3 pontos o quociente de inteligência de prematuros medido aos 7-8 anos de idade (Lucas et al., 1992); de que desempenha papel especial, segundo Lucas (1993), na orientação que será dada ao desenvolvimento, nas primeiras fases da vida; de que contém, de acordo com Uauy e Andraca (1995), os ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa necessários ao desenvolvimento normal do cérebro e da retina, em quantidades adequadas; de que o leite da própria mãe imprime maior velocidade de crescimento em prematuros (Schanler et al., 1995); de que o leite humano exibe concentrações significativas de eritropoietina que, além de estimular a eritropoiese, influencia o desenvolvimento neuronal, a maturação do intestino e a imunidade da criança (Semba e Juul, 2002) e, ainda, de que há um elo comum entre paralisia cerebral e peroxidação lipídica, que pode ser evitado pela proteção antioxidante do

leite materno (Crawford et al., 1976) concederam ao leite da própria mãe o lugar de alimento ideal para o recém-nascido prematuro.

O conhecimento de tantas vantagens atribuídas ao leite materno, no entanto, parece não ter efeitos sobre a prevalência de aleitamento natural entre recém-nascidos de muito baixo peso. Isso pode ser verificado na pesquisa de Gianini (2001), que descreveu que apenas 51,9% dos prematuros estavam em amamentação, mesmo parcial, no momento da alta hospitalar; e no trabalho de Holanda (2002) que encontrou que somente 47% dos neonatos de muito baixo peso mamavam exclusivamente na primeira semana após alta.

Esse contraste empresta importância à necessidade de se promover a amamentação nas unidades neonatais, pois, como afirma Heird (2007), as fórmulas para prematuros não alcançam os benefícios da amamentação, apesar da incrementação que vêm recebendo, com adições e alterações feitas para imitar a composição do leite humano. Assim, todos os esforços para estabelecer a amamentação e prolongar sua duração nessa população permanecem essenciais.

A condição de prematuridade, representada pelos reflexos diminuídos do bebê, pela hipotonia e pela necessidade de ventilação mecânica e monitoração, soma-se à longa permanência no hospital e aos obstáculos à interação, que fazem parte da estrutura da unidade de terapia intensiva neonatal, impõem limitações ao aleitamento natural. Quando se sobrepõe a isso um comprometimento psicológico materno formam-se barreiras quase insuperáveis para a prática da amamentação.

Numa análise simplificada, tomam-se como pré-requisitos para a instauração da amamentação, em recém-nascido de muito baixo peso, a capacidade do bebê

de coordenar sucção, deglutição e respiração que, em geral, está embaraçada; além do bem-estar materno, o qual é função de múltiplos fatores, biológicos e/ou psicossociais, especialmente aos aspectos ligados à condição clínica do bebê. Ou seja, apoiar o aleitamento materno de tais crianças pressupõe aplicação de técnicas de suporte à mamada e manejo hábil dos eventos relacionados à fisiologia da lactação e à psicologia da gravidez, do parto e do puerpério, que a assistência neonatal tradicional não adota rotineiramente.

As técnicas de apoio à amamentação são fundamentais para recém-nascidos nessa faixa de peso, pois além das limitações ocasionadas pela postura hipotônica e pela imaturidade da função motora oral que se verificam nesses bebês, o demorado suporte respiratório e o retardo de início da alimentação pela boca, como reparam Hawdon et al. (2000), geram desorganização e, até, disfunção alimentar que se traduz como vômitos e engasgamentos, que dificultam o aporte nutricional adequado e, conseqüentemente, o crescimento.

O segundo aspecto tomado, a compreensão dos estados psicológicos maternos e seu efeito sobre a lactação é essencial. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) recomenda atenção especial por parte dos profissionais que atuam na assistência perinatal para os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério, fortalecendo a idéia de que esse período é um tempo de grandes transformações psíquicas, permeado de medos, ansiedades e alterações relacionadas aos vínculos afetivos.

O nascimento com muito baixo peso, além de comprometer o crescimento, atinge o desenvolvimento motor e neurosocial, como afirmam Hediger et al. (2002). Adquirir capacidade progressiva de realizar funções, cada vez mais complexas,

depende de uma série de eventos de maturação e diferenciação que culmina na construção da rede neuronal que, em tal situação de exposição a episódios potencialmente patológicos, pode sofrer lesões dos mais variados tipos e intensidade, capazes de comprometer a qualidade de vida da criança e da família.

Para Halpern et al. (2000), que avaliaram o desenvolvimento de 1.363 crianças aos 12 meses de idade, suspeitas de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor ocorrem quatro vezes mais nas crianças que nasceram com peso abaixo de 2.000g, tendo maior chance (60%) de acontecer entre aquelas que nasceram de parto pré-termo. Cerca de 5 a 15% dos que nascem com muito baixo peso e, sobrevivem, apresentam déficits motores espásticos, como paralisia cerebral, enquanto 25 a 30% exibem habilidades menores que envolvem também a função cognitiva e o comportamento, com distúrbios escolares (Volpe, 1997).

Para Kipiani et al. (2007), a percentagem de alterações do desenvolvimento neurológico decorrentes do parto prematuro é alta, tendo eles encontrado, além das alterações anteriormente citadas, síndromes comportamentais desadaptativas, com impulsividade e hiperatividade.

As hemorragias peri-intraventriculares que ocorrem no período neonatal em recém-nascidos de pré-termo, constituem-se como complicação mais determinante da morbidade neurológica de crianças nascidas com menos de 1.500g (Abreu et al., 2007), como também demonstraram Shankaran et al. (2004) ao registrarem alto risco de desempenho neurocomportamental atrasado entre recém-nascidos com peso inferior a 1.000g.

As peculiaridades da unidade de terapia intensiva neonatal podem desfavorecer o crescimento e o desenvolvimento do bebê, devido aos estímulos negativos que podem atingir, sobretudo, o cérebro imaturo, particularmente vulnerável (Als et al., 2004). Impõe-se a necessidade de cuidado com os fatores ecológicos, através de medidas conhecidas como intervenções no ambiente neonatal, que se referem ao controle dos estímulos luminosos e sonoros, e à preservação dos sistemas auditivo, visual, motor e proprioceptivo, que têm por intuito proteger o crescimento e o desenvolvimento (Kleberg et al., 2002).

Nessa conjuntura, White-Traut et al.(2002) observaram que recém-nascidos que receberam estimulação vestibular, auditiva, visual e tátil modulada tiveram uma transição mais rápida para a alimentação plena por sucção e estados comportamentais significativamente melhores que os neonatos do grupo controle.

Deve-se salientar que não são somente os fatores biológicos que influenciam o desenvolvimento neuropsicossocial, como enfocam Greberg e Crinc (1988) e Minde et al. (1989), ao ressaltar a ação de fatores de outra natureza tanto nos eventos precoces, ocorridos no período neonatal, como no desenvolvimento futuro. Sarkadi et al. (2008) concordam com isso ao evidenciarem, por exemplo, que a interação entre os pais e a criança influencia, positivamente, os resultados comportamentais, psicológicos e sociais.

No neonato, especialmente no prematuro, a fisiologia e a psicologia estão imbricadas de tal forma que são inseparáveis, sendo uma o reflexo da outra. As condições fisiológicas dos subsistemas, autônomo, motor e de organização de estados de consciência influenciam a capacidade de auto-regulação, como descreve a teoria síncrono-ativa de Als (1986).

A auto-regulação possibilita ao bebê expressar-se e, assim, manter-se disponível para interagir e se relacionar com outros seres humanos, capazes de captar suas mensagens e interpretá-las, viabilizando-se uma comunicação primeira como a que descreve Magagna (1997, p. 47): “[...] a conversa do bebê é muito complexa, pois ele fala a partir de muitas partes de si mesmo. Temos de compreender cada aspecto do diálogo do bebê por intermédio do seu corpo, referente a sua experiência física e emocional”.

Em modelos animais, como mostraram Kuhn e Schanberg (1998), o contacto físico com a mãe assegura bem-estar ao bebê. Ao contrário, a privação materna produz efeitos deletérios, como a falha na síntese da enzima ornitina descarboxilase, por exemplo, que tem ação sobre o crescimento e o desenvolvimento celular e cuja produção depende da estimulação tátil da cria pela mãe.

Nesse sentido, Gomes-Pedro (1984) chama atenção sobre o papel do cuidado materno como regulador crítico da fisiologia e do desenvolvimento do filho. A separação precoce entre o bebê e sua mãe imposta pelo cuidado intensivo neonatal, com permanências prolongadas das crianças nas unidades neonatais, gera alterações comportamentais e psicológicas das mais variadas intensidades.

Os efeitos benéficos da interação mãe e filho, que fundamentam a prática do alojamento conjunto em maternidades e o acompanhamento da mãe em internações hospitalares pediátricas, deveriam ganhar mais realce quando se trata de neonatos prematuros (Gray et al., 2000), pois o psiquismo emergente do recém-nascido de qualquer faixa de peso ancora-se nas sensações corporais e na interação, como expressam Bowlby (2002), Spitz (2000), Brazelton et al (1997) e Stern (1991), reafirmando a tendência inata do ser humano para se relacionar.

Bowlby (1989) defende que as crianças têm uma propensão natural para o contato físico e que por meio da sucção ao seio, o bebê suga o objeto primário. Quer dizer, interagindo com a mãe, ele a discrimina através de suas percepções: olha longamente para ela e se sente olhado, ouve-lhe a voz e vocaliza, numa relação permeada de trocas, em que o bebê e a mãe aprendem a se relacionar, numa gradativa construção de conhecimento um do outro.

A função estruturante, integradora, organizadora do cuidado materno, que funciona como o principal provedor de crescimento e desenvolvimento, tem tal magnitude para a qualidade da sobrevivência que Gomes (2001), estudando as especificidades do vínculo afetivo na evolução do prematuro, considera o encontro com a mãe como a primeira e maior urgência na vida dessas crianças.

A falta da mãe, nessas circunstâncias, pode resultar em isolamento e institucionalização e ter repercussões nocivas sobre a evolução precoce do bebê prematuro, comprometendo seu crescimento e desenvolvimento. De acordo com Mathelin (1999), o recém-nascido humano é um ser relacional que, independentemente de sua idade gestacional, necessita de comunicação com outro ser humano, pois é dessa comunicação que o psiquismo nutre-se.

A prematuridade interfere na relação mãe-bebê. Como enfatizam Macêdo e Barros (2002), o fortalecimento do vínculo depende da interação inicial entre mãe e filho. Assim, os serviços de neonatologia, para assistir com adequação às crianças nascidas antes do termo da gestação, conforme lembram Ludington-Hoe et al. (2002), devem valorizar a atenção humanizada tanto quanto a alta tecnologia, criando oportunidades para a continuidade da relação entre mãe e filho.

A formação da vinculação afetiva é um processo complexo que tem por base a interação, na qual se dá rica e, ao mesmo tempo, sutil comunicação entre a mãe e a criança. Entretanto, há divergências sobre o momento em que a vinculação afetiva começa a se constituir.

Trucharte e Knijnik (2002) consideram que se inicia bem antes da concepção, sendo intensificada durante a gestação por eventos que possibilitam trocas, como a percepção materna dos movimentos fetais que fazem as mães imaginarem as características do bebê.

No entanto, de acordo com Klaus et al. (2000) a vinculação afetiva somente se consolida, efetivamente, após o nascimento, quando o contato físico íntimo que permite ao bebê ouvir a voz, o acalanto e a batida cardíaca, além de receber carícias favorece a constituição psíquica do sujeito.

Para Kupfer (2003), a construção da subjetividade inicia-se a partir do laço que se estabelece entre a criança e outro humano, geralmente a mãe ou substituto, pois tal laço possibilita o vínculo com a cultura. A criança, inserida no universo simbólico que rege as relações humanas, atravessa as encruzilhadas psíquicas, em direção à humanização, ou seja, a constituir-se como sujeito.

A subjetividade, ainda de acordo com a autora, é o ponto nuclear em que se ancoram e se organizam todas as dimensões do desenvolvimento, inclusive as funções orgânicas, anatômicas, musculares e neurofisiológicas da criança.

As circunstâncias do nascimento de um bebê prematuro põem em risco o processo de vinculação. Quer dizer, tais condições podem levar tanto o bebê como a mãe a não estarem prontos para figurar na interface em que se articula tal processo.

Essa interface nada mais é que a interação entre a mãe e o bebê, entendida do modo descrito por Piccinini et al. (2001), como uma via bidirecional, de ação recíproca entre a mãe e o bebê, dependente dos sinais emitidos lado a lado.

Essa proximidade física permeada por uma linguagem que flui entre os dois pode encontrar-se dificultada se o bebê não conseguir emitir sinais, aos quais a mãe seja sensível; ou se não puder perceber os efeitos de suas iniciativas sobre a mãe, sendo, portanto, imprescindível, também, a capacidade materna de captar os sinais do bebê e de responder a eles, promovendo as trocas afetivas (Bowlby, 1990).

Para Winnicott (1999), a construção da vida psíquica do ser humano fundamenta-se no encontro entre mãe e bebê e desde seus momentos primordiais precisa de um ambiente facilitador. Para o autor, esse ambiente é representado pelo que conceitua como *mãe suficientemente boa*. Ou seja, uma mãe capaz de oferecer a proteção que o bebê precisa, procurando evitar falhas que possam prejudicar a estruturação do psiquismo do filho; e que, diante de situações em que essas falhas se tornem inevitáveis, possibilite à criança adaptar-se para suportar, do melhor modo, a dificuldade, amenizando os prejuízos.

Os cuidados maternos, pelas características especiais que apresentam nesse estágio inicial da vida do bebê, foram denominados pelo autor de *preocupação materna primária*. É premente que haja alguém que possa dar significado às primeiras experiências do bebê e, com isso, iniciar os processos de amadurecimento que resultarão em seu desenvolvimento, pois se as adversidades encontradas pelos recém-nascidos de muito baixo peso fossem dirimidas, seu potencial hereditário poderia ser expresso de modo integral.

No entanto, as soluções oferecidas pelo modelo tecnocrático, predominante e vigente na maioria das unidades de terapia intensiva neonatais, dificultam a interação entre o bebê e sua mãe, impedindo o que, para Canotilho (2002), pertence à presença materna: proteger a criança dos estímulos negativos.

Segundo as pesquisas de Klaus e Kennell (1993), isso pode levar à inadequada formação do vínculo afetivo e culminar em distúrbios do crescimento e do desenvolvimento, re-internações repetidas, negligência ou mesmo maus tratos e abandono do bebê por parte da família.

A medicina neonatal atualmente recupera os recém-nascidos prematuros que assiste, mas continua perdendo a riqueza que a interação mãe-bebê promove, sendo obrigada a se confrontar com as dificuldades decorrentes da separação.

Tal preocupação já se fazia presente no primeiro texto de neonatologia publicado no mundo, em que o autor valoriza a aproximação entre mães e filhos internados, como descreve: “As mulheres permanecem diante de mim; eu examino o bebê delas e lhes encorajo a continuar o aleitamento ao seio e dou a elas os conselhos necessários, tanto que um dos meus alunos [...] batizou essas consultas com o nome de Escola de Mães” (Budin, 1905, p.620).¹

A idéia de assistir o bebê como sujeito inserido em seu ambiente, em sua história, que começa antes e vai além do período neonatal, transcendendo os limites das unidades neonatais, ainda não tomou a consistência proposta por Cunha (1991) quando afirma que, talvez, torne-se necessário um novo modelo de assistir o recém-

¹ Tradução livre da autora.

nascido, no qual esteja embutida a preocupação com a interação mãe-bebê como meio mais propício ao crescimento e ao desenvolvimento.

Nesse contexto, interroga-se: o método concebido em Bogotá, na Colômbia, em 1979, para tentar reduzir as elevadas taxas de mortalidade perinatal do Hospital San Juan de Dios - Instituto Materno Infantil (IMI), (Gomez et al., 1992), que, por se assemelhar ao marsúpio, tornou-se conhecido como Mãe-Canguru, poderia representar esse novo modo de assistir recém-nascidos de muito baixo peso?

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), para melhorar a atenção a tais crianças, publicou um documento em que descreve o método Mãe-Canguru como alternativa para o cuidado de recém-nascidos de baixo peso, prematuros ou não, desde que estivessem respirando espontaneamente em ar ambiente e não apresentassem problemas clínicos importantes; visando a oferecer proteção térmica, alimentação adequada, observação freqüente e proteção contra infecção.

Numa revisão sistemática que incluiu trabalhos randomizados e controlados, Conde-Agudelo et al. (2007) registraram que o método Mãe-Canguru reduz a morbidade neonatal sem que efeitos prejudiciais sejam observados. Os autores não encontraram diferenças, em relação a um grupo controle, na mortalidade neonatal avaliada desde o momento da inclusão nos estudos revisados até a idade gestacional corrigida de 41 semanas. Verificaram que esse método reduz o risco de infecção nosocomial e que episódios de hipotermia e hipertermia foram significativamente mais freqüentes no grupo controle. Houve maior ganho de peso diário nos neonatos assistidos pelo método Mãe-Canguru até o momento da alta, mas não foram observadas diferenças de peso, comprimento e perímetro cefálico

com o grupo controle na idade gestacional de 41 semanas. Também não se registraram diferenças no desenvolvimento neuropsicomotor.

O método Mãe-Canguru tem sido mais aplicado a recém-nascidos que apresentam estabilidade clínica. No entanto, o contato pele a pele e a posição Canguru trazem benefícios, também, a bebês prematuros instáveis, internados em unidades de terapia intensiva neonatal, aos quais provêm estabilidade fisiológica, organização dos estados comportamentais e relações positivas de apego/vínculo.

Para Browne (2004), mesmo os menores recém-nascidos, que ainda precisam de suporte de ventilação mecânica, podem obter vantagens dessa prática, inclusive indiretas através da redução do estresse da mãe, melhores resultados com amamentação e mais chance de intensificar a vinculação afetiva. Concordando com esse conceito, Ludington-Hoe et al. (2003) implantaram protocolo de aplicação desse método em recém-nascidos intubados, sem notar intercorrências ou riscos.

Klaus e Kennell (2004) ressaltaram que o contato pele a pele precoce com a mãe influencia a maturação psicológica, emocional e cognitiva de bebês prematuros, sugerindo que o método Mãe-Canguru seja amplamente usado, principalmente no período crítico entre 31 e 34 semanas de idade gestacional.

A estabilidade fisiológica proporcionada pela posição Canguru e pelo contato pele a pele revela-se através dos sinais vitais, conforme relatam Almeida et al. (2007), que registraram normotermia, melhora da saturação periférica de oxigênio e da oxigenação tecidual, além de maior grau de conforto respiratório nos neonatos.

Sontheimer et al. (2004) consideram que o transporte de recém-nascidos prematuros, realizado com o bebê na posição Canguru, mostrou-se mais seguro, quanto aos riscos, do que aquele feito na incubadora de transporte.

Um estudo longitudinal, controlado, envolvendo recém-nascidos prematuros extremos indicou que o método Mãe-Canguru favoreceu o desenvolvimento motor dessas crianças que, avaliado mensalmente até os seis meses e, depois, aos 9, 12, 14 e 16 meses de idade corrigida, mostrou-se similar ao desenvolvimento de bebês nascidos a termo (Canotilho, 2005).

Para determinar se o método Mãe-Canguru melhora os resultados do desenvolvimento e do comportamento de recém-nascidos de muito baixo peso, Ohgi et al. (2002) acompanharam 26 bebês com idade gestacional média de 34 semanas, em abordagem Mãe-Canguru, com controle histórico de 27 crianças da mesma idade gestacional média, em abordagem tradicional, concluindo que o método Mãe-Canguru supera o tradicional nesses aspectos.

A influência do contato pele a pele sobre a regulação dos estados comportamentais e a modulação do desenvolvimento motor pode ser verificada inclusive em bebês de termo, servindo como transição do ambiente do útero para a vida extra-uterina, conforme afirmam Ferber e Makhoul (2004).

Feldman e Eidelman (1998) declaram que o método Mãe-Canguru integra as intervenções preconizadas para proteger o desenvolvimento de prematuros como auto-regulação, manuseio mínimo e estimulação tátil, sensorial e vestibular e propicia o melhor desenvolvimento biopsicossocial, pois o contato pele a pele atende às necessidades de aquecimento, conforto, contato físico e consolo, protegendo a

criança dos estímulos nocivos da unidade neonatal e das dificuldades derivadas da separação, beneficiando o desenvolvimento e possibilitando, como enfatizam Pedromônico et al. (1998), as condições necessárias à construção da saúde mental.

Anderson et al. (2003) verificaram maior ocorrência de contato entre a mãe e a criança nas díades que praticam o método Mãe-Canguru que nos controles. Essa característica de permitir contínuo e intenso contato entre a mãe e o bebê, potencializa as chances de boa formação do vínculo, cuja base está na interação mãe-filho promovida por esse método (Tessier et al., 1998).

Cruvinel e Macedo (2007) mostraram que o método Mãe-Canguru melhora os estados de humor das mães devido ao tipo de contato com o filho que oferece, contribuindo assim para a minimização dos efeitos negativos da internação neonatal.

Sobre o comportamento materno, Quasem et al. (2003), acharam que esse método teve boa aceitação entre as mulheres americanas. No entanto, de acordo com Toma (2003), a adesão das mães a tal abordagem não depende apenas de sua própria vontade, mas também do apoio dado pela família e pela equipe de saúde.

A prevalência de 63% de aleitamento materno exclusivo, aos três meses de idade pós-natal, entre recém-nascidos de muito baixo peso, encontrada por Lima et al. (2000), num serviço em que o método Mãe-canguru predomina, indica a potencialidade desse método para promover aleitamento materno, que foi confirmada pela revisão de Venâncio e Almeida (2004) e evidenciada na experiência em uma maternidade da periferia de São Paulo, em que Toma et al. (2007) relatam efeitos positivos sobre a amamentação, apesar das dificuldades enfrentadas pelas

mulheres para participar do programa Mãe-canguru devido à tendência à conformação nuclear das famílias atuais.

Ruiz-Peláez et al. (2004) surpreenderam-se de encontrar certa cautela em implantar o método Mãe-Canguru, que lhes parece infundada, por parte de pediatras e gestores de políticas públicas. Eles recomendam que esse método seja iniciado tão precocemente quanto possível, pois prepara a família e o ambiente para a alta hospitalar, estimula os pais a identificar as necessidades físicas e emocionais do recém-nascido de baixo peso, e tem a vantagem de poder reduzir o tempo de hospitalização e a taxa de infecção hospitalar.

Colameo e Rea (2006), analisando a implantação do método Mãe-Canguru em 28 diferentes hospitais públicos do Estado de São Paulo, também relatam uma resistência dos profissionais de saúde dirigida à participação da família, fator a que atribuem o caráter intra-hospitalar do método no Brasil, diferentemente da Colômbia, onde o método transcorre em ambiente domiciliar.

No Brasil, enfatizam Lamy et al. (2005), o método Mãe-Canguru vem sendo aplicado, sob a coordenação do Ministério da Saúde, como uma estratégia para humanizar a atenção ao recém-nascido de baixo peso. Tal estratégia supera o conhecimento técnico específico, ampliando os horizontes da neonatologia. A preocupação com a subjetividade e com as referências culturais passaram a ser incluídas, superando as clássicas fragmentações entre mente/corpo e entre as ações fundamentadas no conhecimento científico e tecnológico e aquelas que têm por base a humanização. Tais ações não são excludentes entre si.

Na revisão feita por Cardoso et al. (2006) sobre o método Mãe-Canguru foram constatadas reduções de morbidade, custos e tempo de internação hospitalar; mais humanização da assistência e favorecimento do aleitamento materno; apontando os autores para a necessidade de estudos controlados sobre a efetividade e as vantagens desse método em relação ao cuidado tecnológico tradicional.

A medicina neonatal tradicional concebe o recém-nascido fragmentado, repartindo seus problemas entre especialistas que, dificilmente, propõem medidas que não estejam inseridas no âmbito do tecnológico. Os problemas orgânicos detêm de tal modo a atenção que, em geral, não se leva em consideração o psiquismo emergente do bebê nem a formação de sua personalidade e, tampouco, se medem os riscos de avaria da saúde mental nesse período. Predominam as explicações, dadas através de conceitos científico-tecnológicos, em detrimento da compreensão do sistema multidimensional, ou seja, biológico, psicológico, social, cultural, geográfico, histórico e político, em que cada prematuro está inserido.

A resolução da problemática do recém-nascido de muito baixo peso, que envolve crescimento, desenvolvimento, estabelecimento da amamentação e fortalecimento do vínculo afetivo como fatores interdependentes parece levar à necessidade de minimizar o hiato que passa a existir na interação entre a mãe e o bebê após o parto pré-termo, enquanto o bebê permanece na unidade neonatal.

A presença materna raramente é requisitada como essencial para facilitar a sobrevivência imediata e/ou em longo prazo do bebê, observando-se que, na rotina das unidades neonatais, considera-se adequado que os profissionais, usualmente, informem à mãe sobre os riscos do bebê, deixando cada mãe consciente da possibilidade de morte do filho.

No discurso dos profissionais percebe-se, também, uma nota de esperança que exorta as mães a não se desesperarem e a não fugirem dessa situação tão difícil. Em certo momento, elas precisarão estar prontas para segurar o bebê, amamentá-lo e, finalmente, levá-lo para casa. Ou seja, talvez se queira das mães um tipo de amor, com conhecimento de causa, pensado, medido e refletido, que Freud (1970, p. 68) afirma não existir:

Não é verdade que os seres humanos protelam o amor ou o ódio até adquirirem conhecimento mais profundo e maior familiaridade com o objeto desses sentimentos. Ao contrário, amam impulsivamente, movidos por emoções que nada têm a ver com conhecimento e cuja ação, muito ao contrário, poderá ser amortecida pela reflexão e pela observação.

Sousa et al. (2007), estudando a estruturação do psiquismo e as primeiras relações do bebê, constataram não ser possível observar um bebê desvinculado de seu entorno e vislumbraram que as manifestações das mães, diante do filho prematuro internado na unidade neonatal, poderiam ser vistas como comportamentos de esquiva, fuga e negação, denotando uma provável ansiedade inerente à situação vivenciada, repleta de insegurança e sentimentos ambivalentes que poderiam ser relacionadas aos encontros e desencontros vistos no processo de amamentação.

As mães que têm partos de pré-termo exibem mais sinais de estresse, mais riscos de sofrer depressão e mais ansiedade do que as que têm partos ao termo, o mesmo acontecendo com os pais (Kaaresen et al., 2006).

De acordo com Sá (2004), os sentimentos maternos negativos, observados entre as mães, influenciam a formação do vínculo afetivo, mas podem ser amenizados pela vivência do método Mãe-Canguru que oferece amparo às mães.

O cuidado neonatal tradicional parece não se dá conta da prematuridade materna, que consiste no despreparo da mãe para enfrentar uma situação que exige que ela esteja, por si, apta a superar a separação do bebê e a vencer barreiras, inclusive as impostas pelo mundo de sofisticada tecnologia da terapia intensiva neonatal que não disponibiliza nem espaço, nem tempo para a expressão materna, contrariando a máxima de Winnicott (1994): “um bebê sozinho não existe”.

O método Mãe-canguru, que tem por base a presença materna, poderia vir a modificar tal realidade? O contato pele a pele precoce entre o bebê prematuro e sua mãe amenizaria as dificuldades relacionadas a crescimento e desenvolvimento? A inserção da mãe como sujeito ativo na recuperação do filho prematuro poderia facilitar o aleitamento materno exclusivo? A maior possibilidade de interação entre a mãe e o bebê proporcionada por esse método tornaria o vínculo afetivo mais forte do que seria na abordagem tradicional?

O presente estudo, visando a contribuir na elucidação dessas questões, propôs-se a investigar possíveis diferenças entre o método Mãe-Canguru e o método tradicional de assistir recém-nascidos de muito baixo-peso quanto aos aspectos crescimento e desenvolvimento, estabelecimento do aleitamento natural e promoção da interação entre mãe e bebê.

2

Objetivos

A arte é uma mentira que nos ensina a compreender a verdade.

Pablo Picasso

2 OBJETIVOS

GERAL

Investigar diferenças entre os resultados obtidos com o método Mãe-Canguru e com o método Tradicional de assistência neonatal, em relação ao crescimento, alguns marcos do desenvolvimento, prevalência do aleitamento materno exclusivo e promoção da interação entre recém-nascidos de muito baixo peso e suas mães.

ESPECÍFICOS

1- Comparar características apresentadas por recém-nascidos de muito baixo peso e por suas mães, assistidos pelo método Mãe-Canguru e pelo método Tradicional de abordagem neonatal, quanto a aspectos relacionados ao crescimento, desenvolvimento e prevalência do aleitamento natural exclusivo.

2- Compreender como a mãe vivencia o relacionamento com o filho recém-nascido de muito baixo peso durante a internação hospitalar assistida pelo método Mãe-Canguru e pelo método Tradicional de abordagem neonatal.

3

Métodos e Casuística

Caminante, no hay camino
se hace camino al andar...

Antonio Machado

3 MÉTODOS E CASUÍSTICA

Realizou-se uma investigação prospectiva, coletando dados quantitativos e qualitativos da evolução de recém-nascidos de muito baixo-peso, ou seja, que nasceram com peso inferior a 1500g distribuídos em dois grupos, um assistido pelo método Mãe-Canguru e outro pelo método Tradicional de assistência neonatal, no Hospital Geral César Cals, um hospital público de nível terciário em Fortaleza, Ceará, durante o ano de 2005.

3.1 Descrição do cenário

Trata-se de um hospital geral, cuja maternidade, referência estadual para gestação e parto de alto risco, assiste cerca de 6.000 partos/ano, através do Sistema Único de Saúde. A maternidade dispõe de duas salas de parto normal e de um centro cirúrgico obstétrico, com assistência pediátrica contínua. O Serviço de Neonatologia oferece 21 leitos de terapia intensiva neonatal, 40 de cuidados intermediários, cinco leitos mãe-canguru e 74 de alojamento conjunto. Esse hospital é, também, referência estadual em banco de leite humano, e os recém-nascidos egressos de suas unidades neonatais são acompanhados no ambulatório de seguimento de recém-nascido de alto risco.

Os recém-nascidos admitidos nas unidades de terapia intensiva neonatal são procedentes da sala de parto ou do centro obstétrico. A assistência inicial é igual para todos consistindo, nessa fase, de aquecimento através de incubadoras e de suporte de terapia intensiva de acordo com a necessidade individual.

Os pais têm acesso livre às unidades em que os filhos estão internados, sem restrição do tempo de permanência, sendo que, rotineiramente, não há oportunidade de contato íntimo deles com os bebês. As mães ficam no Hospital por quatro dias após o parto para se familiarizarem com o Serviço e obterem informação sobre os procedimentos para a manutenção da lactação. Depois desse período, as mães recebem alta do Serviço de Obstetrícia e são incentivadas, inclusive com garantia de transporte e de alimentação, a freqüentar diariamente o Hospital.

Elas costumam chegar ao Hospital às oito horas e sair por volta de 16 horas. Permanecem entre o banco de leite e um recanto disponibilizado para estarem, adentrando às unidades neonatais de duas em duas horas, de acordo com o horário estipulado para a alimentação das crianças, quando se fazem presentes por cerca de dez a vinte minutos por vez. Quando estão na enfermaria Mãe-Canguru, as mães não seguem esse costume porque permanecem continuamente no Hospital.

No método Tradicional, os recém-nascidos ficam na unidade de terapia intensiva até atingirem o peso de 1.400g, quando podem ser transferidos para as unidades de risco intermediário, onde ainda permanecem em incubadoras até completarem cerca de 1.600g a 1.700g de peso, podendo, a partir daí, ficar em berços comuns.

Nesse momento, os bebês passam a ter mais contato com suas mães. Fonoaudiólogas avaliam e estimulam a função motora oral da criança e, em conjunto com enfermeiras e técnicas de enfermagem, incentivam a amamentação, acolhendo e apoiando as mães, estimulando-as a permanecerem por mais tempo junto ao filho e a lhe dispensar cuidados, favorecendo a interação da díade.

A indicação para o método Mãe-canguru é feita pelas equipes da unidade de terapia intensiva. Quando os recém-nascidos alcançam estabilidade clínica, caracterizada por maturidade neurológica, respiratória e cardiovascular que lhe permitam respirar de forma espontânea e adequada, manter equilíbrio hemodinâmico e se alimentar por via orogástrica, suas mães são consultadas sobre sua disposição, tempo e condições para ir com o bebê para a enfermaria Mãe-Canguru, sendo dadas, nessa oportunidade, explicações sobre o método.

A aquiescência explícita da mãe em participar, a manifestação do apoio familiar à decisão e a apresentação de condições físicas e mentais da mãe que lhe permitam permanecer de modo contínuo com o filho constituem-se como pré-requisitos relativos à mãe para a indicação do método. Atendidas tais condições, a transferência da díade mãe-bebê para a enfermaria Mãe-canguru é providenciada. A partir desse momento, devem ser seguidas as orientações da equipe multiprofissional que atua preconizando e promovendo aleitamento materno exclusivo. A transferência da díade, entretanto, está atrelada à disponibilidade de vagas, uma vez que há somente cinco leitos nessa enfermaria.

Na enfermaria Mãe-Canguru, o bebê é colocado junto à mãe, numa postura denominada posição canguru, em que é mantido verticalmente entre as mamas da mãe, apoiado por uma bolsa de tecido atada ao tronco materno, em contato pele a pele, o qual é interrompido somente para a amamentação e para a higiene de ambos. A dupla dispõe de um leito hospitalar tipo adulto, equipado com almofada-encosto que permite inclinações de 30 ou 45 graus.

Nas unidades neonatais tradicionais, a visitação dos parentes e amigos não permite acesso direto ao bebê que, no entanto, pode ser visto através das janelas de

vidro que circundam a unidade. Na abordagem Mãe-canguru, a díade recebe as visitas em um local determinado para esse fim.

3.2 Abordagem quantitativa

3.2.1 Amostra

3.2.1.1 Seleção dos participantes

Foram convidadas a participar da pesquisa todas as duplas de mães e recém-nascidos de muito baixo peso que atingiram, ainda no primeiro mês de vida, os critérios de elegibilidade do método Mãe-canguru.

O convite para participar do estudo foi feito através de uma conversa com cada mãe, individualmente, usando-se linguagem comum para explicar em que consistia a pesquisa, os objetivos pretendidos e o destino dos resultados. A pesquisadora colocou-se à disposição para responder as perguntas que cada uma das mães pudesse ter sobre o estudo e para esclarecer dúvidas, a qualquer tempo, durante o estudo. Cada mãe foi assegurada de que sua privacidade seria protegida através do uso de codinomes para registro e publicação dos dados. Devido à queixa de uma mãe de que naquela situação as mães não eram estrelas e sim pedras, foram escolhidos para os codinomes das mães, nomes de estrelas e de pedras preciosas. Foram selecionadas as duplas cujas mães consentiram em participar.

Esse momento em que o recém-nascido de muito baixo peso alcançou os critérios de elegibilidade para a enfermaria Mãe-Canguru e em que sua mãe, que freqüentava regularmente o Serviço, aceitou tomar parte da investigação foi considerado como momento de entrada no estudo.

O momento da entrada, portanto, foi anterior à alocação dos pares nos grupos, que não sofreu interferência do protocolo dessa pesquisa. Seguiram-se as rotinas do Hospital, segundo a qual, feita a indicação, a dupla permanecia na unidade neonatal aguardando a vaga na enfermaria Mãe-Canguru. Assim, as duplas que foram eleitas, encaminhadas e admitidas nessa enfermaria passaram a integrar o grupo Mãe-Canguru do presente estudo, enquanto se considerou como grupo assistido pelo método Tradicional aquele composto pelas duplas que tiveram a indicação do método Mãe-canguru, de acordo com os mesmos critérios, mas que não foram admitidas na enfermaria destinada a esse tipo de assistência por falta de vagas, sendo encaminhadas à unidade de cuidados intermediários.

Critérios de inclusão no estudo

- Relativos à mãe

Condições físicas para permanecer com o recém-nascido em posição canguru; boas condições de saúde mental; ausência de sinais de depressão no período pós-parto; aquiescência em participar do método Mãe-canguru; frequência regular ao serviço.

- Relativos ao recém-nascido

Peso de nascimento entre 750 e 1500g; idade pós-natal ≤ 30 dias; respiração espontânea e natural sem necessidade de suporte respiratório; estabilidade hemodinâmica; alimentação exclusivamente por via orogástrica.

3.2.1.2 Número de participantes

O cálculo do tamanho da amostra tomou por base um estudo de coorte, considerando-se que se tratava de fazer medições ao longo do tempo numa determinada população, para saber quais os efeitos que a exposição a um fator (método Mãe-Canguru) teria no final, comparando-se os que estiveram expostos com aqueles que não estiveram expostos a esse fator.

A entrada no estudo partiu da indicação de método Mãe-Canguru para todos os participantes, mas somente a submissão ao método Mãe-Canguru foi tomada como fator de exposição, sendo, assim, nomeados entre os expostos os recém-nascidos assistidos pelo método Mãe-Canguru e entre os não expostos aqueles assistidos pelo método Tradicional.

Para efeito do cálculo da amostra, foram assumidos como casos os recém-nascidos que apresentassem o desfecho aleitamento materno exclusivo para a variável prevalência de aleitamento natural. A decisão por tomar essa variável para o cálculo, ao invés de variáveis relacionadas ao crescimento e ao desenvolvimento, foi devido à maior aproximação, teórica e prática, que se tinha do comportamento da variável aleitamento materno. Assim, a proporção de casos, tanto entre os recém-nascidos submetidos ao método Mãe-Canguru (expostos) como entre os assistidos pelo método Tradicional (não expostos), foi representada pelos neonatos que apresentaram o referido desfecho, estimando-se, com base na literatura, na observação clínica e em registros do Serviço sobre essa população, que aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar seria encontrado em, aproximadamente, 80% dos pacientes do método Mãe-Canguru e 50% dos do método Tradicional. Calculou-

se que trinta duplas em cada grupo confeririam ao estudo poder de teste de 80% e nível de significância de 5%. Foram alocadas 35 duplas em cada grupo.

3.2.2 Coleta de dados

Os dados de natureza predominantemente quantitativa foram colhidos em questionários, que podem ser visualizados nos apêndices, de acordo com quatro categorias de variáveis: características da dupla selecionada, parâmetros da evolução do crescimento e do desenvolvimento, marcos do processo de amamentação e variáveis referentes ao seguimento ambulatorial.

3.2.2.1 Características da dupla selecionada

A obtenção desses dados visava verificar se os grupos guardavam entre si um grau de uniformidade que os tornasse comparáveis quanto às características dos recém-nascidos e de suas mães antes da entrada no estudo, pois tanto as características maternas quanto os aspectos relacionados à gravidez, ao parto e ao nascimento, e às particularidades da evolução clínica prévia ao momento de entrada no estudo poderiam influenciar os processos do crescimento, do desenvolvimento e do estabelecimento do aleitamento materno a serem medidos no estudo.

Em um instrumento desenhado para esse fim, anexo A, registraram-se idade materna, procedência, paridade, tipo de relação com o parceiro, história da gravidez e intercorrências pré-natais, tipo de parto, idade gestacional ao nascimento, medidas antropométricas ao nascer, condições ao nascimento (índice de Apgar e necessidade de reanimação), evolução nos primeiros dias (diagnósticos, intercorrências, intervenções e medicações necessárias), dados sobre o processo de nutrição da criança e permanência na unidade de terapia intensiva neonatal,

dados concernentes à condição do recém-nascido no momento de entrada no estudo como idade corrigida, medidas antropométricas, via de alimentação, tipo de leite usado e presença de patologias mais comuns nessa fase como anemia e refluxo gastroesofágico, por exemplo.

3.2.2.2 Evolução do crescimento e do desenvolvimento

O processo do crescimento foi acompanhado desde a entrada do estudo e, depois, semanalmente, até a alta hospitalar. A pesquisadora mediu os parâmetros: peso, avaliado em balança eletrônica, em gramas (g); comprimento, medido com régua antropométrica, graduada em centímetros (cm) e perímetro cefálico, medido com fita graduada em centímetros (cm), registrando-se na ficha visível no anexo B.

Para a classificação das medidas antropométricas foram usadas as curvas adotadas pelo serviço: as medidas feitas ao nascimento pelas curvas de Lubchenco (Lubchenco et al., 1963) e as que seguiam o crescimento até 42 semanas de idade gestacional corrigida pelas curvas de Babson (Babson e Benda, 1976).

A trajetória do desenvolvimento foi descrita através dos dados obtidos a partir de sistematizações do exame neurológico de cada criança, feitas pela pesquisadora em dois momentos: no segundo ou terceiro dia após a entrada de cada dupla no estudo e nos dois a três dias que antecederam a alta hospitalar, observando-se, principalmente, os aspectos neuromotor e neurossocial.

A observação do desenvolvimento neuromotor, anexo C, foi feita através do método de Amiel-Tison (1968), que avalia, do ponto de vista neurológico, crianças nascidas a termo e descreve padrões de desenvolvimento neuromotor a partir da 28ª semana de gestação, caracterizando o tônus passivo, o tônus ativo e as respostas

reflexas peculiares a cada idade, permitindo a identificação do estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra.

Na tomada sobre o desenvolvimento neurossocial foram feitas apreciações das características comportamentais com base na teoria do desenvolvimento síncrono-ativo (Als, 1986) que mostra o funcionamento do bebê compreendido em cinco níveis, chamados subsistemas, a saber: autonômico, motor, de estados comportamentais e de interação/atenção, que atuam de modo interdependente e em relação com o meio, integrados pelo quinto subsistema, o regulador, dando suporte à busca do organismo do bebê por um estado de homeostase.

Elaborou-se um instrumento, que pode ser visualizado no anexo D, no qual foram observados, durante 90 minutos, na entrada do estudo e na alta hospitalar, os subsistemas motor e o de estados comportamentais, em crianças estáveis que não apresentavam alterações do padrão respiratório, do ritmo cardíaco, variações da cor e do aspecto da pele, nem sinais viscerais como soluços, salivação, regurgitação e movimentos peristálticos, ou seja, capazes de gerir seus estímulos internos e externos (estabilidade autonômica).

Do subsistema motor foram observados tônus muscular, postura e movimentos voluntários e involuntários, considerando-se estável a postura harmoniosa, isto é, denotativa de equilíbrio entre flexão e extensão com ausência de hipotonia e hipertonia; movimentos sincrônicos e harmoniosos dos membros e uso de estratégias motoras eficazes, como levar a mão à boca, segurar as próprias mãos, agarrar objetos, ou realizar movimentos bucais como solicitando sucção. Considerou-se comportamento de estresse a presença de sinais como perda

temporária de tônus em qualquer parte do corpo e episódios de hipertonia motora não patológica.

Quanto ao subsistema de estados comportamentais, registrou-se o estado predominante dentre seis estados de consciência que vão do sono profundo ao choro, a cada cinco minutos, e posteriormente como percentuais do período total de observação. Considerou-se sono profundo a permanência do bebê de olhos fechados, sem movimentos, respirações regulares e sem maiores movimentos dos membros; sono superficial ou REM (*rapid eyes movement*) o estado em que se notavam os olhos fechados, mas com movimento, padrão respiratório irregular e movimentos dos membros; sonolência quando o bebê abria e fechava os olhos, alternadamente, numa transição entre vigília e sono; estado de alerta inativo, considerado propício à interação, quando o bebê apresentava-se calmo, de olhos abertos, como que perscrutando o entorno, com poucos movimentos; estado de alerta ativo quando se mostrava acordado, de olhos abertos, mas agitado, com muitos movimentos; e, finalmente, estado de choro.

O subsistema de atenção/interação foi avaliado durante a observação da mamada e não como parte do instrumento que estudava o desenvolvimento neurocomportamental. Observou-se, durante a mamada, a capacidade do bebê de permanecer em estado de alerta, apreender as informações do meio e de se comunicar. Tais competências evidenciam-se através do olhar vivo, da capacidade de fixar o olhar por um período curto de tempo e de expressar atenção associada a movimento de boca, como de sugar, nos momentos de interação social. Quando há estresse ou fadiga, o bebê pode apresentar comportamento de virar a cabeça para o lado oposto ao estímulo, cobrir o rosto com as mãos ou usar o sono como refúgio.

3.2.2.3 Marcos do processo de amamentação

Foram seguidos dados referentes ao estabelecimento e prevalência de amamentação a partir da observação da mamada, feita de modo passivo pela pesquisadora, durante os procedimentos rotineiros do Serviço, que realiza avaliação fonoaudiológica nas primeiras vezes em que o bebê é colocado ao seio materno, através de um instrumento que foi construído a partir do Formulário de Observação da Mamada, difundido pela UNICEF (1993), ao qual foram acrescentados aspectos especiais de observação da função do aparelho estomatognático, como pode ser visto no anexo E, que descreve o comportamento materno, a posição da mãe e do bebê durante a mamada, a aquisição dos reflexos que possibilitam a amamentação (busca, apreensão, sucção e coordenação deglutição/respiração), a presença ou ausência de expressão de sinais de fome/saciedade e a atitude do profissional presente à amamentação, assim como o uso de técnicas de facilitação da sucção e deglutição. A prevalência do aleitamento materno exclusivo foi aferida no momento da alta e durante as consultas no ambulatório de seguimento.

3.2.2.4 Parâmetros do seguimento ambulatorial

Esse estudo, persistindo com o seguimento das rotinas do Serviço, observou os parâmetros referentes à primeira consulta ambulatorial que ocorre, geralmente, uma semana após a alta hospitalar. Observaram-se, também, os dados referentes à segunda consulta ambulatorial, que acontece cerca de 30 dias após a primeira.

Os parâmetros, coletados dos prontuários de seguimento ambulatorial, por meio de questões específicas, observáveis no item 7 do anexo A, eram relacionados

às medidas antropométricas, ao tipo de aleitamento em vigência e à presença ou ausência de alterações clínicas e neurológicas.

A classificação das medidas antropométricas, nessa fase do estudo, foi feita em conformidade com as rotinas e diretrizes do seguimento de recém-nascidos de alto risco do Hospital, que utilizava, nessa época, a Caderneta da Criança do Ministério da Saúde, com curvas NCHS (2003), sem corrigir a idade gestacional.

Previu-se a realização de um contato telefônico com as famílias daqueles bebês que não se fizeram presentes às consultas ambulatoriais. Cinco dias após a data em que a consulta estava agendada, procedia-se a ligação com o intuito de tomar conhecimento sobre o motivo da ausência e verificar o bem-estar da criança.

3.2.3. Análise dos dados

3.2.3.1. As variáveis do estudo e sua caracterização

Variável relativa à alocação

- Método de assistência neonatal [dicotômica, independente]

Variáveis anteriores à entrada no estudo

Sobre as características maternas:

- Idade materna [contínua, independente]
- Exercício de profissão [dicotômica, independente]
- Tem companheiro [dicotômica, independente]
- Escolaridade [categórica, independente]
- Número de filhos vivos [contínua, independente]
- Procedência [dicotômica, independente]

Sobre pré-natal, parto e nascimento:

- Gravidez intencional [dicotômica, independente]
- Dificuldade de aceitar a gravidez [dicotômica, independente]
- Reação paterna favorável [dicotômica, independente]
- Número de consultas pré-natais [discreta, independente]
- Intercorrências pré-natais [dicotômica, independente]
 - Hipertensão [dicotômica, independente]
 - Diabetes [dicotômica, independente]
 - Infecção pré-natal [dicotômica, independente]
 - Hiperêmese [dicotômica, independente]
 - Depressão [dicotômica, independente]
 - Tabagismo [dicotômica, independente]
- Idade gestacional [contínua, independente]

- Tipo de parto [dicotômica, independente]
- Corticóide antenatal [dicotômica, independente]
- Contato na sala de parto [dicotômica, independente]
- Sexo [dicotômica, independente]
- Peso de nascimento [contínua, independente]
- Classificação peso nascimento - Lubchenco [categórica, independente]
- Estatura de nascimento [contínua, independente]
- Classificação estatura nascimento - Lubchenco [categórica, independente]
- Perímetro cefálico de nascimento [contínua, independente]
- Classificação p. cefálico nascimento - Lubchenco [categórica, independente]
- Índice ponderal de Rohrer nascimento [contínua, independente]
- Apgar 1 minuto [discreta, independente]
- Apgar 5 minutos [discreta, independente]
- Reanimação na sala de parto [dicotômica, independente]
 - O2 inalatório [dicotômica, independente]
 - Ambu e máscara [dicotômica, independente]
 - Intubação traqueal [dicotômica, independente]
 - Massagem cardíaca/drogas [dicotômica, independente]

Sobre a necessidade de suporte de terapia intensiva neonatal

- Suporte respiratório [dicotômica, independente]
 - Dias em CPAP [contínua, independente]
 - Dias em VMI [contínua, discreta, independente]
- Número de doses de surfactante [discreta, independente]
- Uso de cateter umbilical [dicotômica, independente]
- Uso de cateter venoso central [dicotômica, independente]
- Diuréticos [dicotômica, independente]
- Drogas vasoativas [dicotômica, independente]
- Fototerapia [dicotômica, independente]
- Concentrado de hemácias [dicotômica, independente]
- Antibióticos [dicotômica, independente]
 - Primeira linha [dicotômica, independente]
 - Segunda linha [dicotômica, independente]
 - Terceira linha em diante [dicotômica, independente]
 - Antifúngicos [dicotômica, independente]
- Intercorrências na UTI [dicotômica, independente]
 - Hipotermia [dicotômica, independente]
 - Hipoglicemia [dicotômica, independente]
 - Pneumotórax [dicotômica, independente]
 - Apnéia [dicotômica, independente]
 - Refluxo gastroesofágico [dicotômica, independente]
 - Enterocolite necrosante [dicotômica, independente]
- Persistência do canal arterial [dicotômica, independente]
 - Tratamento para PCA [dicotômica, independente]
- Realização de Ultrassonografia transfontanelar [dicotômica, independente]
 - Resultado USTF [dicotômica, independente]
- Retinopatia da prematuridade [dicotômica, independente]
 - Cirurgia para ROP [dicotômica, independente]

Sobre o processo de alimentação e nutrição

- Dias de nutrição parenteral [contínua, independente]
- Idade (em dias) de início da dieta [contínua, independente]
- Idade (em dias) de início da dieta plena [contínua, independente]
- Via exclusiva SOG [dicotômica, independente]
- Produção de leite materno [dicotômica, independente]
- Uso de leite humano pasteurizado [dicotômica, independente]
- Uso de fórmula [dicotômica, independente]
- Peso mínimo atingido [contínua, independente]
- Idade que atingiu peso mínimo [contínua, independente]

- Idade (em dias) de recuperação do PN [contínua, independente]

Sobre marcos iniciais da relação mãe-bebê na unidade de terapia intensiva

- Hora primeira visita da mãe ao bebê [contínua, independente]
- Impressão favorável [dicotômica, independente]
- Visitas maternas regulares [dicotômica, independente]
- Contato físico da mãe com o bebê [dicotômica, independente]
- Mãe conversa com o bebê [dicotômica, independente]
- Mãe participa dos cuidados com o bebê [dicotômica, independente]
- Mãe segura o bebê nos braços [dicotômica, independente]
- Mãe está presente na hora da dieta [dicotômica, independente]
- Mãe interpreta reações do bebê [dicotômica, independente]
- Bebê percebe presença materna [dicotômica, independente]
- Sentimentos negativos após o nascimento [dicotômica, independente]
 - Tristeza/crises de choro [dicotômica, independente]
 - Irritabilidade/falta de concentração [dicotômica, independente]
 - Transtorno do sono [dicotômica, independente]
 - Falta de apetite [dicotômica, independente]
 - Ansiedade [dicotômica, independente]
 - Sentimento de culpa [dicotômica, independente]
 - Incapacidade cuidar [dicotômica, independente]
 - Fadiga [dicotômica, independente]

Variáveis sobre a evolução dos eventos estudados

Sobre a situação na entrada no estudo:

- Idade na entrada [contínua, independente]
- IG corrigida na entrada [contínua, independente]
- Peso na entrada do estudo [contínua, independente]
- Percentil-Babson do peso na entrada [categórica, independente]
- Estatura na entrada do estudo [contínua, independente]
- Percentil-Babson da estatura na entrada [categórica, independente]
- Perímetro cefálico na entrada [contínua, independente]
- Percentil-Babson do p. cefálico na entrada [categórica, independente]

Sobre o crescimento - Peso

- Ganho de peso por dia na semana 1 [contínua, dependente]
- Ganho de peso por dia na semana 2 [contínua, dependente]
- Ganho de peso por dia na semana 3 [contínua, dependente]
- Ganho de peso por dia na semana 4 [contínua, dependente]
- Ganho de peso por dia na semana 5 [contínua, dependente]
- Ganho de peso por dia na semana 6 [contínua, dependente]
- Ganho de peso por dia na semana 7 [contínua, dependente]
- Ganho de peso por dia na semana 8 [contínua, dependente]
- Ganho de peso por dia na semana 9 [contínua, dependente]
- Ganho de peso por dia na semana 10 [contínua, dependente]
- Ganho de peso por dia na semana 11 [contínua, dependente]
- Ganho de peso por dia na semana 12 [contínua, dependente]

Sobre o desenvolvimento - Neuromotor

- Tônus passivo na entrada [discreta, independente]
 - Postura na entrada [discreta, independente]
 - M. calcanhar-orelha na entrada [discreta, independente]
 - Ângulo poplíteo na entrada [discreta, independente]
 - Flexão dorsal do pé na entrada [discreta, independente]
 - Sinal do xale na entrada [discreta, independente]
 - Manobra de recuo na entrada [discreta, independente]
- Tônus ativo na entrada [discreta, independente]
 - Retificação m. inferiores entrada [discreta, independente]

- Retificação do tronco na entrada [discreta, independente]
- Flexores pescoço na entrada [discreta, independente]
- Extensores pescoço na entrada [discreta, independente]
- Reflexos na entrada [discreta, independente]
 - Sucção e deglutição na entrada [discreta, independente]
 - Preensão na entrada [discreta, independente]
 - Resposta à tração na entrada [discreta, independente]
 - R. de Moro na entrada [discreta, independente]
 - Extensão cruzada na entrada [discreta, independente]

Sobre o desenvolvimento - Neurossocial

Estados:

- Sono profundo na entrada [dicotômica, independente]
- Sono REM na entrada [dicotômica, independente]
- Sonolência na entrada [dicotômica, independente]
- Alerta inativo na entrada [dicotômica, independente]
- Alerta ativo na entrada [dicotômica, independente]
- Choro na entrada [dicotômica, independente]

Interação/atenção:

- Estratégias motoras na entrada [dicotômica, independente]
- Sinais de estresse na entrada [dicotômica, independente]
- Sinais de interação na entrada [dicotômica, independente]
 - Bebê expressa atenção na entrada [dicotômica, independente]
 - Troca de olhares na entrada [dicotômica, independente]

Sobre o processo de aleitamento materno

Observação da mamada

- Idade na observação da mamada [discreta, independente]
- IG corrigida na observação da mamada [discreta, independente]
- Conformação do sistema estomatognático [dicotômica, independente]
 - Coxins [dicotômica, independente]
 - Vedamento labial [dicotômica, independente]
 - Postura da língua [dicotômica, independente]
 - Mobilidade da língua na entrada [dicotômica, independente]
 - Palato na entrada [dicotômica, independente]
 - Tonicidade do sistema na entrada [dicotômica, independente]
- Reflexos [categórica, independente]
 - R. de busca [categórica, independente]
 - R. de preensão [categórica, independente]
 - R. de sucção na entrada [categórica, independente]
 - R. de mordida na entrada [categórica, independente]
 - R. de engasgo na entrada [categórica, independente]
- Ritmo de sucção adequado [dicotômica, independente]
- Força de sucção adequada [dicotômica, independente]
- Coordenação SDR [dicotômica, independente]
- Sustentação da mamada [dicotômica, independente]
- Bebê em estado de alerta [dicotômica, independente]
- Bebê bem posicionado [dicotômica, independente]
- Postura materna adequada [dicotômica, independente]
- Ejeção de leite [dicotômica, independente]
- Mãe mostra interesse em amamentar [dicotômica, independente]
- Dificuldade de mamar na entrada [dicotômica, independente]
 - Sonolência [dicotômica, independente]
 - Resistência [dicotômica, independente]
 - Desorganização [dicotômica, independente]

Marcos do processo de alimentação

- Idade início da transição [contínua, independente]
- IG corrigida início da transição [contínua, independente]
- Idade de retirada da SOG [contínua, independente]

- IG corrigida retirada da SOG [contínua, independente]
- Idade início da sucção ao seio [contínua, independente]
- IG corrigida início da sucção ao seio [contínua, independente]
- Uso de translactação [dicotômica, independente]
- Administração de fórmula [dicotômica, independente]
- Produção de leite materno durante o estudo [categórica, independente]

Sobre a situação na alta hospitalar

- Tipo de saída [categórica, independente]
- Idade na alta [contínua, independente]
- IG corrigida na alta [contínua, independente]
- Permanência no estudo [contínua, independente]
- Intercorrências durante o estudo [dicotômica, independente]
 - Distermias [dicotômica, independente]
 - Apnéia [dicotômica, independente]
 - Uso de hemotransfusão [dicotômica, independente]
 - Infecção [dicotômica, independente]
 - Refluxo gastroesofágico [dicotômica, independente]
 - Uso de diuréticos [dicotômica, independente]
 - Retornos a UTI [dicotômica, independente]
 - Alterações neurológicas [dicotômica, independente]

Sobre o crescimento no momento da alta

- Peso na alta [contínua, independente]
- Percentil-Babson do peso na alta [categórica, independente]
- Ganho de peso/dia [contínua, independente]
- Estatura na alta [contínua, independente]
- Percentil-Babson da estatura na alta [categórica, independente]
- Ganho de estatura/semana [contínua, independente]
- Perímetro cefálico na alta [contínua, independente]
- Percentil-Babson do p. cefálico na alta [categórica, independente]
- Ganho de perímetro cefálico/semana [contínua, independente]

Sobre o desenvolvimento neuromotor na alta

- Tônus passivo na alta [discreta, dependente]
 - Postura na alta [discreta, independente]
 - M. calcanhar-orelha na alta [discreta, independente]
 - Ângulo poplíteo na alta [discreta, independente]
 - Flexão dorsal do pé na alta [discreta, independente]
 - Sinal do xale na alta [discreta, independente]
 - Manobra de recuo na alta [discreta, independente]
- Tônus ativo na alta [discreta, dependente]
 - Retificação m. inferiores alta [discreta, independente]
 - Retificação do tronco na alta [discreta, independente]
 - Flexores pescoço na alta [discreta, independente]
 - Extensores pescoço na alta [discreta, independente]
- Reflexos na alta [discreta, dependente]
 - Sucção e deglutição na alta [discreta, independente]
 - Preensão na alta [discreta, independente]
 - Resposta à tração na alta [discreta, independente]
 - R. de Moro na alta [discreta, independente]
 - Extensão cruzada na alta [discreta, independente]

Sobre o desenvolvimento neurosocial na alta

Estados:

- Sono profundo na alta [dicotômica, independente]
- Sono REM na alta [dicotômica, independente]
- Sonolência na alta [dicotômica, independente]
- Alerta inativo na alta [dicotômica, independente]
- Alerta ativo na alta [dicotômica, independente]

- Choro na alta [dicotômica, independente]

Interação/atenção:

- Estratégias motoras na alta [dicotômica, dependente]
- Sinais de estresse na alta [dicotômica, dependente]
- Sinais de interação na alta [dicotômica, dependente]
 - Bebê expressa atenção na alta [dicotômica, dependente]
 - Troca de olhares na alta [dicotômica, dependente]

Sobre o processo de amamentação na alta

- Tipo de aleitamento na saída [dicotômica, dependente]
- Uso de técnicas para prematuro [dicotômica, independente]
- Dificuldade para amamentação [dicotômica, independente]
 - Ansiedade materna [dicotômica, independente]
 - Apatia materna [dicotômica, independente]
 - Baixa produção de leite materno [dicotômica, independente]
 - Choro/irritabilidade [dicotômica, independente]
 - Sonolência [dicotômica, independente]
 - Busca/preensão ausente [dicotômica, independente]
 - Força de sucção débil [dicotômica, independente]
 - Coordenação S-D-R ausente [dicotômica, independente]
 - Falta de sustentação [dicotômica, independente]

Sobre o seguimento ambulatorial:

Primeira consulta após a alta

- Comparecimento [dicotômica, independente]
- Idade em semanas da primeira consulta [contínua, independente]
- Número de dias após a alta [contínua, independente]
- Peso na primeira consulta [contínua, independente]
- Percentil peso na primeira consulta [categórica, independente]
- Ganho peso por dia após a alta [contínua, independente]
- Estatura na primeira consulta [contínua, independente]
- Percentil estatura na primeira consulta [categórica, independente]
- Ganho estatura por semana após a alta [contínua, independente]
- PC na primeira consulta [contínua, independente]
- Percentil PC na primeira consulta [categórica, independente]
- Ganho de PC por semana após a alta [contínua, independente]
- Tipo de aleitamento na primeira consulta [categórica, dependente]
- Relato de alterações na primeira consulta [dicotômica, independente]
 - Respiratórias [dicotômica, independente]
 - Oftálmicas [dicotômica, independente]
 - Internação hospitalar [dicotômica, independente]
 - Exame neurológico anormal [dicotômica, independente]
- Ciência do motivo da falta à primeira consulta [dicotômica, independente]
 - Acompanha em outro lugar [dicotômica, independente]
 - Falta de transporte [dicotômica, independente]
 - Internação hospitalar [dicotômica, independente]
 - Óbito [dicotômica, independente]

Segunda consulta após a alta

- Comparecimento [dicotômica, independente]
- Idade em meses da segunda consulta [contínua, independente]
- Peso na segunda consulta [contínua, independente]
- Percentil peso na segunda consulta [categórica, independente]
- Ganho peso por dia após a alta [contínua, independente]
- Estatura na segunda consulta [contínua, independente]
- Percentil estatura na segunda consulta [categórica, independente]
- Ganho de estatura por mês após a alta [contínua, independente]
- PC na segunda consulta [contínua, independente]

- Percentil PC na segunda consulta [categórica, independente]
- Ganho de PC por mês após a alta [contínua, independente]
- Tipo de aleitamento na segunda consulta [categórica, dependente]
- Relato de alterações na segunda consulta [dicotômica, independente]
 - Respiratórias [dicotômica, independente]
 - Oftálmicas [dicotômica, independente]
 - Internação hospitalar [dicotômica, independente]
 - Exame neurológico anormal [dicotômica, independente]
- Ciência do motivo da falta à segunda consulta [dicotômica, independente]
 - Acompanha em outro lugar [dicotômica, independente]
 - Falta de transporte [dicotômica, independente]
 - Internação hospitalar [dicotômica, independente]
 - Óbito [dicotômica, independente]

3.2.3.2 Processamento dos dados

Os dados foram digitados utilizando-se o *software* EpiData 3.1.

As variáveis contínuas foram testadas quanto à sua distribuição gaussiana. Para aquelas que apresentaram distribuição normal, calcularam-se média e desvio-padrão enquanto para as que mostraram distribuição não paramétrica foram calculadas mediana e intervalo interquartil.

As variáveis categóricas e dicotômicas foram apresentadas através de freqüências, em porcentagem, com o respectivo intervalo de 95% de confiança. A rejeição da hipótese de nulidade foi considerada quando a probabilidade de ocorrência do erro alfa foi menor ou igual a 0,05.

Para que os grupos submetidos ao método Mãe-canguru e ao método Tradicional pudessem ser comparados, foi necessário verificar, inicialmente, a existência de diferença entre eles, aplicando-se testes estatísticos segundo sua especificidade, ou seja, para as variáveis contínuas de distribuição normal foi realizado o teste t de Student, para as variáveis contínuas de distribuição não-

paramétricas, o teste de Mann-Whitney e para as variáveis categóricas e dicotômicas, o qui-quadrado.

O estudo continha desfechos relativos aos aspectos crescimento, desenvolvimento e aleitamento materno. Dentre esses a análise pinçou o ganho de peso diário como variável dependente do aspecto crescimento, para o qual concorreram as variáveis independentes relativas ao tipo de alimento utilizado e ao método da assistência que eram diferentes entre os dois grupos, realizando-se o procedimento de regressão linear.

No estudo sobre o efeito da intervenção Canguru sobre o desfecho aleitamento materno exclusivo foram realizados modelos de regressão logística. Depois da análise bruta, o modelo foi ajustado para possíveis fatores de confusão. Consideraram-se como fator de confusão as variáveis associadas tanto ao desfecho (de forma independente) quanto à intervenção.

As análises estatísticas foram feitas com o software Stata 8.0^R.

3.3 Abordagem qualitativa

A expansão científica e tecnológica alcançada pela Medicina deve-se, em grande parte, ao desenvolvimento de teorias inspiradas no pensamento positivista, que se constituiu como esteio do método das ciências naturais, nas quais se inscrevem as ciências biomédicas.

Tradicionalmente, a pesquisa biomédica adota os critérios objetividade, validade, confiabilidade e possibilidade de repetição que caracterizam o método

cartesiano (Victora et al., 2000), produzindo, através deles, inestimáveis avanços que têm por base processos predominantemente quantitativos.

Delineia-se, entretanto, um entendimento de que se torna cada vez mais necessário questionar o absolutismo desse método na construção do conhecimento médico, pois o paradigma da simplificação embutida em seus processos, de natureza reducionista, não suporta os desafios da complexidade envolvida nos fenômenos humanos (Morin, 2001) que são, em última análise, o objeto de estudo da investigação científica no campo da medicina.

De acordo com Minayo (2000), a opção por um método não advém da preferência do pesquisador. Ao contrário, depende da natureza do objeto em estudo. A exemplo, na presente pesquisa, o objeto de estudo assistência a recém-nascidos de muito baixo peso necessita, devido às repercussões orgânicas do fenômeno muito baixo peso ao nascer, de abordagens próprias das ciências naturais; ao mesmo tempo, sua complexidade é tal que exige, também, uma abordagem compreensiva, ou seja, procedimentos capazes de captar, descrever e analisar a experiência vivida que se dá segundo construtos relativos à saúde e à doença.

A apreensão dos significados e a interpretação do sentido das vivências dos sujeitos são mais bem definidas quando têm por base sistemas conceituais que orientem a visão dos fenômenos pesquisados, como indica Gil (1999).

Dessa forma, a presente investigação, buscando a identificação de seu objeto de estudo, procurou captar como as mães vivenciavam o cuidado com os filhos nascidos de muito baixo peso, durante a internação em um serviço de neonatologia. Como referencial teórico, encontrou-se na Hermenêutica fenomenológica de

Heidegger (2002), o ancoradouro ideal, capaz de favorecer a compreensão e a interpretação, ao invés de simples explicação, dessa experiência singular.

3.3.1. O procedimento

As mães dos recém-nascidos participantes do estudo foram ouvidas pela pesquisadora através de duas modalidades de entrevistas.

A primeira, estruturada, colhida no momento da entrada no estudo, visando a obter dados sobre as relações afetivas que circundaram a gravidez e o parto, como planejar ou não a gravidez, ter uma relação estável com o parceiro, referir sintomas depressivos no pós-parto, por exemplo, e dados sobre o entorno familiar disponível para a dupla mãe-bebê.

A segunda foi feita em dois momentos diferentes, entrada no estudo e alta hospitalar, através do modelo de entrevista semi-estruturada. Esse modelo constituiu-se como um instrumento de pesquisa que permitiu uma atitude dialógica e relacional, capaz de favorecer a fluência de conteúdos emocionais e afetivos através da interação entre pesquisado e pesquisador facilitando a compreensão de ambos acerca do discurso um do outro (Haguette, 1992).

Cada entrevista semi-estruturada começou com uma pergunta norteadora para facilitar o início do discurso. Uma vez começada, não se interrompia a fala das entrevistadas em nenhum caso. Toleravam-se, em atitude de escuta acolhedora, as pausas, os silêncios, as manifestações de emoções que emergiam com o progredir do discurso e dos pensamentos que acorriam à mente das participantes. As intervenções foram feitas somente quando necessárias para promover a continuidade do discurso, tendo-se o cuidado, porém, de ajustar o conteúdo das

indagações à reativação de frases pronunciadas imediatamente antes, ou de frisar palavras já ditas durante a entrevista, para não influenciar o teor nem a forma de expressão da mulher entrevistada.

Todas as entrevistas foram iniciadas com a mesma pergunta norteadora: *Como está sendo para você cuidar do bebê?* As perguntas subseqüentes surgiam da resposta dada por cada mãe e da evolução do diálogo, denotando a singularidade de cada discurso, permitindo que as falas fluíssem por si mesmas. A entrevista encerrava-se, preferencialmente, quando a participante acenava para seu término, dando sinais de exaustão do assunto.

As entrevistas foram gravadas, sendo transcritas logo após sua realização, como recomendam Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2001), por considerarem que, assim, já se pode ir fazendo interpretações, à medida que os dados são coletados, propiciando reflexões que aperfeiçoam a escuta dos conteúdos das respostas e afinam a percepção sobre o fenômeno estudado.

3.3.2 O método fenomenológico

A fenomenologia destina-se a pesquisar os fenômenos humanos do modo como são vividos e experienciados, através de descrições feitas pelos sujeitos que os experienciaram (Queirós, 2005), como no presente estudo. A partir dessa premissa, o método fenomenológico, criado por Edmund Husserl, constitui-se como uma interrogação sistemática que analisa condições, limites e possibilidades de um conhecimento das “*coisas mesmas*” (Galeffi, 2000).

Para Husserl (1990), todos os fenômenos, do conceito mais simples ao evento mais complexo, são reais na medida em que são compreendidos pela

consciência. A epoché, palavra grega que significa suspensão de juízos, certezas, verdades e preconceitos é o eixo da redução fenomenológica de Husserl, pois por ela se suspende o uso de conhecimentos anteriores que constituem o mundo, colocando-os entre parêntesis, como descrevem Reale e Antiseri (2006), e se possibilita a aquisição de novo conhecimento pela mediação entre sujeito e objeto.

Em outras palavras, o procedimento suspensivo da epoché implica em deixar de dirigir a atenção para os objetos tomados em si mesmos, para dirigi-la para os atos da consciência que permitem à mente chegar até eles, numa conversão do olhar que busca chegar ao objeto, através da vivência, segundo o sentido que lhe é atribuído e, assim, assumido (Husserl, 2001).

A redução fenomenológica ou transcendental faz distinção entre a mera percepção do fenômeno e a intuição da essência que a mente atribui ao que é percebido. Articulada à epoché, a redução fenomenológica possibilita o processo de compreensão que, nesse estudo, parte daquilo que se manifesta, o discurso das mães, para alcançar o que está implícito em seus relatos, o sentido.

Por meio de reduções fenomenológicas, pôde-se apreender como as mães vivenciaram o cuidado com o filho, ou seja, o modo pelo qual se desenrolou o relacionamento inicial entre a mãe e o bebê internado no serviço de neonatologia.

A análise qualitativa seguiu uma sistematização que teve início com a leitura exaustiva dos textos transcritos das entrevistas, agrupados de acordo com o grupo ao qual pertencia a entrevistada, Mãe-canguru ou Tradicional, e com momento em que foram feitos, entrada no estudo ou alta hospitalar, formando quatro conjuntos de

entrevistas, a saber, entrada do grupo Canguru, entrada do grupo Tradicional, saída do grupo Canguru e saída do grupo Tradicional.

Durante a leitura, delimitavam-se idéias nucleares, que permeavam os discursos das mães, cuja significação era pinçada num procedimento da análise qualitativa, denominado identificação das unidades de significados. Percebeu-se que algumas das unidades de significado identificadas numa dada entrevista iam sendo reencontradas em outras entrevistas, ou seja, idéias de igual teor emergiam em discursos distintos, repetiam-se, sendo, portanto, assinaladas de forma semelhante, vindo a constituir a mesma unidade de significado. Produziu-se uma lista de unidades de significado para cada um dos conjuntos de entrevistas.

Cada uma dessas listas foi submetida às reduções fenomenológicas, procedimento em que, partindo-se de depoimentos singulares, particulares, perscruta-se o invariável, buscando-se o que há de idêntico entre diferentes.

Ou seja, os depoimentos das mães foram submetidos a uma operação intelectual que, captando a essência de particulares diversos, pôde designá-los por uma palavra ou conceito e, assim, chegar à sua significação, encontrando uma universalização entre eles.

As unidades de significado integrantes de cada conjunto foram comparadas entre si de modo a se surpreender aspectos novos em iteração, buscando-se renovadas identificações, resultantes de achados comuns e de semelhanças entre as características próprias e exclusivas que determinaram cada nomeação das unidades de significado, permitindo, esse modo de proceder, uma resolução que culmina em nova caracterização.

Esse novo conceito, ao sintetizar seus precedentes, passa a ter uma compreensão menos ampla que cada um de seus componentes isoladamente, uma vez que o conjunto específico de características se reduz. Entretanto, sua extensão, compreendendo-se como extensão do conceito o conjunto de entidades ou objetos que ele alcança, passa a ser maior. A redução na compreensão faz com que o novo conceito seja de forma tal que, embora aglomere em si uma equação, ou relação de igualdade, válida para todos os precedentes, definitivamente reconhecíveis, não atinge, na nova formulação, toda a especificidade linear dos componentes.

O conceito recém-criado não se constitui numa formulação de natureza coletiva, mas encerra um conjunto de características pelas quais se compõe e se torna conhecido. Mediante nova seqüência de operações, ou seja, repetindo-se o procedimento comparativo, em que se distinguem semelhanças e discrepâncias, agora levando em conta os conceitos recentemente incluídos, consegue-se atingir, outra vez, uma qualidade diferente, que toma um caráter próprio a partir de precedentes, isto é, uma idéia mais abrangente que, embora guarde em si muitas notas das idéias anteriores, não as retém integralmente.

Foram aplicadas tantas reduções fenomenológicas quantas se fizeram necessárias, às unidades de significados, encontradas nas entrevistas, na medida em que se buscava intuir, em cada uma dessas unidades, uma estrutura, ou essência, expressa por uma palavra, ou por uma frase, cujo conteúdo refletisse um conceito que ao ser reduzido, tornava-se cada vez mais extenso e apresentava uma compreensão menos específica, afastando-se da singularidade.

A análise das entrevistas encerrou-se em proposições, advindas das entrevistas de entrada e saída de cada grupo, Mãe-canguru e Tradicional, nas quais

está contida a qualidade não expressa formalmente ou não manifestamente declarada do discurso materno em cada uma dessas circunstâncias.

Os diversos significados, representantes das entrevistas particulares, ao serem reduzidos e se aproximarem de um conceito comum para cada grupo, nos dois momentos do estudo considerados, condensaram-se, permitindo o desvelamento do sentido da experiência vivenciada por mães de recém-nascidos de muito baixo peso na relação com o filho.

Todos os passos utilizados para tratar os dados qualitativos, desde a leitura das entrevistas até a redução mais sintética, integram o procedimento do método fenomenológico, cujo modo foi buscado nas exposições e discussões ocorridas durante o Seminário sobre Fenomenologia².

² Seminário de Leitura Comentada sobre o Método Fenomenológico, realizado semanalmente nos anos letivos de 2005 e 2006, sob a coordenação do Prof. Dr. Rui Verlaine de Oliveira Moreira, na Universidade Estadual do Ceará.

4

Resultados

Não faz muita diferença como dividimos as ciências, pois elas são um corpo contínuo como o oceano.

Leibniz

4 RESULTADOS

No ano de 2005, período em que se realizou a coleta de dados dessa pesquisa, 5.585 crianças nasceram vivas no Hospital Geral César Cals, sendo que 972 (17,4%) foram admitidas nas unidades neonatais enquanto as demais foram assistidas em alojamento conjunto. Dentre as que foram admitidas nas unidades neonatais, 344 (35,3%) apresentaram peso de nascimento inferior a 1.500g. Havia, além desses, onze neonatos nessa mesma faixa de peso, remanescentes do ano anterior, de modo que o universo da população abordado por esse estudo constituiu-se de 355 recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer.

O recrutamento dos sujeitos dentro desse universo para a investigação ocorreu conforme a descrição feita no capítulo Métodos e Casuística (p. 29-30), de forma que oitenta e quatro recém-nascidos e suas respectivas mães alcançaram em conjunto as condições de elegibilidade para o estudo. Todas essas mães foram consultadas quanto à sua autorização da entrada do bebê na pesquisa e quanto à aceitação da sua própria participação. Três mães recusaram-se a dar o consentimento de forma que 81 bebês entraram na pesquisa.

Dentre aqueles admitidos no estudo, onze foram excluídos: seis do grupo Canguru e cinco do grupo Tradicional. Entre as exclusões do grupo Canguru, quatro ocorreram por desistência das mães de permanecer na

enfermaria canguru, enquanto as outras duas deveram-se aos recém-nascidos precisarem retornar para a unidade de risco intermediário devido a problemas clínicos. Todas as exclusões do grupo Tradicional ocorreram por não comparecimento regular das mães ao Serviço, uma vez que isso impedia a realização de todas as etapas da coleta de dados do estudo.

Completaram-se 35 duplas para o grupo submetido à abordagem Mãe-canguru, referida apenas como Canguru, no linguajar do Hospital, e 35 duplas para o grupo da abordagem Tradicional. Na tabela 1 está descrita a distribuição temporal da casuística.

Tabela 1 - Distribuição temporal da entrada dos participantes no estudo

Mês/2005	Método	Entradas	Total	Mês/2005	Método	Entradas	Total
Jan	Canguru	03	04	Jul	Canguru	04	09
	Tradicional	01			Tradicional	05	
Fev	Canguru	02	04	Ago	Canguru	02	07
	Tradicional	02			Tradicional	05	
Mar	Canguru	04	08	Set	Canguru	03	03
	Tradicional	04			Tradicional	00	
Abr	Canguru	01	05	Out	Canguru	02	04
	Tradicional	04			Tradicional	02	
Maio	Canguru	05	07	Nov	Canguru	01	05
	Tradicional	02			Tradicional	04	
Jun	Canguru	06	07	Dez	Canguru	02	07
	Tradicional	01			Tradicional	05	
Total	Canguru	21	35	Total	Canguru	14	35
	Tradicional	14			Tradicional	21	

4.1 Comparação entre os grupos Canguru e Tradicional

O passo preliminar desse estudo foi verificar a comparabilidade dos dois grupos entre si, examinando-se, para isso, dados referentes aos atributos maternos, às características da gravidez, do parto e das condições

ao nascer, assim como as particularidades da evolução nos primeiros dias de vida, antes que cada recém-nascido atingisse a estabilidade clínica necessária para a entrada no estudo, conforme está sintetizado na tabela 2.

Tabela 2 – Características das duplas de mãe-bebê antes da entrada no estudo

Característica	Canguru	Tradicional	Valor de p
1- Atributos maternos			
Idade materna (anos) – média (dp)	24,3 (7,4)	22,4 (6,7)	0,262 †
Percentual de mães adolescentes - n (%)	10 (28,6)	13 (37,1)	0,445 *
Mães que exercem profissão - n (%)	13 (37,1)	12 (34,3)	0,803 *
Mães que têm companheiro - n (%)	29 (82,9)	30 (85,7)	0,743 *
Mães s/ instrução fundamental completa - n (%)	15 (42,9)	18 (51,4)	0,473 *
Número de filhos vivos – mediana (iiq)	1 (1-2)	1 (1-2)	0,538 #
Mães procedentes da capital - n (%)	11 (31,4)	16 (45,7)	0,220 *
2- Gravidez, parto e condições ao nascer			
Número de consultas pré-natais – média (dp)	4,5 (1,6)	4,7 (1,6)	0,603 †
Número de intercorrências pré-natais - n (%)	32 (91,4)	30 (85,7)	0,452 *
Idade gestacional (semanas) – média (dp)	32,1 (2,8)	32,0 (2,8)	0,949 †
Recém-nascidos do sexo feminino - n (%)	23 (65,7)	15 (42,9)	0,055 *
Peso ao nascimento (g) – média (dp)	1219 (185)	1220 (199)	0,975 †
Estatura ao nascimento (cm) – média (dp)	37,9 (2,2)	38,1 (2,2)	0,627 †
P. cefálico ao nascimento (cm) – média (dp)	27,4 (2,0)	27,6 (1,6)	0,646 †
Índice ponderal ao nascimento – média (dp)	2,3 (0,3)	2,2 (0,3)	0,344 †
PIG (Lubchenco) - n (%)	20 (57,1)	17 (50,0)	0,552 *
PIG (Alexander) - n (%)	32 (91,5)	31 (88,6)	0,690 *
Número de gemelares - n (%)	3 (8,6)	2 (5,7)	0,643 *
Apgar 1 minuto – mediana (iiq)	6 (5-8)	7 (5-8)	0,597 #
Apgar 5 minutos – mediana (iiq)	9 (8-9)	9 (8-9)	0,577 #
Reanimação na sala de parto - n (%)	32 (91,4)	28 (80,0)	0,172 *
Intubação traqueal na sala de parto - n (%)	7 (21,9)	6 (21,4)	0,967 *
3- Suporte de terapia intensiva neonatal			
Necessidade de suporte respiratório - n (%)	35 (100)	29 (82,9)	0,010 *
Dias em VMI – mediana (iiq)	0 (0-3)	0 (0-3)	0,450 #
Uso de surfactante - n (%)	8 (22,9)	10 (34,4)	0,303 *
Cateter umbilical/ venoso central - n (%)	13 (37,1)	16 (45,8)	0,532 *
Uso de drogas vasoativas - n (%)	6 (17,1)	6 (17,1)	1,000 *
Fototerapia - n (%)	29 (82,9)	21 (60)	0,034 *
Concentrado de hemácias - n (%)	8 (22,9)	8 (22,9)	1,000 *
Uso de antibióticos - n (%)	27 (77,1)	27 (77,1)	1,000 *
Intercorrências na UTI - n (%)	16 (45,7)	14 (40)	0,629 *
Apnéia - n (%)	6 (37,5)	9 (64,3)	0,143 *
USTF com resultado normal - n (%)	29 (93, 5)	25 (89, 3)	0,557 *
4- Processo de nutrição			
Dias de nutrição parenteral – mediana (iiq)	0 (0-3)	0 (0-2)	0,828 #
Dia do início da dieta – mediana (iiq)	2 (1-2)	1 (1-2)	0,058 #
Dia do início da dieta plena – mediana (iiq)	4 (3-6)	3 (2-6)	0,125 #
Produção de leite materno - n (%)	31 (88,6)	27 (77,1)	0,205 *
Peso mínimo atingido (g) – média (dp)	1101	1105	0,935 †
Dia que atingiu peso mínimo – média (dp)	5,7 (2,4)	5,5 (2,1)	0,712 †
Dia de recuperação do peso – média (dp)	13,6 (5,7)	14,1 (5,7)	0,721 †

* teste de qui-quadrado

† teste t

teste de Mann - Whitney

Os dados destinados a levantar a comparabilidade dos grupos entre si mostraram-se equitativos, como se pôde constatar através dos testes estatísticos. Somente duas dessas características, necessidade de suporte respiratório e uso de fototerapia, apresentaram diferenças consideráveis entre os dois grupos.

Aspectos relacionados à gravidez, ao parto e aos primeiros contatos entre a mãe e o bebê, além de possíveis indícios dos estados afetivos da mãe logo após o parto também foram equiparados entre os grupos, conforme mostra a tabela 3.

Tabela 3 – Parâmetros sobre a reação materna à gravidez, à condição do nascimento e sobre os primeiros contatos da mãe com o bebê

Característica	Canguru	Tradicional	Valor de p
Mães com gravidez intencional - n (%)	18 (51,4)	21 (60,0)	0,470 *
Mães com dificuldade de aceitar a gravidez - n (%)	9 (25,7)	12 (34,3)	0,434 *
Reação paterna favorável - n (%)	29 (82,9)	30 (85,7)	0,743 *
Contato na sala de parto - n (%)	22 (62,9)	30 (85,7)	0,029 *
Primeira visita materna (h) – mediana (iiq)	32 (20-48)	24 (18-36)	0,166 #
Impressão materna favorável - n (%)	16 (45,7)	12 (34,3)	0,329 *
Visitas maternas regulares - n (%)	33 (94,3)	35 (100)	0,151 *
Mães com contato físico com o bebê na UTI - n (%)	29 (82,9)	31 (88,6)	0,495 *
Mães que conversam com o bebê - n (%)	31 (88,6)	32 (91,4)	0,690 *
Mães que participam dos cuidados com o bebê - n (%)	14 (40,0)	21 (60,0)	0,094 *
Mães que levaram o bebê aos braços - n (%)	13 (37,1)	24 (68,6)	0,008 *
Mães presentes na hora da dieta - n (%)	28 (80,0)	33 (94,3)	0,074 *
Mães que interpretam as reações do bebê - n (%)	15 (42,9)	12 (34,3)	0,461 *
Mães que se sentem percebidas pelo bebê - n (%)	33 (94,3)	32 (91,4)	0,643 *
Mães com sentimentos negativos pós-parto - n (%)	35 (100)	32 (91,4)	0,077 *

* teste de qui-quadrado

teste de Mann - Whitney

Quase todos os aspectos que caracterizaram as reações iniciais das mães foram semelhantes entre os grupos Canguru e Tradicional.

Percebeu-se que as mães do grupo Tradicional tiveram mais contato com a criança na sala de parto que as mães do Canguru, sendo tal diferença estatisticamente significativa. A atitude de tomar o bebê nos braços antes da entrada no estudo, mais relatada pelas mães integrantes do grupo Tradicional que pelas mães do grupo Canguru, também se apresentou como diferença significativa, em termos estatísticos.

Todas as mães, no grupo Canguru, e quase todas, no grupo Tradicional referiram, de forma homogênea, a ocorrência de sentimentos negativos após o nascimento bebê.

A verificação das condições referentes ao momento de entrada no estudo, entre os recém-nascidos dos dois grupos está descrita na tabela 4.

Tabela 4 – Parâmetros dos recém-nascidos na entrada no estudo

Parâmetro observado na entrada	Canguru	Tradicional	Valor de p
Dia de entrada do estudo – mediana (iiq)	10 (6-14)	9 (6-19)	0,796 #
Semana corrigida entrada estudo – média (dp)	33,7 (2,9)	33,7 (2,4)	0,971 †
Peso na entrada (g) – média (dp)	1192 (154)	1185 (156)	0,866 †
Estatura na entrada (cm) – média (dp)	38,8 (1,8)	38,6 (1,8)	0,698 †
P. cefálico na entrada (cm) – média (dp)	28,5 (1,6)	28,3 (1,3)	0,702 †
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> * teste de qui-quadrado † teste t # teste de Mann - Whitney </div>			

Pode-se ver que as crianças dos dois grupos estavam em situações idênticas quanto a idade pós-natal (em dias), pós-concepcional (em semanas) e quanto às medidas antropométricas à entrada do estudo.

A partir desse estado inicial de similitude entre os dois grupos, procedeu-se à análise do crescimento, do desenvolvimento e do estabelecimento do aleitamento natural exclusivo, verificando-se a trajetória seguida pelos parâmetros que mediram cada um desses aspectos desde a entrada no estudo até o momento da alta e, ainda, nas duas primeiras consultas de seguimento ambulatorial.

4.2 Evolução dos aspectos estudados

4.2.1 Evolução do crescimento

Os parâmetros utilizados para traduzir o crescimento, ou seja, peso, comprimento e perímetro cefálico mostraram-se como está na tabela 5.

Tabela 5 – Evolução do crescimento (média e desvio-padrão) da entrada à alta hospitalar

Variável	Peso médio (g)		Estatura média (cm)		P. cefálico médio (cm)	
Método	Canguru	Tradicional	Canguru	Tradicional	Canguru	Tradicional
Entrada	1192 (155)	1186 (157)	38,8 (1,8)	38,6 (1,8)	28,5 (1,6)	28,3 (1,3)
Alta	1680 (88)	1790 (63) *	42,3 (1,1)	42,4 (1,3) †	31,9 (1,2)	31,7 (0,8) #
Ganho/dia	15,4 (4,4)	19,3(4,6) **	0,11 (0,05)	0,11 (0,06) ††	0,11 (0,07)	0,10(0,03) ##
Teste t pareado da diferença entrada-alta						
* p = 0,006		† p = 0,645	# p = 0,629	** p = 0,0005	†† p = 1,000	## p = 0,494

O ganho de peso no grupo Tradicional foi maior que no grupo Canguru, sendo tal diferença significativa estatisticamente, enquanto nas outras medidas, comprimento e perímetro cefálico, não houve diferença real.

Um modelo de regressão linear correlacionando ganho de peso com o tipo de método e com o tipo de aleitamento utilizado por cada criança mostra que somente 36,6% da diferença de ganho de peso entre os dois grupos podem ser atribuídos ao método e ao tipo de leite.

A análise da evolução das medidas antropométricas das crianças entre os momentos da entrada no estudo e da alta hospitalar, de acordo com sua classificação pelas curvas de Babson, já referidas, comparou a frequência com que peso, estatura e perímetro cefálico situaram-se abaixo do percentil dez ao longo do estudo, conforme mostra a tabela 6.

Tabela 6 – Percentagem de participantes com medidas antropométricas inferiores ao percentil dez de Babson na entrada e na saída do estudo

Método	Canguru (%)			Tradicional (%)		
	Entrada	Alta	Diferença de risco (IC 95%)	Entrada	Alta	Diferença de risco (IC 95%)
Momento da observação						
Peso - $P \leq 10$	91,4	100	8,6 (-0,7 / 17,8)	85,7	97,1	11,4 (-1,4 / 24,3)
Estatura - $P \leq 10$	71,4	91,4	20,0 (2,4 / 37,6)	60,0	85,7	25,7 (5,3 / 48,3)
PC - $P \leq 10$	28,6	22,9	-5,7 (-26,1 / 14,7)	34,3	34,3	0 (-22,2 / 22,2)

Pôde-se constatar que as diferenças verificadas, isto é, tanto as que foram vistas entre os momentos de entrada e de alta hospitalar dentro de cada grupo como as observadas entre os grupos, não foram significativas, em termos estatísticos, conforme demonstra o cálculo da diferença de risco para a comparação entre as medidas antropométricas, ou seja, as crianças dos dois grupos comportaram-se de forma semelhante quanto à manutenção do estado nutricional.

4.2.2 Evolução do desenvolvimento

A evolução do desenvolvimento no caráter neuromotor, no neurossocial relativo aos estados comportamentais e no neurossocial na dimensão da capacidade de atenção e interação, pode ser visualizada, respectivamente, nas tabelas 7.1 e 7.2.

Tabela 7.1 – Parâmetros de evolução do desenvolvimento neuromotor

Método	Canguru (média de semanas)			Tradicional (média de semanas)		
Momento	Entrada	Alta	Diferença de médias (IC 95%)	Entrada	Alta	Diferença de médias (IC 95%)
Tônus passivo	36,0	38,4	2,4 (1,9 / 2,9)	35,5	38,6	3,1 (2,6 / 3,7)
Tônus ativo	34,9	37,3	2,4 (1,9 / 2,8)	34,6	36,9	2,3 (1,8 / 2,7)
Reflexos	32,8	37,0	4,3 (3,6 / 4,9)	32,6	36,6	4,0 (3,3 / 4,7)

Tabela 7.2 – Parâmetros da evolução do desenvolvimento neurossocial

Método	Canguru (%)			Tradicional (%)		
Momento	Entrada	Alta	Diferença de risco (IC 95%)	Entrada	Alta	Diferença de risco (IC 95%)
1 - Estados comportamentais						
Sono profundo	45,7	97,1	51,4 (34,0 / 68,8)	40,0	60,0	20,0 (-3,0 / 43,0)
Sono REM	57,1	100,0	42,9 (26,5 / 59,3)	48,5	97,1	48,6 (31,1 / 66,0)
Sonolência	88,5	94,2	5,7 (-7,3 / 18,8)	91,4	94,2	2,9 (-9,2 / 14,9)
Alerta inativo	37,1	88,5	51,4 (32,2 / 70,6)	37,1	85,7	48,6 (28,0 / 68,3)
Alerta ativo	48,5	54,2	5,7 (-17,7 / 29,1)	45,7	68,5	22,9 (0,3 / 45,4)
Choro	2,8	34,2	31,4 (14,8 / 48,1)	22,8	45,7	22,9 (1,3 / 44,4)
Estratégias motoras	54,2	85,7	31,5 (11,3 / 51,6)	71,4	80,0	8,6 (-11,4 / 28,6)
Sinais de estresse	57,1	48,5	-8,6 (-31,9 / 14,7)	71,4	85,7	14,3 (-4,6 / 33,2)
2 - Capacidade de atenção/interação						
Atenção	42,9	94,3	51,4 (33,3 / 69,5)	68,6	94,3	25,7 (8,5 / 42,9)
Troca de olhar	8,6	51,4	42,9 (23,9 / 61,8)	5,7	34,3	28,6 (11,1 / 46,2)

Os marcos do desenvolvimento neurossocial assinalados pelo estudo mostraram-se análogos entre os grupos, como constatado pelo cálculo do intervalo de confiança para a diferença de médias.

4.2.3 Processo da amamentação

Os resultados que informam sobre o processo de estabelecimento do aleitamento materno encontram-se expressos na tabela 8.1, da qual constam dados sobre a observação de uma das primeiras mamadas.

Tabela 8.1 – Parâmetros de observação da mamada

Característica	Canguru	Tradicional	Valor de p
Idade (dias) – média (dp)	18,2 (9,9)	19,4 (11,2)	0,620 †
IG corrigida (semanas) – média (dp)	34,7 (2,5)	34,8 (1,8)	0,815 †
Sistema estomatognático normal - n (%)	27 (77,1)	27 (77,1)	1,000 *
Reflexos orais presentes - n (%)	19 (54,3)	16 (45,7)	0,473 *
Ritmo de sucção adequado - n (%)	22 (62,9)	22 (62,9)	1,000 *
Força de sucção adequada - n (%)	21 (60,0)	21 (60,0)	1,000 *
Coordenação SDR - n (%)	30 (85,7)	34 (97,1)	0,088 *
Sustentação da mamada - n (%)	15 (42,9)	6 (17,1)	0,019 *
Estado de alerta presente - n (%)	28 (80,0)	33 (94,3)	0,074 *
Posição do bebê adequada - n (%)	33 (94,3)	35 (100)	0,151 *
Postura materna adequada - n (%)	34 (97,1)	35 (100)	0,314 *
Ejeção de leite presente - n (%)	30 (85,7)	20 (57,1)	0,008 *
Interesse materno em amamentar - n (%)	32 (91,4)	26 (74,3)	0,057 *
Dificuldade de mamar - n (%)	14 (40,0)	22 (62,9)	0,008 *

* teste de qui-quadrado

† teste t

Não houve diferenças significativas entre os dois grupos quanto às características observadas na primeira mamada. Praticamente não foram detectadas alterações no sistema estomatognático e os reflexos orais comportaram-se de modo homogêneo nos bebês do Canguru e do Tradicional. No entanto, embora quase todos os componentes da sucção tenham sido considerados adequados, somente 15 (42,9%) neonatos do Canguru e seis (17,1%) do grupo Tradicional puderam sustentar a mamada,

quer dizer, manter pega, preensão, sucção, ritmo e força de sucção e coordenação da sucção com a deglutição e a respiração por mais que dez minutos. Tal diferença revelou-se como real entre os grupos, não podendo ser atribuída ao acaso, isto é, de acordo com os testes estatísticos, pertencer ao grupo Canguru aumentava as chances do bebê de conseguir sustentar a mamada.

Os dados mostraram que as crianças do grupo Tradicional tiveram maior dificuldade de mamar que as crianças do Canguru. Trinta (85,7%) mães do grupo Canguru contra vinte (57,1%) mães do grupo Tradicional tiveram ejeção de leite durante a primeira mamada. Tais diferenças foram validadas estatisticamente.

A tabela 8.2 contém os registros sobre o processo de alimentação. Foram percebidas algumas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos: o início da sucção ao seio foi mais precoce no grupo Canguru e a administração de fórmula láctea foi maior no grupo Tradicional.

Tabela 8.2 – O processo de alimentação dos grupos Canguru e Tradicional

Característica	Canguru	Tradicional	Valor de p
Dia do início da transição – mediana (iiq)	25 (12-29)	24 (15-46)	0,231 #
Idade corrigida (semanas) do início da transição – mediana (iiq)	35 (33,4-36,6)	35,7(34,5-37,4)	0,110 #
Dia da retirada da SOG – média (dp)	25,6 (12,8)	32,5 (18,4)	0,072 †
Idade corrigida (semanas) na retirada da SOG – mediana (iiq)	35 (34-36,8)	36,3 (35-37,8)	0,069 #
Dia do início da sucção ao seio – mediana (iiq)	19 (12-28)	26 (16-48)	0,034 #
Idade corrigida (semanas) do início da sucção ao seio – mediana (iiq)	34,7(33,4-36,4)	36,3(34,6-38,3)	0,017 #
Administração de fórmula - n (%)	9 (25,7)	34 (97,1)	<0,001 *
Produção de leite materno durante o estudo - n (%)	30 (85,7)	5 (14,3)	<0,001 *

* teste de qui-quadrado

† teste t

teste de Mann - Whitney

Os parâmetros relativos à amamentação observados à época da alta hospitalar estão explicitados na tabela 9. A diferença na prevalência de aleitamento materno exclusivo que favorece as crianças no grupo Canguru, enquanto desfavorece as crianças no grupo Tradicional, no momento da alta hospitalar, foi fortemente evidenciada pelos testes estatísticos, revelando associação entre pertencer ao grupo Canguru e mamar exclusivamente.

Tabela 9 – Parâmetros da amamentação na alta hospitalar

Parâmetro	Canguru	Tradicional	Valor de p
Aleitamento materno exclusivo - n (%)	29 (82,9)	4 (11,4)	<0,001 *
Aleitamento materno predominante - n (%)	4 (11,4)	1 (2,9)	0,356 *
Aleitamento misto - n (%)	2 (5,7)	21 (60,0)	<0,001 *
Aleitamento artificial - n (%)	0	9 (25,7)	0,001 *
Uso de técnicas de apoio à amamentação - n (%)	34 (97,1)	0	<0,001 *
Dificuldade para a amamentação - n (%)	11 (31,4)	31 (88,6)	<0,001 *
Ansiedade materna - n (%)	6 (54,5)	16 (51,6)	0,867 *
Apatia materna - n (%)	2 (18,2)	10 (32,3)	0,375 *
Baixa produção de leite materno - n (%)	5 (45,5)	31 (100)	<0,001 *
Choro / irritabilidade - n (%)	6 (54,5)	28 (90,3)	0,009 *
Sonolência - n (%)	7 (63,6)	8 (25,8)	0,024 *
Reflexo de busca e apreensão débeis - n (%)	0	0	1,000 *
Força de sucção débil - n (%)	1 (9,1)	3 (9,7)	0,955 *
Descoordenação sucção/respiração/deglutição - n (%)	0	0	1,000 *
Falta de sustentação da mamada - n (%)	5 (45,5)	23 (74,2)	0,082 *

* teste de qui-quadrado

A baixa produção de leite materno e os estados de sonolência e de choro e irritabilidade do bebê durante a mamada predominaram no grupo Tradicional, de modo significativo estatisticamente.

Técnicas de apoio à amamentação de prematuros foram usadas sistematicamente durante o processo de aleitamento materno do grupo Canguru, enquanto foram usadas aleatoriamente com as duplas do grupo Tradicional que utilizavam mais freqüentemente a estimulação oral.

A aplicação de um modelo de regressão logística para verificar a força da associação entre a exposição ao método Canguru e o desfecho aleitamento materno exclusivo, nos momentos da alta hospitalar e das consultas ambulatoriais, encontra-se explicitada na tabela 10.

Tabela 10 - Associação entre a exposição ao método Canguru e o aleitamento materno exclusivo (AME) no momento da alta e após 1 e 2 meses (n=70)

	AME em mães expostas N (%)	AME em mães ñ expostas N (%)	OR (IC 95%) Bruta	OR (IC 95%) Ajustada *	OR (IC 95%) Ajustada **
Na alta	29 (82,9)	4 (11,4)	37,46 (9,59- 146,34)	44,94 (10,05- 200,98)	36,38 (7,69- 172,08)
Aos 2 meses de idade	22 (81,5)	6 (22,2)	15,4 (4,01- 58,17)	34,07 (5,04- 230,51)	32,23 (3,93- 264,57)
Aos 3 meses e meio de idade	14 (51,9)	5 (20,8)	4,09 (1,18- 14,16)	4,91 (1,08- 22,25)	4,20 (0,85- 20,78)

*Ajustada para idade e escolaridade maternas, tipo de parto, peso de nascimento e idade gestacional.

** O mesmo que o anterior, acrescidos de levar bebê no braço e sinais de interação na entrada do estudo.

A razão de chances igual a 37,4, com intervalo de confiança de 9,58-146,34 e $p < 0,000$, no momento da alta hospitalar, significa que os recém-nascidos integrantes do grupo Canguru tiveram 37 vezes mais chances de estabelecer aleitamento natural exclusivo que os recém-nascidos do grupo Tradicional.

Do mesmo modo, o encontro de razões de chances de 15,4 e de 4,0 na primeira e na segunda consulta ambulatorial, respectivamente, demonstra que a exposição ao método Canguru permaneceu favorecendo a amamentação exclusiva ao seio após a alta hospitalar. Quer dizer, as crianças assistidas pelo método Canguru tiveram chance quinze vezes maior de estar em aleitamento materno exclusivo aos dois meses de idade e, de modo análogo, quatro vezes maior aos três meses e meio de idade.

Para averiguar se essa associação poderia ser, em parte, explicada por fatores confundidores, o modelo foi ajustado, inicialmente, para variáveis que a literatura apresenta como fortemente associadas ao aleitamento materno exclusivo: idade e escolaridade maternas, tipo de parto, peso de nascimento e idade gestacional. Mesmo retirando o efeito dessas variáveis, a associação entre método Canguru e aleitamento materno exclusivo permaneceu forte na alta e aos dois e aos três meses de idade da criança.

No segundo momento, foram testadas no modelo, dentre as variáveis estudadas, aquelas que preenchiam as condições de confundidor, ou seja, as que se associaram de forma independente ao desfecho, à exposição e à intervenção. Somente duas variáveis preencheram esses critérios: *levar o bebê aos braços* e *sinais de interação na entrada do estudo*.

Por fim, após o ajuste do modelo para as variáveis sugeridas pela literatura e para as variáveis do estudo com potencial de confundimento, a associação entre as variáveis *método Canguru* e *aleitamento materno exclusivo* persistiu forte, tornando-se mais fraca somente aos 3 meses, provavelmente por envolver menor número de participantes nesse momento.

4.2.4 Alta hospitalar e seguimento ambulatorial

A tabela 11 explicita a comparação entre os grupos na alta hospitalar.

Não foram observadas diferenças significativas entre as variáveis consideradas à época da alta hospitalar. A permanência no estudo foi, em

média, de 33 dias para as crianças do grupo Canguru e de 32 dias para as crianças no grupo Tradicional.

Tabela 11 - Parâmetros no momento da alta (n=70)

Parâmetro	Canguru	Tradicional	Valor de p
Idade (dias) – média (dp)	42,8 (14,5)	43,1 (16,8)	0,928 †
IG corrigida na alta (semanas) – mediana (iiq)	36,9 (36,1-39,7)	37,8 (36,4-39,4)	0,681 #
Permanência no estudo (dias) – média (dp)	33,1 (12,8)	31,6 (12,1)	0,619 †
Intercorrências durante o estudo – n (%)	14 (40,0)	10 (28,6)	0,314 *
Distermia – n (%)	0	1 (2,9)	1,000 *
Apnéia – n (%)	9 (25,7)	10 (28,6)	0,788 *
C. de hemácias – n (%)	3 (8,6)	2 (5,8)	0,643 *
Infecção – n (%)	1 (2,9)	1 (2,9)	1,000 *
Refluxo gastro-esofágico – n (%)	10 (28,6)	5 (14,3)	0,145 *
Uso de diuréticos – n (%)	4 (11,4)	5 (14,3)	0,721 *
Retornos a UTI – n (%)	7 (20)	8 (22,9)	0,771 *
Alterações neurológicas – n (%)	1 (2,9)	0	1,000 *

* teste de qui-quadrado

† teste t

teste de Mann – Whitney

Após a alta, as crianças de ambos os grupos ainda foram acompanhadas pelo estudo em ambulatório de seguimento de recém-nascidos de alto risco, considerando-se as variáveis cujos resultados podem ser visualizados na tabela 12 referente a primeira consulta.

Nessa fase, observou-se maior prevalência de aleitamento materno exclusivo nas crianças do grupo Canguru.

Oito (22,8%) crianças de cada grupo não compareceram à primeira consulta, sendo o motivo da ausência resgatado por contato telefônico em cinco (62,5%) crianças de cada grupo. Os motivos foram: acompanhamento em outro local: um bebê do Canguru e dois do Tradicional; falta de

transporte: um do grupo Canguru e três do grupo Tradicional; hospitalização: dois do grupo Canguru; óbito: um do grupo Canguru.

Tabela 12 – Parâmetros do seguimento ambulatorial (primeira consulta)

Variável	Canguru	Tradicional	Valor de p
Comparecimento – n (%)	27 (77,1)	27 (77,1)	1,000 *
Idade (semana) – média (dp)	9,1 (3,0)	9,0 (3,5)	0,901 †
Dias após alta – mediana (iiq)	16 (13-30)	11 (6-28)	0,124 #
Peso (g) – mediana (iiq)	2160 (1995-2346)	2080 (1925-2550)	0,709 #
Peso ≤ percentil 10 – n (%)	26 (100)	27 (100)	1,000 *
Peso (g/dia) – mediana (iiq)	25,6 (20,9-29,8)	30 (17,5-40)	0,191 #
Estatura (cm) – mediana (iiq)	44 (43-45)	44 (43-47)	0,516 #
Estatura ≤ percentil 10 – n (%)	25 (96,2)	26 (96,3)	0,978 *
Estatura cm/semana – mediana (iiq)	0,6 (0,2-0,9)	1,0 (0,3-1,4)	0,213 #
P. cefálico (cm) – média (dp)	33,4 (1,5)	33,3 (1,5)	0,722 †
P. cefálico ≤ percentil 10 – n (%)	14 (53,8)	26 (96,3)	0,001 *
P. cefálico (cm/semana) – mediana (iiq)	0,5 (0,3-0,7)	0,6 (0,1-0,9)	0,670 #
A. materno exclusivo – n (%)	22 (81,5)	6 (22,2)	<0,001 *
A. materno predominante – n (%)	0	0	1,000 *
Aleitamento misto – n (%)	4 (14,8)	12 (44,4)	0,037 *
Aleitamento artificial – n (%)	1 (3,7)	9 (33,3)	0,014 *
Alterações desde a alta – n (%)	2 (7,4)	4 (14,8)	0,386 *
Respiratórias – n (%)	0	2 (50,0)	0,221 *
Oftálmicas – n (%)	0	0	1,000 *
Hospitalização – n (%)	0	0	1,000 *
Neurológicas – n (%)	2 (100)	3 (75,0)	0,439 *
Ausentes contactados – n (%)	5 (62,5)	5 (62,5)	1,000 *
Outro acompanhamento – n (%)	1 (20,0)	2 (40,0)	0,490 *
Falta de transporte – n (%)	1 (20,0)	3 (60,0)	0,197 *
Hospitalização – n (%)	2 (40,0)	0	0,114 *
Óbito – n (%)	1 (20,0)	0	0,292 *
* teste de qui-quadrado † teste t # teste de Mann – Whitney			

A tabela 13 corresponde aos dados obtidos sobre a segunda consulta.

Compareceram 27 (79,4%) crianças do grupo Canguru e 24 (68,6%) crianças do grupo Tradicional. As diferenças estatisticamente significativas

encontradas nesse momento do estudo foram relacionadas ao tipo de aleitamento, em que a maior prevalência de aleitamento materno exclusivo entre as crianças do grupo Canguru apontou, novamente, para a constatação de que pertencer ao grupo Canguru favorecia a prática do aleitamento materno exclusivo.

Tabela 13 – Parâmetros do seguimento ambulatorial (segunda consulta)

Variável	Canguru	Tradicional	p	Valor de
Comparecimento – n (%)	27 (79,4)	24 (68,6)	0,591	*
Idade (meses) – média (dp)	3,6 (1,0)	3,3 (0,9)	0,333	†
Peso (g) – média (dp)	3564 (811)	3365 (829)	0,393	†
Peso ≤ percentil 10 – n (%)	27 (100)	24 (100)	1,000	*
Peso (g/dia) – média (dp)	30,9 (6,5)	30,9 (9,6)	0,998	†
Estatutura (cm) – média (dp)	49,5 (3,4)	48,7 (4,2)	0,426	†
Estatutura ≤ percentil 10 – n (%)	27 (100)	24 (100)	1,000	*
Estatutura cm/semana – média (dp)	2,0 (0,8)	1,83 (0,9)	0,486	†
P. cefálico (cm) – média (dp)	36,8 (1,8)	36,2 (1,5)	0,202	†
P. cefálico ≤ percentil 10 – n (%)	25 (92,6)	24 (100)	0,174	*
P. cefálico (cm/semana) – média (dp)	1,4 (0,5)	1,4 (0,5)	0,995	†
A. materno exclusivo – n (%)	14 (51,9)	5 (20,8)	0,046	*
A. materno predom. – n (%)	0	1 (4,2)	0,471	*
Aleitamento misto – n (%)	9 (33,3)	1 (4,2)	0,012	*
Aleitamento artificial – n (%)	4 (14,8)	17 (70,8)	<0,001	*
Alterações desde a alta – n (%)	13 (48,1)	12 (50,0)	0,895	*
Respiratórias – n (%)	2 (15,4)	1 (8,3)	0,588	*
Oftálmicas – n (%)	1 (7,7)	1 (8,3)	0,953	*
Hospitalização – n (%)	2 (15,4)	1 (8,3)	0,588	*
Neurológicas – n (%)	13 (100)	10 (83,3)	0,125	*
Ausentes contatados – n (%)	4 (57,1)	5 (45,5)	0,629	*
Outro acompanhamento – n (%)	2 (50,0)	5 (100)	0,073	*
Falta de transporte – n (%)	3 (75,0)	1 (20,0)	0,099	*
Hospitalização – n (%)	0	0	1,000	*
Óbito – n (%)	0	0	1,000	*

* teste de qui-quadrado

† teste t

4.3 Reduções fenomenológicas

O processo de construção da relação da mãe com o filho, no contexto de um serviço de neonatologia, foi captado através dos depoimentos dados pelas mães sobre sua vivência de cuidar de um filho em tais circunstâncias.

Para elaboração desses dados tornou-se necessário identificar as unidades de significado de cada discurso, pois a análise a ser feita, por meio de reduções fenomenológicas, exigia esse procedimento preliminar.

As unidades de significado representam os sentimentos e os pensamentos maternos suscitados pela vivência de cuidar do filho nascido com muito baixo peso, os quais foram captados do discurso das mães sobre cuidar de seu bebê internado numa unidade neonatal.

As entrevistas foram realizadas, no momento da entrada no estudo e no momento da alta hospitalar, com 33 mães pertencentes ao grupo Canguru e com 31 mães do grupo Tradicional. As demais mães, 2 do Canguru e 4 do Tradicional, solicitaram que suas entrevistas não fossem gravadas e, assim, não participaram dessa fase do estudo.

Teve-se como resultado quatro conjuntos de unidades de significado, referentes aos blocos de entrevistas de entrada e de saída de cada grupo.

Nas entrevistas de entrada do grupo Canguru encontraram-se 74 unidades de significado diferentes entre si; enquanto nas do grupo Tradicional foram relacionadas 65. As unidades e os trechos que as geraram

podem ser visualizados no anexo F, para o grupo Canguru, e no anexo G, para o grupo Tradicional.

A tabela 14 sintetiza as unidades de significado das entrevistas da entrada de cada grupo por seu agrupamento pelos temas que abordaram.

Tabela 14 – Unidades de significado de entrada dos grupos Canguru e Tradicional número e agrupamento em temas

Conjunto de entrevistas		Canguru-entrada	Tradicional-entrada
Número		74 unidades de significado	65 unidades de significado
Temas por ordem de frequência	1	Reações maternas à prematuridade	Reações maternas à prematuridade
	2	Relação da mãe com a equipe	Relação da mãe com a equipe
	3	Cuidado materno	Sentimentos maternos suscitados pela prematuridade
	4	Repercussões da separação precoce	Cuidado materno
	5	Sentimentos maternos suscitados pela prematuridade	Repercussões da separação precoce
	6	Entendimento entre mãe e bebê	Entendimento entre mãe e bebê
	7	Avaliação materna da situação do bebê	Avaliação materna da situação do bebê

Comparando-se as unidades de significado do grupo Canguru com as do grupo Tradicional, perceberam-se coincidências que denotavam semelhanças entre os dois grupos nos aspectos analisados por via qualitativa, de modo análogo ao que se sucedeu na dimensão quantitativa.

No conjunto das entrevistas realizadas na alta hospitalar do grupo Canguru encontraram-se cem unidades de significado diferentes entre si; enquanto nas do grupo Tradicional foram listadas 101. As unidades de significados da alta e os trechos que as geraram encontram-se no anexo H, para o grupo Canguru, e no anexo I, para o grupo Tradicional.

Na tabela 15, mostram-se os temas abordados pelas unidades de significado das entrevistas da alta hospitalar de cada grupo.

Tabela 15 – Unidades de significado da alta hospitalar dos grupos Canguru e Tradicional número e agrupamento em temas

Conjunto de entrevistas		Canguru-saída	Tradicional-saída
Número		100 unidades de significado	101 unidades de significado
Temas por ordem de frequência	1	Enfermaria Canguru	Aspectos relativos à amamentação
	2	Entendimento entre mãe e bebê	Cuidado da mãe com o bebê
	3	Significado da alta hospitalar	Relação entre mãe e equipe da UTI
	4	Efeitos ressoantes da prematuridade	Significado da alta hospitalar
	5	Aspectos relativos à amamentação	Efeitos ressoantes da prematuridade
	6	Cuidado da mãe com o bebê	Elaboração de planos para o futuro
	7	Elaboração de planos para o futuro	Enfermaria Canguru
	8	Avaliação da situação do bebê	Entendimento entre mãe e bebê
	9	Relação entre mãe e equipe da UTI	Avaliação da situação do bebê

A comparação dos temas das unidades de significado do grupo Canguru com as do grupo Tradicional, no momento da alta, mostrou que houve entre elas correlações temáticas, ou seja, os mesmos temas foram abordados pelas mães dos dois grupos, embora com posições e sentido divergentes.

A aplicação de reduções fenomenológicas a cada conjunto de entrevistas, a saber, Canguru-entrada, Tradicional-entrada, Canguru-saída e Tradicional-saída pode ser examinada nos anexos J, L, M e N, respectivamente.

Foram feitas tantas reduções quantas foram necessárias em cada conjunto de entrevistas, na medida em que se buscava intuir, nas unidades de significado, uma estrutura, cujo conteúdo refletisse um conceito que, a cada redução, tornava-se mais extenso e apresentava nova compreensão, a qual se caracterizava por ser menos específica, afastando-se da singularidade em direção ao invariável, ou seja, ao que era comum a todos.

Tais operações, ao se sucederem, submeteram as várias unidades de significados de cada bloco de entrevistas a 6 ou 7 reduções, condensando as diversas unidades de significado em três proposições resultantes, em cada conjunto de unidades de significados.

A tabela 16 contém o número de reduções fenomenológicas e as proposições resultantes dos dois conjuntos de unidades de significados das entrevistas da entrada.

Tabela 16 - Proposições resultantes das reduções fenomenológicas das entrevistas de entrada

Grupo de entrevistas	Canguru-entrada	Tradicional-entrada
Unidades de significado	74	65
Número de reduções	6	6
Proposições resultantes	Sentimento de estranheza pela prematuridade	Sentimento de estranheza pela prematuridade
	Falta de compreensão da equipe	Necessidade do cuidado materno
	Necessidade do cuidado materno	Falta de compreensão da equipe

Averigua-se que, no momento de entrada no estudo, quando as duplas de mães e bebês ainda não tinham vivenciado os dois diferentes

métodos, havia homogeneidade entre os grupos. Resumindo, para todas as mães, a construção da relação com o filho era permeada por um sentimento de estranheza suscitado pela condição de nascimento do filho, pelo valor atribuído por elas ao cuidado materno e pela falta de compreensão da equipe sobre a importância desse cuidado.

Na tabela 17, explicita-se a redução das proposições encontradas na análise das entrevistas de entrada a um conceito.

Tabela 17 – Síntese do discurso das mães nas entrevistas de entrada

Entrada: Canguru = Tradicional	Redução	Síntese
Sentimento de estranheza pela prematuridade	Estranheza	Necessidade
Necessidade do cuidado materno	Necessidade	
Falta de compreensão da equipe		

Essa redução encerra a idéia de que o nascimento de uma criança com muito baixo peso gera a necessidade do bebê por cuidados maternos e de ambos, mãe e bebê por cuidados profissionais que contemplem as dificuldades de sua condição de saúde.

Na tabela 18, pode-se ver o número de reduções fenomenológicas e as proposições resultantes das unidades de significado dos dois conjuntos de entrevistas da saída, referentes ao grupo Canguru e ao grupo Tradicional.

Como se pode observar, para as mães integrantes do grupo Canguru, esse método promoveu a saúde perinatal, na medida em que possibilitou o entendimento da mãe com o bebê e a superação das alterações

determinadas pela condição do nascimento e das dificuldades encontradas pela mãe em exercer sua função nesse contexto.

As mães participantes do grupo Tradicional relataram dificuldade de superar as condições impostas pela condição de nascimento do bebê, revelaram necessidade de assistência e expressaram sua compreensão de que a evolução favorável do bebê depende do entendimento que possa ter dele, essencial para o exercício da função materna.

Tabela 18 – Proposições resultantes das reduções fenomenológicas das entrevistas de saída dos grupos Canguru e Tradicional

Grupo de entrevistas	Canguru-saída	Tradicional- saída
Unidades de significado	100	101
Número de reduções	7	7
Proposições resultantes	1- Método Canguru como promoção da saúde	1- Dificuldade de superação da prematuridade
	2- Entendimento entre mãe e bebê como superação da prematuridade	2- Entendimento entre mãe e bebê como garantia de boa evolução
	3- Dificuldade materna com a prematuridade	3- Necessidade de assistência da equipe à mãe

Na tabela 19, explicita-se a redução das proposições encontradas na análise das entrevistas de saída do grupo Canguru e do grupo Tradicional a um conceito. O procedimento foi aplicado separadamente para cada um dos grupos, diferentemente do que foi feito com as entrevistas da entrada no estudo, porque as proposições resultantes foram diferentes entre si, nesse momento.

Observou-se que o conceito que emergiu do discurso materno após a vivência do método Canguru guarda a idéia de superação, enquanto o

conceito gerado pelas unidades de significado do momento de pós-vivência do método Tradicional traz em si a necessidade.

Tabela 19 – Síntese do discurso das mães nas entrevistas de saída

Saída - Canguru	Redução	Síntese
C1- Método Canguru como promoção da saúde	Superação	Superação
C2- Entendimento entre mãe e bebê como superação da prematuridade		
C3- Dificuldade materna com a prematuridade	Dificuldade	
Saída - Tradicional	Redução	Síntese
T1- Dificuldade de superação da prematuridade	Não superação	Necessidade
T2- Entendimento entre mãe e bebê como garantia de boa evolução	Necessidade	
T3- Necessidade de assistência da equipe à mãe		

O exame simultâneo das tabelas 17 e 19 permitiu a visualização de um diálogo entre os momentos de entrada e saída do estudo, na medida em que no momento da entrada tornou-se distinta uma necessidade que persistiu, na alta hospitalar, para o grupo Tradicional, enquanto mostrou-se superada para o grupo Canguru.

A porta da verdade estava aberta,
Mas só deixava passar
Meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,
Porque a meia pessoa que entrava
Só trazia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
Voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
Onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em metades
Diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar. Cada um optou conforme
Seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

Carlos Drummond de Andrade

5 DISCUSSÃO

Todas as crianças desse estudo nasceram com muito baixo peso, condição que tanto pode ser determinada por prematuridade como por restrição do crescimento intra-uterino, ou ainda pela ocorrência simultânea das duas situações em variadas proporções como evidenciam os estudos de Kramer (1987), Kilsztajn et al. (2003), Santos et al. (2005), Tsai et al. (2006) e Espinosa et al. (2007).

Nos países desenvolvidos, de acordo com Horta et al. (1996), a prematuridade é a causa mais freqüentemente de tal situação, enquanto nos países em desenvolvimento predomina a restrição do crescimento intra-uterino, a qual vem se configurando, cada vez mais, segundo Garite et al. (2004), como importante determinante do parto pré-termo.

Na presente pesquisa, 96% dos recém-nascidos tiveram idade gestacional menor que 37 semanas, sendo, portanto, definidos como prematuros (Ramsey e Goldenberg, 2006; Rades et al., 2004; WHO, 1985); ao mesmo tempo, as medidas antropométricas ao nascimento de 53% dessas crianças classificaram-nas como pequenas para a idade gestacional, de acordo com o critério de Lubchenco et al. (1963).

Considera-se um neonato pequeno para a idade gestacional quando suas medidas antropométricas ao nascer situam-se abaixo do limite inferior de confiança da curva de normalidade que contrapõe peso ao nascimento e

idade gestacional (Battaglia e Lubchenco, 1967). Esse limite pode ser definido por diferentes níveis, sendo utilizados mais comumente os percentis dez, cinco ou três (Cheng et al. 2006).

Para Gardosi et al. (1998), 25% a 60% dos recém-nascidos classificados como pequenos para a idade gestacional apresentam crescimento pós-natal adequado, diferentemente do que ocorre com crianças expostas à restrição do crescimento intra-uterino.

Isso pode ser explicado pela evidência de que as medidas antropométricas são determinadas por diversos fatores, como paridade e predisposição genética, a exemplo, não tendo como causa única a restrição de crescimento intra-uterino (Svensson et al., 2006; Campbell, 1998). Entretanto, a incidência de desnutrição ao nascimento entre recém-nascidos de muito baixo peso é elevada, chegando a ser muito severa em um terço dos casos, como afirmam Grandi et al. (2005).

A desnutrição intra-uterina correlaciona-se com desproporcionalidade entre as medidas antropométricas ao nascer, como relataram Rosso e Winick (1974) e Braga e Lima (2002). A relação de proporcionalidade entre tais medidas pode ser quantificada pelo índice ponderal de Rohrer, como explicitado por Falcão (2003), com relativa independência de raça, sexo ou idade gestacional (Balcazar e Haas, 1990; Southgate e Pittard, 2001).

O valor do índice de Rohrer menor ou igual a 2,51, achado em 87% das crianças presentemente estudadas, sugere expressiva participação de

um processo de desnutrição intra-uterina entre os bebês desse universo, pois a desproporcionalidade corporal do neonato indica crescimento intra-uterino restrito (Leão Filho e Lira, 2003; Uchimura, 2000).

A conjuntura que envolve uma criança nascida com muito baixo peso compromete o crescimento (Ehrenkranz, 2000) e o desenvolvimento motor e neurossocial (Hediger et al., 2002), além de gerar situações que se repercutem sobre a família e a sociedade, lançando questões complexas à assistência neonatal.

O simples discernimento do grau de adequação entre o peso e a idade gestacional, como relata Gutbrod (2000), pode tornar-se um problema, pois nem sempre é fácil discriminar a condição de restrição do crescimento intra-uterino. Isso pode levar a um subdiagnóstico, cujas consequências podem ser graves por expor crianças com elevado risco de morbidade a um acompanhamento provavelmente desprevenido, que não se antecipará na redução de tal morbidade (Carvajal et al., 2007).

Tais preocupações devem-se ao conhecimento de que o baixo peso ao nascimento, tanto quanto a exposição precoce a estressores ambientais, altera a programação do desenvolvimento, levando a danos indelévels do processo saúde-doença nesse período da vida humana (Harding, 2005).

Nascer com baixo peso, como aponta Grisi (2008), é uma condição de risco, pois as alterações da fisiologia pelas quais passam esses recém-nascidos, como exposição aos glicocorticóides, à insulina, aos fatores de

crescimento e, ao mesmo tempo, às reduções de tamanho observadas em seus dos órgãos associam-se à maior morbidade na vida adulta.

A qualidade da assistência dispensada a essas crianças pode influenciar decisivamente sua evolução, dirimindo os efeitos do baixo peso ao nascer. Torna-se necessário buscar estratégias que permitam o melhor crescimento e desenvolvimento, pois, como afirmam Ornelas et al. (2002), em condições satisfatórias, tais neonatos podem recuperar seu crescimento e alcançar, ao longo do tempo, o padrão observado por recém-nascidos adequados para a idade gestacional, prematuros ou nascidos ao termo.

No presente estudo, a comparação entre os resultados do modelo Canguru e do modelo Tradicional, no tocante a crescimento, marcos do desenvolvimento, processo de amamentação e relacionamento da mãe com o bebê no contexto de um serviço de neonatologia, partiu de grupos semelhantes entre si como ficou demonstrado pela avaliação dos recém-nascidos e mães pertencentes aos dois grupos.

A evolução do crescimento, em ambos os grupos, Canguru e Tradicional, observada no período de estudo, mostrou que o ganho de peso, de estatura e de perímetro cefálico de todos os recém-nascidos foi pequeno, descrevendo trajetórias pouco ascendentes que se situaram em posições muito inferiores ao percentil dez das curvas de Babson, já referidas.

Tal deficiência em crescer pôde ser mais bem visualizada quando se percebeu que o número de crianças com peso abaixo do percentil dez das

curvas de Babson aumentou entre a entrada e da saída do estudo, nos dois grupos. Tal achado repete o processo de desnutrição flagrado por Casey et al. (1990), o qual ainda se configura como dificuldade a ser enfrentada por essas crianças (Lemons., 2001; Ehrenkranz, 2000).

Para Georgieff (1999), isso se deve a imaturidade metabólica, gastrointestinal e imunológica que atinge essas crianças, não lhes permitindo aporte nutricional suficiente para a promoção de crescimento adequado, nas primeiras semanas de vida.

Em estudo de coorte, multicêntrico, incluindo 1.660 crianças com peso de nascimento entre 501 e 1500g, Ehrenkranz et al. (1999) encontraram que recém-nascidos prematuros, adequados para a idade gestacional e sem doenças crônicas, obtiveram maior ganho de peso que aqueles da mesma faixa de peso que sofreram desnutrição intra-uterina, evidenciando que o crescimento de recém-nascidos de muito baixo peso não é função somente das práticas nutricionais e dos agravos que ocorrem no período neonatal, mas que depende do peso ao nascimento e da taxa de crescimento fetal.

A relação entre o crescimento intra-uterino e a idade gestacional, que classifica as crianças como recém-nascidos de termo que sofreram restrição do crescimento intra-uterino, ou como prematuro com pesos adequados, ou, ainda, como prematuros pequenos para a idade gestacional, já determina o leque de possibilidades do crescimento pós-natal (Battaglia, 2003).

Para Cooke (2007), como a restrição do crescimento fetal associa-se ao processo de maturação fetal, a classificação do bebê através da padronização do peso do nascimento pode mascarar casos de restrição de crescimento intra-uterino, sendo a taxa de crescimento fetal mais fidedigna no dimensionamento da incidência de restrição do crescimento intra-uterino.

Nesse estudo, o índice ponderal de Rohrer, ao nascimento, variou de 1,77 a 2,99, notando-se que para trinta (43,5%) crianças esse índice foi menor que 2,2 significando comprometimento do estado nutricional, já ao nascer, tanto em recém-nascidos do grupo Canguru como do Tradicional. Esses resultados estão em consonância com a afirmação de Carvajal et al. (2001) sobre a alta frequência de crescimento fetal restrito entre recém-nascidos de muito baixo peso.

A taxa de 53% de pequenos para a idade gestacional ao nascimento, descrita nessa pesquisa, pode ser considerada alta se comparada com a taxa de 33% de um estudo multicêntrico sul-americano, que incluiu 385 neonatos com peso ao nascer inferior a 1.500g (Grupo Colaborativo Neocosur, 2002) e com os 30,7%, encontrados por Grandi, Tapia e Marshall (2005), ao estudarem 1.518 bebês, também sul-americanos nascidos com peso entre 500 e 1.500g. Ao contrário, tal incidência foi inferior à taxa de 69% de pequenos para a idade gestacional achada por Cardoso e Falcão (2006), que analisaram crianças brasileiras.

Essas semelhanças e diferenças podem ser explicadas pela não uniformidade do ponto de corte, pré-determinado em cada estudo, que situa

a relação entre o peso de nascimento e a idade gestacional de dada criança. Além disso, sabe-se que a restrição do crescimento intra-uterino, que é um desvio do padrão de crescimento fetal esperado, pode ser causada por uma multiplicidade de efeitos adversos sobre o feto, que varia com as circunstâncias de cada estudo (Bakketeig, 1998).

Todas as crianças do grupo Canguru e 97% das do Tradicional, tiveram seu peso abaixo do percentil dez das curvas de Babson, no momento da alta hospitalar, quando estavam com idade corrigida de 37 semanas, em média. Esses resultados diferem daqueles mostrados por Gianini et al. (2005) que apresentaram uma prevalência de 63% de desnutridos ao termo. Por outro lado, assemelham-se aos resultados de Dusic et al. (2003), que descreveram um índice de desnutridos de quase 90%, no momento da alta hospitalar. No primeiro desses estudos, todos os recém-nascidos tiveram peso de nascimento adequado para a idade gestacional; no segundo, havia neonatos pequenos para a idade gestacional, entretanto, em proporção menor que na presente investigação.

Quando a prevalência de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional é alta, como no presente estudo, a suposição de que tenha havido um processo de desnutrição intra-uterina, principal causa conhecida de baixo peso ao nascer, como lembra Camelo Jr. (2005), torna-se fortalecida e acentua as preocupações, pois esse processo tem como consequência um crescimento insatisfatório nas primeiras semanas após o nascimento, conforme relataram Carlson e Ziegler (1998).

Como as medidas antropométricas, ao longo da hospitalização, não se mantiveram no percentil em que se situavam à época do nascimento, denotou-se a sobreposição de novo processo de desnutrição à deficiência nutricional que essas crianças já traziam ao nascer. O preceito da Academia Americana de Pediatria (AAP, 1985), de que a taxa do crescimento pós-natal dessas crianças deve-se manter semelhante à que ocorreria no ambiente intra-uterino para a idade gestacional equivalente, não foi seguido.

O ideal intra-uterino para o crescimento pós-natal fortalece-se na evidência de que o melhor crescimento pós-natal de recém-nascidos de muito baixo peso associa-se às condições de saúde posteriores mais favoráveis, inclusive melhor neuro-desenvolvimento; enquanto o ganho de peso deficiente e atípico, nos primeiros anos, correlaciona-se com falta de desenvolvimento cognitivo adequado, ganho de peso excessivo e com risco de obesidade, doença cardiovascular e diabetes (Casey, 2008).

No entanto, autores como Denne et al. (2006), diante das susceptibilidades advindas da incompatibilidade entre o grau de desenvolvimento do bebê e o meio extra-uterino, interrogam a viabilidade de o crescimento atingir o padrão fetal, que é, em média, 10g/dia até a vigésima semana, 20g/dia até 29 semanas e 30-35g/dia por dia entre 32 e 34 semanas, sofrendo uma desaceleração após este período (Resnik, 2002).

O período neonatal caracteriza-se por uma perda de peso inicial devida à flutuação na água total do corpo que se dá após o nascimento pela

mudança de meio sofrida pelo neonato, seguida da recuperação do peso do nascimento e retomada de ganho de peso (Bauer et al., 1991).

Quanto menores a idade gestacional e o peso de nascimento, maior a perda de peso inicial e mais prolongada sua recuperação, o que impede, de acordo com Ehrenkranz (2000), que essas crianças alcancem os parâmetros de crescimento que teriam na vida intra-uterina.

A perda do peso ocorrida na primeira semana, de 9,6%, em média, nos bebês do grupo Canguru, e de 11,5%, em média, nos do grupo Tradicional, foi análoga à perda encontrada por Anchieta et al. (2004), também dentro da primeira semana, que variou de 5,9% a 9,7%.

A recuperação do peso de nascimento adquirida por 94% das crianças até a terceira semana de vida, nos dois grupos, foi compatível com a esperada para essa faixa de peso. A partir do décimo dia de vida, em média, os bebês passaram a ganhar peso. Esses dados concordam com afirmação de Xavier et al. (1995) de que, desde que não haja complicações clínicas, a tendência é que as taxas crescentes de ganho de peso sejam mantidas. As crianças desse estudo obtiveram um ganho de peso médio de 15,4g/dia, no grupo Canguru e de 19,3g/dia, no grupo Tradicional. Essa diferença foi estatisticamente significativa e será discutida posteriormente.

Ornelas et al. (2002), descrevendo o crescimento e sua velocidade em prematuros pequenos para a idade gestacional, do nascimento aos três meses de idade, acharam curvas de peso, comprimento e perímetro cefálico

que se situaram abaixo daquelas dos bebês pré-termos adequados para a idade gestacional de até quarenta semanas de idade corrigida.

Os neonatos ora estudados, em idade semelhante à citada, tinham peso abaixo do percentil dez das curvas NCHS (2003); do mesmo modo, em 96% deles, o comprimento foi inferior a esse percentil; enquanto o perímetro cefálico foi menor que o percentil dez em 53,8% dos recém-nascidos do grupo Canguru e em 96,3% dos do grupo Tradicional.

O registro feito por Bertino et al. (2006) de um pico na velocidade de crescimento que se seguiu ao período de perda de peso em recém-nascidos de muito baixo peso, entre 7 e 21 semanas de vida não foi observado nos dados do atual estudo. O fato de tal crescimento ter ocorrido tanto naqueles com peso adequado como entre os pequenos para a idade gestacional dificulta mais a comparação com a presente pesquisa.

Ornelas et al. (2002) relataram que, após quarenta semanas de idade corrigida, as crianças nascidas de muito baixo peso apresentaram uma tendência a equiparar tanto o peso como o comprimento aos recém-nascidos prematuros adequados para a idade gestacional e aos recém-nascidos a termo saudáveis.

Tal equiparação não foi observada entre os recém-natos do presente estudo, cujas trajetórias desenhadas pelas medidas feitas nas consultas subseqüentes à alta continuaram em situação inferior ao percentil mínimo de normalidade. Isso pode se dever à diferença quanto ao grau de adequação

do peso à idade gestacional entre os recém-nascidos de ambos os estudos, pois para pequenos para a idade gestacional, há maior dificuldade com o crescimento, mesmo mais tardiamente, de acordo com Cooke et al. (2004).

O crescimento pós-natal do comprimento e o do perímetro cefálico observados nessa pesquisa, à semelhança do que ocorreu com o peso, situaram-se abaixo do percentil dez das curvas de Babson. Essas medidas tiveram comportamento diferente desse, entre os recém-nascidos acompanhados por Anchieta et al. (2004), dos quais somente os de menores pesos mostraram alguma perda nesses parâmetros.

O comportamento das medidas encontrado por essa pesquisa divergiu das trajetórias de estatura e perímetro cefálico pós-natais apresentadas pelos recém-nascidos seguidos por Xavier et al. (1995), as quais, após exibir uma queda inicial que as aproximou do percentil dez de Lubchenco, tornaram-se logo ascendentes. Tal desencontro entre resultados pode advir da diferença na relação entre peso de nascimento e a idade gestacional vista entre os recém-nascidos dos três estudos.

Sintetizando, embora se tenha registrado uma dificuldade de crescimento entre todos os participantes do presente estudo, houve uma diferença real de ganho de peso, a favor dos recém-nascidos do grupo Tradicional em relação aos do grupo Canguru que necessita ser discutida.

De acordo com Rugolo (2005), verifica-se grande dificuldade em relação a predizer o crescimento ideal do recém-nascido prematuro porque

se trata de processo contínuo que resulta da interseção de fatores genéticos, nutricionais, hormonais e ambientais.

Ao se buscar fatores que possam ter concorrido para o maior ganho de peso dos bebês integrantes do grupo Tradicional, constata-se que não houve diferença, considerável estatisticamente, entre os dois grupos quanto a evolução da gravidez e do parto, índice de Apgar, peso ao nascer, idade gestacional, necessidade de suporte de terapia intensiva neonatal e intercorrências da evolução clínica, que seriam as principais variáveis com potencial para influenciar o ganho de peso no primeiro momento.

Do mesmo modo, os fatores diretamente relacionados à alimentação antes do momento de entrada no estudo, como o uso de nutrição parenteral, o início da dieta enteral, o alcance da dieta enteral plena, o peso mínimo atingido e a recuperação do peso de nascimento, não apresentaram diferenças importantes entre os dois grupos. Pode-se comprovar isso pela igualdade de crescimento, entre os recém-nascidos dos dois grupos, no período que vai do nascimento à entrada no estudo.

Assim, as possíveis causas para a diferença de ganho de peso observada entre os dois grupos devem situar-se em um momento posterior à alocação dos recém-nascidos nos grupos, pois foi a partir desse momento, que as abordagens tornaram-se distintas, não apenas em relação ao método em si, ou seja, contato pele a pele versus incubadora, mas também quanto ao tipo de aleitamento utilizado, como se explicita a seguir.

Na enfermaria Canguru, predominava o uso do leite fresco da própria mãe, restringindo-se o emprego do leite humano pasteurizado aos momentos em que ainda não havia produção de leite materno para suprir toda a demanda do bebê. O volume de leite humano pasteurizado não ultrapassou 25% do volume total de leite utilizado. Na unidade neonatal tradicional, usavam-se, além do leite materno e do leite humano pasteurizado, fórmulas lácteas artificiais específicas para prematuros, cuja utilização, a partir da estabilidade clínica do bebê, e de sua conseqüente transferência para a unidade de risco intermediário, prevalecia sobre as outras opções, constituindo mais de 75% do volume total empregado.

Levanta-se, assim, que a diferença de ganho de peso entre os dois grupos deve-se ao uso do método em si e ao tipo de leite usado, embora, como está descrito nos resultados, uma análise de regressão linear, envolvendo a variável método, a variável tipo de aleitamento e o desfecho ganho de peso, tenha demonstrado que esses fatores não respondem por toda a diferença de ganho de peso observada.

Evidências de que recém-nascidos de muito baixo peso submetidos ao método Mãe-canguru apresentam crescimento adequado (Conde-Agudelo et al., 2007; OMS, 2004; Charpak et al., 2001; Ramanathan, 2001) eximem tal método do déficit no ganho de peso, impulsionando a discussão em direção ao aporte nutricional.

Sabe-se que há forte relação entre o método Canguru e a prática da amamentação, como apontam Penalva e Schwartzman (2006), Dodd (2005),

Venâncio e Almeida (2004) e Furman e Kennell (2000), e que tal prática constituiu-se como uma diferença, significativa em termos estatísticos, entre os dois grupos presentemente investigados.

Olsen et al. (2002), estudando recém-nascidos com peso de nascimento médio entre 963g e 1077g e idade gestacional menor que 30 semanas, observaram diferença significativa entre as taxas de crescimento, justificável pelas diferenças encontradas entre os nutrientes usados por cada grupo, especialmente proteínas.

Não há dúvidas de que o leite materno proveja adequada nutrição para recém-nascidos a termo, favorecendo o crescimento e desenvolvimento, e de que beneficie de modo específico a imunidade e o estado psicoemocional nesse momento precoce do desenvolvimento.

Esses aspectos foram rememorados no estudo de Marques et al. (2006) em que lactentes nascidos a termo, com peso igual ou superior a 2.500g, sem intercorrências no período neonatal e que foram alimentados exclusivamente com leite materno, chegaram aos 6 meses com peso médio superior ao percentil cinquenta do padrão NCHS, já referido, confirmando as clássicas vantagens nutricionais do leite materno, obtidas, principalmente quando as mães recebem orientação sobre amamentar, como recomenda a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002).

Não está comprovado, entretanto, se o leite materno desempenha papel análogo em relação a recém-nascidos prematuros. Questiona-se se o

leite humano contém quantidades suficientes dos nutrientes necessários ao crescimento e ao desenvolvimento nas condições adversas enfrentadas pelo recém-nascido de muito baixo peso.

No leite da mãe do bebê prematuro, principalmente na fase de colostro e no leite de transição, encontram-se maiores concentrações de nitrogênio, lipídios, ácidos graxos de cadeia média, cálcio, fósforo e sódio, que no leite das mães de recém-nascidos de termo (Bortolozo et al., 2004), suprimindo as necessidades das altas taxas metabólicas que são requisitadas pelo apelo biológico ao crescimento rápido presente nessas crianças. Entretanto, cerca de um mês depois do parto, essa composição sofre modificações, tornando-se semelhante ao leite de mães de recém-nascido de termo (Mena e Milad, 1998; Polberger et al., 1989).

Charpak et al. (2007) descreveram a variação da composição do leite de mães de bebês prematuros, de acordo com a idade gestacional e com a idade pós-natal, em nutrízes colombianas. Nas amostras de leite materno examinadas, as concentrações de minerais foram consideradas inadequadas para o requerimento de bebês nascidos de pré-termo. Além disso, após três semanas do nascimento, os níveis de proteína caíram, dificultando o crescimento desses recém-nascidos, mas as taxas de lactose foram inversamente proporcionais à idade gestacional e o teor de ácidos graxos foi sempre mais alto no leite posterior que no anterior.

Nas últimas décadas, estudos como os de Cooper et al. (1989), Charpak et al. (1997) e Hall (2001) vêm demonstrando que neonatos de

muito baixo peso alimentados com fórmulas lácteas industrializadas obtêm melhores taxas de crescimento que aqueles alimentados com leite humano, materno ou pasteurizado.

Tal informação foi reiterada, mais recentemente, por Feldman e Eidelman (2003) que, estudando o efeito dos diversos leites sobre o desenvolvimento, acharam que crianças em cuja composição da dieta havia apenas 25% de leite materno tiveram melhor ganho de peso que crianças alimentadas com dieta composta por mais de 75% de leite materno.

Henderson et al. (2007) realizaram revisão sistemática que visava a determinar se a fórmula láctea apresentava melhores resultados, em relação ao crescimento e ao desenvolvimento de lactentes de baixo peso ao nascer ou de prematuros que o leite materno, ao termo. Constataram que para ambos os grupos de recém-nascidos, o uso da fórmula láctea determinou maior taxa de crescimento em curto prazo que o leite materno, ao termo, e sem adição de fortificadores. Não detectaram evidência de melhores efeitos de uma ou outra opção quanto ao crescimento e o desenvolvimento neurológico em prazo mais longo.

A diferença, estatisticamente significativa, encontrada no presente estudo, pela qual ficou demonstrado que houve maior ganho de peso entre os recém-nascidos do grupo Tradicional, poderia, portanto, ser atribuída, em parte, ao maior uso de fórmula para prematuros entre os bebês desse grupo.

A Academia Americana de Pediatria (AAP, 2005), entretanto, ao estabelecer sua política relativa ao aleitamento materno, recomenda que recém-nascidos de muito baixo peso sejam alimentados com leite materno, usando como fundamento o conceito de que o leite humano traz benefícios indispensáveis, em curto e em longo prazo, para essas crianças.

A prática de alimentar esses bebês com leite materno encontra suporte em extensa pesquisa. Há evidências de que o leite materno, além de ter propriedades imunológicas (Schanler, 1995), apresenta efeitos sobre a maturação do intestino (Siafakas et al., 1999; Sanderson, 2003) e promove redução na taxa de enterocolite necrosante grave (Sisk et al., 2007; Boyd et al., 2007). Também favorece a, redução da retinopatia da prematuridade, o melhor desenvolvimento neurocomportamental (Lucas et al., 1992, Lucas et al., 1994; Horwood et al., 2001; Bier et al. 2002) e a formação do vínculo entre mãe e bebê (Klaus et al., 2006; Delgado, 2002).

A maioria das mães inicia a amamentação natural logo após o parto, mas diversos fatores sociais, econômicos e culturais contribuem para que deixem de amamentar precocemente (OMS/UNICEF, 1989).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), a prevalência de aleitamento materno por faixa etárias é de 88% aos 30 dias, 80,1% aos 120 dias e 72,9% aos 180 dias, com mediana de 10 meses, sendo que a amamentação exclusiva tem mediana de apenas 23 dias, em contraste com a recomendação internacional de amamentação exclusiva por 6 meses e complementada por 2 anos ou mais (OMS, 2002).

A decisão da mãe de amamentar é fortemente influenciada pela informação de que dispõe sobre alimentação infantil e pelo apoio físico, psicológico e social recebido durante gravidez, parto e puerpério. Depende das atitudes dos familiares e dos profissionais de saúde, dos preceitos culturais, das condições econômicas, das pressões comerciais e das políticas e normas de favorecimento e incentivo.

A implementação de medidas favoráveis à prática do aleitamento materno, como amamentação dentro da primeira hora de vida do bebê, uso exclusivo de leite do peito, alojamento conjunto, proscrição de chupeta e, apoio à amamentação através de telefonemas da equipe para a mãe após a alta foi relacionada à maior prevalência de aleitamento no estudo de base populacional de Murray et al. (2007).

Ladomenou et al. (2007) encontraram que, de 1049 mulheres interrogadas logo após seus bebês terem nascido, 942 (89,7%) tinham a intenção de amamentar, sendo que, ao final de 30 dias, verificaram que somente 60% delas estavam amamentando. Entre os fatores que influenciaram negativamente a intenção de amamentar, como falha prévia em amamentar, multiparidade, tabagismo e retorno precoce ao trabalho, encontravam-se prematuridade e internação do bebê em unidade neonatal de cuidados intensivos, duas condições que atingem os sujeitos presentemente estudados.

Na Suécia, Flacking et al. (2003) estudando a duração do aleitamento materno em 70 recém-nascidos baixo peso, encontraram elevada incidência

de aleitamento materno exclusivo, 93%, à alta, compatível com a cultura de amamentação existente no país, em que a prevalência de aleitamento materno exclusivo para a população em geral, no mesmo período foi de 97%. Já a prevalência de 36% aos 6 meses, foi considerada baixa em relação aos 75% da população em geral.

A prevalência de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar obtida pelo presente estudo foi de 54%, consideradas as crianças dos dois grupos. Somando-se essa percentagem com a das crianças que estavam em aleitamento misto, nesse mesmo momento, fez-se 87% de crianças em aleitamento materno no dia da alta.

Na primeira consulta ambulatorial, a prevalência de aleitamento materno exclusivo permaneceu em 54% e a de aleitamento materno em geral, somando-se exclusivo e misto, caiu para 68%; enquanto na segunda consulta esses valores foram, respectivamente, 39% e 60%.

Um exemplo do estabelecimento do aleitamento materno em recém-nascidos de pré-termo pode ser dado pelo trabalho de Oliveira et al. (2007). Os autores observaram prevalência de aleitamento materno em geral de 54,7%, enquanto a de aleitamento materno exclusivo foi de 6,8%, em crianças com idade gestacional ao nascer menor que 37 semanas, aos seis meses de idade.

Na tabela 20 podem ser listadas várias prevalências de aleitamento materno observadas em outros trabalhos com recém-nascidos de muito

baixo peso, em momentos semelhantes aos que foram enfocados por essa pesquisa. Esses outros resultados servem apenas para nortear a discussão, pois se tem ciência das limitações da comparação entre valores encontrados através de análise estatística de estudos em que co-existiram características culturais e sócio-demográficas distintas.

Tabela 20 – Exemplos de prevalência de aleitamento materno em outros estudos

Trabalho	Sujeitos		Prevalência de aleitamento materno		
	Peso ao nascer ou idade gestacional)	N	Alta	Pós-alta	
			%	idade	%
Ladomenou, Kafatos e Galanakis, 2007	RN em geral	1049	-	1m	60
Alves, Silva e Oliveira, 2007	1500-2500g	33	100	3m	72
Flacking et al., 2003	1500-2500g	70	93	6m	36
Hill, Ledbetter e Kavanaugh, 1997	1500-2500g	110	38	1m	40
Foiadelli, Buhler e Oliveira, 2005	< 37 semanas	14	-	1m	28,5
Oliveira et al., 2007	< 37 semanas	278	-	6m	54,7
Bicalho-Mancini e Velásquez-Meléndez, 2004	< 37 semanas	233	39,2	-	-
Wooldridge e Hall, 2003	30 – 35 semanas	53	60	1m	56
Nyqvist, Sjöden e Ewald, 1999	27,9 - 35,9 semanas	71	94,3	-	-
Akerström e Norman, 2004	≤30 semanas	734	-	6m	47

A prevalência de aleitamento materno exclusivo do presente estudo foi formada, principalmente, pelos resultados obtidos pelo grupo Canguru, pois a taxa de aleitamento encontrada no grupo Tradicional foi muito baixa. Tal constatação conduziu esse estudo à necessidade de buscar os fatores que intermediaram esse resultado.

Há duas perspectivas quanto à origem das dificuldades para o aleitamento materno: as que são mais relacionadas ao bebê e as que advêm

da mãe, embora muitas vezes, essas perspectivas se entrelacem, tornando quase impossível discernir cada atuação e identificar causas específicas.

Para Cernadas et al. (2003), a instituição e a duração do aleitamento materno exclusivo dependem da qualidade da sucção, da condição do mamilo, da atitude da mãe em relação à amamentação, da ligação afetiva entre mãe e bebê e do suporte oferecido pela família à dupla e à idéia do aleitamento materno.

Como o método Canguru associa-se a melhores taxas de amamentação exclusiva, como demonstraram Alves et al. (2007), Andrade e Guedes (2005), Sanches (2005) e Meyer e Anderson (1999), abre-se uma indagação sobre as razões que levam a isso, levando à necessidade de investigar quais as características do método envolvidas com tal desfecho.

O contato pele a pele que decorre da posição canguru aumenta a frequência e a duração do aleitamento materno, relacionando-se, à maior produção de leite, como evidenciaram Bier et al. (1996).

Para Feldman e Eidelman (2003), as mães que investiram mais tempo em tocar afetuosamente os bebês do que em conversar com eles foram associadas a maior provisão de leite materno e, ao contrário, mães que priorizaram a conversa e tocaram menos os bebês proveram menos leite.

Ao se observar baixa produção de leite entre as mães integrantes do Tradicional contra uma produção satisfatória entre as participantes do

Canguru, pensou-se que o contato pele a pele, ou a intimidade, trazidos pelo método Canguru podem estar entre as razões implicadas nessa diferença.

O início mais precoce de sucção ao seio, divergência estatisticamente significativa entre os dois grupos, parece ter contribuído para que o aleitamento materno fosse instituído no grupo Canguru. Essa idéia encontra reforço no argumento de Nyqvist et al. (1999), que sugere que o início da sucção ao seio deve ter por base a estabilidade clínica, independentemente do peso e da idade gestacional; e na pesquisa de Wooldridge e Hall (2003), que sugere que a amamentação não deve ser postergada, pois prematuros que receberam leite materno exclusivo na primeira semana de vida têm mais chances de estar somente mamando na quarta semana após a alta.

A exeqüibilidade da amamentação para prematuros foi demonstrada por Akerström e Norman (2004), que obtiveram prevalência de 47% de aleitamento materno, aos seis meses após a alta hospitalar entre 734 recém-nascidos com idade gestacional inferior a trinta semanas; e por Simmer et al. (1997) que registraram taxa de aleitamento materno igual a de recém-nascidos de termo em noventa prematuros com idade gestacional média de trinta semanas.

A busca pelas raízes da dificuldade para o aleitamento materno exclusivo, entre as duplas participantes do grupo Tradicional, torna-se mais importante por se tratar de um hospital Amigo da Criança, com estratégias bem implantadas de incentivo à amamentação.

Para Levin (1999), o fato de as rotinas do cuidado intensivo neonatal não incluírem as medidas propostas pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança constitui-se um paradoxo, pois tais medidas permitem o início precoce e a maior duração da amamentação, apesar das dificuldades trazidas pela condição das crianças de muito baixo peso, como concordam Bicalho-Mancini e Velásquez-Meléndez (2004) e Toma e Monteiro (2001).

Para Nyqvist et al. (1996), a reatividade a estímulos e a tendência de dormir por muito tempo exibida por essas crianças transformam o processo de instauração da amamentação ao seio num desafio. Provavelmente, a irritabilidade e a sonolência encontradas entre os bebês do grupo Tradicional contribuíram para a maior dificuldade de mamar verificada nesse grupo.

O suporte à amamentação realizado pelos profissionais diferiu entre as duas abordagens. Na enfermaria canguru, usavam-se técnicas de apoio à mamada direta ao seio, a partir de soluções encontradas pela dupla mãe-bebê, em modo análogo ao proposto por Saakje e Schans (2008). No cuidado tradicional, era preconizada uma rotina de estimulação de componentes da função motora oral, a qual visava tornar os bebês hábeis a se alimentar por via oral (Neiva, 2003; Gaebler e Hanzlik, 1996).

No entanto, os recém-nascidos submetidos ao programa de estimulação oral padronizado não pareceram beneficiados, como apontam Bragelien et al. (2007) e Hernandez et al. (2007) que constataram que essa intervenção não habilita o bebê para mamar.

A segurança e a efetividade da alimentação oral do prematuro melhoram, de acordo com Lau (2006), quando a regulação do padrão de sucção é deixada sob o próprio controle da criança, pois o modo mais eficaz de ajudar esses bebês a mamarem é proporcionar-lhes uma experiência positiva com a amamentação.

Para melhorar a prevalência de aleitamento materno exclusivo entre recém-nascidos de muito baixo peso, devem-se transcender os aspectos relacionados ao bebê, pois, como Hill et al. (1997) concluíram, a escolha entre os vários modos de alimentar crianças deve levar em conta a mãe e suas circunstâncias.

Que sentimentos a mãe experimentou pelo bebê não sustentar a mamada? Quais as repercussões orgânicas e psíquicas do retardo do início da sucção ao seio? Que conseqüências têm o fato de o bebê mostrar-se irritado, ou sonolento, e recusar o peito durante a mamada? O que acontece com o interesse e a possibilidade materna de amamentar diante de um bebê com reflexos orais débeis, que precisa desenvolver força e ritmo de sucção?

A decisão de amamentar está sob a influência de fatores culturais, nos quais se incluem a atitude e o conhecimento dos profissionais de saúde e o aconselhamento durante a gestação e o pós-parto (Kuan et al., 1999). Há necessidade, como aponta Neifer (1999), de que os profissionais das unidades neonatais informem as mães e os familiares sobre as estratégias e vantagens que favorecem o aleitamento natural e de que ofereçam todos os

recursos disponíveis para que o processo da amamentação tenha início e seja mantido.

No estudo de Hill et al. (1999), os fatores que mais se associaram à produção adequada de leite foram maior frequência de uso do método Canguru, esvaziamento freqüente das mamas, experiência prévia com amamentação e boa situação financeira.

Uma comparação entre mulheres que estavam produzindo leite quando o bebê completou quarenta semanas de idade pós-concepcional com as que haviam descontinuado a lactação antes desse período, constatou que aquelas que produziam leite tinham: média da idade superior, maior percentagem de casadas, melhor nível de escolaridade e maior percentagem de brancas. Não houve diferença significativa quanto aos dados da criança ao nascimento, nem quanto a morbidade neonatal. Os fatores correlacionados com a lactação foram: ter iniciado a expressão da mama nas primeiras seis horas após o parto e repetir tal expressão mais que cinco vezes ao dia, além do uso do método Canguru (Furman et al., 2002).

Nos dados ora discutidos, não houve, entre as mães, diferenças quanto a idade, escolaridade ou quanto a ter/não ter companheiro; sendo a manutenção inicial da lactação igual para entre os grupos. O único ponto comum entre esta investigação e o estudo citado foi o emprego do método Canguru, o qual se associa à maior produção de leite.

Impõe-se que se compile conhecimento sobre o fenômeno produção de leite materno entre mães de prematuros, embora o tema seja complexo, como mostraram Kumar et al. (2006) ao obter resultados modestos quando tentaram criar um instrumento capaz de predizer a duração do aleitamento materno a partir de características de mães captadas em entrevistas.

Wagner et al. (2006) mediram o impacto de vários fatores sobre a decisão de iniciar a amamentação, percebendo que idade materna, estado civil, etnicidade e situação socioeconômica associaram-se significativamente com a produção de leite materno. Além disso, viram que a decisão sobre a alimentação a oferecer ao filho correlacionava-se, independentemente, com aspectos sócio-demográficos, experiência em amamentar e com características específicas da personalidade da mulher.

O estado de ânimo negativo percebido pelas mães em si mesmas, como referem Hill et al. (2006), parece não ter efeitos sobre a lactação quando se mede o volume de leite produzido. Essa informação vai ao encontro dos dados do presente estudo, em que a depressão pré-natal e a ocorrência de sentimentos negativos após o parto não parecem ter repercutido sobre as variáveis relativas ao aleitamento materno, uma vez que ocorreram de modo semelhante entre as mães nos dois grupos.

Para Hatton et al. (2005), entretanto, os sintomas depressivos no período pós-parto inicial podem diminuir a prevalência da lactação.

Se o leite materno for considerado como alimento ideal para neonatos de muito baixo peso, tornam-se prementes intervenções que possibilitem maior êxito da amamentação para esses bebês, especialmente em unidades neonatais de risco, como preconizam Nascimento e Issler (2004).

As mães precisam conhecer a importância de amamentar e de que maneiras isso pode ser feito para que possam tomar decisões livres e esclarecidas sobre a alimentação que oferecerão a seus filhos.

Matuhara e Naganuma (2006) estudaram o impacto da aplicação de um manual instrucional sobre o incentivo a amamentação de recém-nascidos pré-termos numa unidade de terapia intensiva neonatal, constatando que o grupo de recém-nascidos cujas mães foram orientadas com o manual, ao invés de receber a simples orientação verbal dada ao outro grupo, aumentou a taxa de aleitamento materno exclusivo.

As políticas que favorecem o aleitamento materno preconizam uma forma especial de abordar as mães, conhecida como aconselhamento em aleitamento materno (Rea, 2003; Bueno e Teruya, 2004) que, ao ser usada por Sisk et al. (2006) para o aconselhamento de mães de recém-nascidos de muito baixo peso, aumentou a lactação, inclusive em mães que já tinham iniciado a alimentação com mamadeira, sem aumentar a ansiedade materna.

Uma das dificuldades da amamentação em unidades neonatais consiste em que a equipe, assim como as mães, preocupa-se em se certificar de que houve ingestão de volume adequado de leite quando os

recém-nascidos estão somente mamando. Como afirmam Furman e Minich (2006), enquanto não há um instrumento confiável para medir, há a precisão de se conhecer o volume ingerido por vez e a velocidade com que a sucção do bebê extrai leite da mama, por exemplo. Além disso, há a necessidade de se validar a duração e os intervalos entre as mamadas.

A pesada dupla, ou seja, pesar a criança antes e depois da mamada, tem sido usada como recurso para avaliar a eficácia da mamada enquanto a criança está no hospital, como descrevem Hall et al. (2002). Relatam-se ainda verificações da transferência efetiva de leite ou dos valores da pressão intra-oral (Rosa et al., 2004). Tais procedimentos fornecem informações que permitem conhecer melhor a evolução da sucção ao peito e o estabelecimento de mamadas eficazes, principalmente por manterem forte correlação com a observação desprovida de instrumentos. Na enfermaria canguru são utilizados os sinais de fome e saciedade do bebê.

Essa dificuldade persiste no primeiro mês após a saída do hospital. As mães querem saber se o bebê recebe a quantidade suficiente de leite e se seu ganho de peso é adequado. Hurst et al., (2004) constataram que pesar os bebês em casa traz benefícios, pois mães que pesaram os filhos demonstraram menos ansiedade que mães que não pesaram.

No entanto, a informação e o conhecimento não bastam para que a mãe amamente, pois amamentação não se restringe a uma técnica ou procedimento que possam ser aplicados ou prescritos. O aleitamento materno pressupõe encontro entre uma criança ativa e interessada em

mamar e uma mãe presente e disposta a amamentar que, para acontecer entre mães e bebês prematuros, exige suporte afetivo da família e orientação compreensiva e apoio apropriados dos profissionais de saúde.

Encorajar a amamentação sob livre demanda, o oitavo dos dez passos para o sucesso da amamentação recomendados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Lamounier, 1998), é uma conduta amplamente difundida para recém-nascidos saudáveis, de termo, mas dificilmente aplicada para prematuros.

Saunders et al. (1991), comparando o comportamento de dois grupos de recém-nascidos prematuros, os que foram alimentados em livre demanda e os que foram alimentados segundo um horário predeterminado, verificaram que o ganho de peso e a duração da permanência hospitalar foram similares para ambos os grupos e que a alimentação auto-regulada foi aplicada com segurança entre recém-nascidos fisiologicamente estáveis; entretanto sua principal constatação foi que a auto-regulação, por incluir longos períodos de repouso entre as intervenções alimentares, deu oportunidade aos bebês de expressarem sinais de fome, criando, através desse comportamento alimentar, uma oportunidade de comunicação entre a mãe e o bebê.

A amamentação possibilita experiências de entendimento entre a mãe e o bebê, como descreveram Delgado e Zorzetto (2003), que ao observar a mamada, flagraram momentos de comunicação não verbal, envolvendo expressão facial e contato visual entre os componentes da dupla.

No presente estudo, lances de interação, ou seja, sinais emitidos e recebidos lado a lado, entre a mãe e o bebê, como expressões de atenção e troca de olhares, por exemplo, foram surpreendidos durante a mamada.

Percebeu-se que os recém-nascidos dos dois grupos eram, no momento de entrada, igualmente capazes de expressar atenção, demonstrando percepção e interesse pelo mundo à sua volta. Igualmente, com o passar do tempo, a habilidade de se manter atento mostrou-se mais desenvolvida, em todos, constatando-se evolução na capacidade do bebê de trocar olhares, ou de corresponder, com expressões faciais e corporais, aos estímulos verbais, visuais ou táteis de sua mãe.

Nos transcurso semelhantes dessas habilidades nos bebês dos dois grupos, percebia-se, entretanto, sutil diferença, representada por nuances na capacidade de interagir durante as mamadas, presentes na maioria dos recém-nascidos do Canguru, mas somente em alguns do Tradicional. Captou-se um diálogo entre a mãe e o bebê que podia ser traduzido pela expressão entonação emocional.

Essa expressão foi usada por Stern (1991) para falar da interação, por ele considerada como a capacidade inerente aos seres humanos de estarem uns com os outros, compartilhando experiências. A mãe vai descobrindo os ritmos do bebê e atribuindo significado aos seus sinais, sentindo-se, ao mesmo tempo, confirmada por ele, como se juntos fossem compondo um diálogo, em que a mãe deixa-se levar pelo ritmo do filho,

evento que o autor acredita essencial à sobrevivência humana saudável, pois dá suporte à constituição psíquica do sujeito.

Pode-se supor que muitas variáveis relacionadas aos afetos possam atuar nessas circunstâncias, refratárias a um procedimento de medição, como acontece em outras dimensões do desenvolvimento. A controvérsia sobre as intervenções preconizadas para bebês nascidos com menos de 32 semanas de idade gestacional, visando a proteger seu desenvolvimento constituem-se como exemplo, pois se para Als e Butler (2006) são essenciais, para Maguire et al. (2008) não têm efeitos sobre resultados físicos ou neurológicos, em curto prazo.

Pequenas diferenças observadas nesse estudo, como movimentação intensa, maior tempo em estado de alerta ativo e choro e irritabilidade mais freqüentes, vistos entre neonatos do grupo Tradicional, poderiam significar prenúncios de alterações neurológicas freqüentes em crianças maiores que nasceram com muito baixo peso, como as que descrevem Carvalho et al., (2001), Sajaniemi et al. (2001) e Marlow (2004).

Para McEwen (2003), a suscetibilidade de um indivíduo a desordens relacionadas ao estresse reflete tanto fatores genéticos quanto influências que incidiram sobre seu desenvolvimento. Refere o autor que o estresse emocional de nascer prematuramente equivale, nos seres humanos, ao estresse emocional ocorrido no período pré-natal, em modelos animais e que tal experiência aumenta a reatividade ao estresse hormonal na vida do indivíduo; enquanto a interação com a mãe promove o inverso, como mostra

o manejo cuidadoso de modelos animais no pós-natal que reduz o estresse emocional e a reatividade ao estresse hormonal ao longo da vida.

Nessa medida, poder-se-ia supor que a experiência descrita anteriormente como entonação emocional, mais vista entre mães e bebês na enfermaria Canguru, poderia influenciar o desenvolvimento neurossocial, respondendo pela melhor capacidade de estabelecer mamadas, apresentada pelos recém-nascidos do grupo Canguru, em oposição às alterações dos estados comportamentais, como atividade intensa e irritabilidade, vistas nas crianças do grupo Tradicional.

Entre as características dos estados comportamentais observadas no presente estudo estavam os padrões de sono-vigília, tendo havido maior percentagem de bebês que apresentaram o estado de sono profundo no grupo Canguru que no grupo Tradicional, embora sem diferença estatística.

O desenvolvimento do padrão de sono e vigília não depende somente da maturação biológica, mas também dos estímulos do manuseio. Como afirmam Brandon et al. (1999), entre prematuros, o maior grau de intrusão do cuidado torna a transição entre os estados de sono e vigília mais difusa e demorada, os estados de agitação mais intensos, além de aumentar a ocorrência de expressões faciais negativas ou caretas. A presença do profissional de saúde e o tipo de cuidado proporcionado influenciam esse comportamento, verificando os autores que quando os profissionais estão próximos, os bebês ficam mais tempo em estado de vigília e que, ao ficarem sozinhos, os bebês permanecem por mais tempo em sono profundo.

A ocorrência do estado de sono profundo, mais observada no grupo Canguru, talvez possa ser explicada pela menor exposição à intrusão de estímulos ambientais que a posição canguru propicia, permitindo ao recém-nascido permanecer mais tempo em sono profundo.

O desenvolvimento, um processo de transformação do organismo em interação com o ambiente, expõe-se desde o útero a eventos adversos que podem trazer conseqüências mais ou menos graves, com potencial para atingir as fases subseqüentes. Isso pode ser demonstrado por avaliações neurológicas de recém-nascidos prematuros com peso menor do que 1.500g que, ao atingirem o termo, apresentaram respostas de intensidade mais fraca que as de recém-nascidos de termo (Nogueira et al., 2001).

Os parâmetros do desenvolvimento neuromotor encontrados pela presente investigação situaram-se aquém das que se podem ver em recém-nascidos de termo, pois na época em que a idade corrigida atingia o termo, as crianças ora estudadas foram classificadas entre 36-37 semanas; destacando, em conformidade com Silva e Nunes (2005), a prematuridade e/ou a desnutrição intra-uterina como fatores que influenciam fortemente a evolução de diferentes aspectos do tônus muscular.

A avaliação do tônus muscular à alta hospitalar foi semelhante entre os dois grupos, mas os sinais de estresse foram mais freqüentes no grupo Tradicional, enquanto as estratégias motoras, que consistem em manobras que permitem a auto-organização, segundo Als (1994), foram presenciadas mais vezes entre bebês do grupo Canguru.

Wolf et al. (2000), comparando o neurocomportamento aos 3 e 6 meses de idade corrigida de crianças nascidas de pré-termo e de muito baixo peso com o de crianças nascidas a termo, viram que entre prematuros as dificuldades motoras eram menos importantes que os problemas de autorregulação, como tensão e irritabilidade; além de perceberem comportamento de aproximação menos expressivo que nas crianças nascidas a termo.

A gênese dessas anormalidades parece residir em nascer com muito baixo peso. As complicações clínicas decorrentes da prematuridade, como deficiência nutricional, estresse associado com a hospitalização prolongada, exposição a múltiplos estímulos sonoros e luminosos associam-se, inegavelmente, a déficit cognitivo e problemas comportamentais, que podem acontecer com ou sem alterações neurológicas observadas por ultrassonografia (Aylward, 2002; Mello et al. 1998).

Perlman (2003), ao trazer evidências experimentais do valor das interações positivas entre o neonato e seus pais, relacionadas aos resultados neurocomportamentais, afirma que a falta de oportunidade para essas interações pode ser apontada como uma das principais causas para dificuldades do desenvolvimento neurossocial.

O contato com a mãe favorece ao recém-nascido superar as situações potencialmente danosas ao neurodesenvolvimento. A abordagem Mãe-Canguru, comparada à Tradicional, diminui os sinais de estresse neurocomportamental após procedimentos dolorosos em recém-nascidos prematuros (Ferber e Makhoul, 2008) e, invertendo-se, a ausência de

estímulos prazerosos nos primeiros dias de vida, que ocorre na abordagem Tradicional, como lembram Scochi et al. (2001), pode levar a uma dificuldade de adaptação sensorial dessas crianças.

No método Canguru, descrevem Feldman et al. (2002), as mães tocam mais vezes os filhos, mostram-se mais adaptadas aos sinais que eles emitem e demonstram mais os próprios afetos positivos despertados pelo bebê que, por sua vez, apresenta-se mais alerta, sendo capaz de olhar demoradamente para a mãe. As mães referem menos depressão, consideram os filhos menos anormais e se preocupam mais em melhorar as condições ambientais. Para os autores, o método Canguru tem um impacto direto sobre o desenvolvimento do bebê, contribuindo para a organização neurofisiológica, e tendo um efeito indireto sobre o humor, as percepções e a capacidade de interagir dos pais.

Pode-se dizer que nascer com muito baixo peso acarreta muitas desvantagens somáticas, neurológicas, e psicológicas que se manifestam, principalmente, através de dificuldades com o crescimento e com o desenvolvimento, com repercussões sobre a vida da criança e de sua família, tornando-se, muitas vezes, uma carga a ser levada pela sociedade como um todo (Johnston et al., 2001).

A medicina neonatal, em seu enfoque tradicional, tem concebido a assistência ao recém-nascido de muito baixo peso centrada, quase que exclusivamente, em aspectos orgânicos, não admitindo como constituinte da realidade aquilo que não pode ser alcançado pela lógica quantitativa. Ou

seja, a neonatologia, seguindo o modelo tecnocrático de assistência à saúde, descrito por Davis-Floyd (2001), enfatiza a dicotomia entre corpo e mente, excluindo o psiquismo, as emoções e os afetos.

O conhecimento de fenômenos como nascer com muito baixo peso, entretanto, não se pode dar através de soluções pertencentes a um paradigma que, segundo Morin (2001), tem por base a simplificação, o reducionismo. Sua apreensão envolve os desafios da complexidade. Deve-se estudá-lo inserido dentro da teia de eventos a ele associados, de modo integral, quer dizer, incluindo suas dimensões quantitativas e qualitativas.

A linha qualitativa de pesquisa é um processo de busca de conhecimento que se baseia em diversas tradições metodológicas de investigação, que exploram problemas humanos ou sociais (Creswell, 1998).

Nesse estudo, guiado pelo método fenomenológico, desenvolveu-se também, uma busca de conhecimento fundada no discurso e na escuta através da conexão entre a qualidade do que pode ser compreendido e o ato de compreender. Buscou-se desvendar o sentido através da interpretação, como ensina Heidegger (2002, p.68): “Da própria investigação resulta que o sentido metódico da descrição fenomenológica é interpretação”.

O relato da experiência vivida por cada mãe ao cuidar do filho prematuro internado na unidade neonatal e a interpretação desse discurso fizeram emergir perfis do fenômeno estudado. Esses perfis possibilitaram uma compreensão do fenômeno em sua singularidade e não explicações ou

generalizações. Ou seja, a análise do discurso materno permitiu não que se abarcasse, mas que se desvelasse, a vivência de mulheres que se tornam mães nessas circunstâncias.

As entrevistas realizadas na entrada do estudo, nas quais se perguntava à cada mãe como estava cuidando do bebê, levavam à compreensão do significado atribuído pela mãe ao relacionamento inicial com o filho, internado na unidade neonatal.

Nas entrevistas feitas no momento da alta, foi possível vislumbrar as repercussões de cada método e da evolução do bebê sobre a relação entre a mãe e o bebê. Registraram-se as dificuldades enfrentadas e os recursos utilizados pelas mães para se apropriar do papel materno nessa situação, em que a construção do vínculo não podia transcorrer de forma natural.

O encontro de proposições idênticas entre as entrevistas dos dois grupos no momento da entrada no estudo significa que havia homogeneidade entre as vivências maternas naquele momento, pois a alocação das mães nos grupos ainda estava acontecendo e elas ainda não tinham experienciado o método do grupo em que estavam alocadas.

As afirmações das mães sobre seu modo de se inserir, naquele momento, no cuidado com o filho revelaram sentimentos ambivalentes. Percebia-se que muitas mães apresentavam um movimento interior construtivo quanto à apropriação do papel materno, com confiança na

sobrevivência do bebê, ao mesmo tempo em que se retraíam numa tendência de não aceitação da situação, de insegurança e de perplexidade.

A prematuridade surgiu para a mãe como algo inesperado, suscitando necessidade de explicação, pairando como acusação e impondo uma inquietante busca por respostas para as circunstâncias do nascimento do bebê. Lançada num estado de sentimentos antagônicos, a mãe encontrava-se presa entre a realização da maternidade e a ameaça de perda do filho.

A mãe do bebê prematuro sentiu-se desesperada diante do desconhecido, dominada por um sentimento de inadequação que lhe deixava atônita no mundo indecifrável da unidade neonatal. Percebia-se assaltada por dúvidas desencadeadas pela instabilidade clínica da criança cuja sobrevivência não podia prescindir de suporte tecnológico, tornando a condição materna virtual.

A mãe carecia adaptar-se à impressão de incompletude que emanava de ser mãe de um bebê que não podia estar em seus braços e ser levado para casa. Precisava superar a estranha simultaneidade de ser e não ser mãe, conciliar a idéia prévia que tinha da maternidade com a que estava vivenciando: uma maternidade marcada pela separação, permeada pelo caráter do que não é normal.

A estabilidade clínica do bebê inspirava a mãe a confiar em bom prognóstico, mas a situação de incerteza predominava e trazia temor de que o futuro do filho estivesse ameaçado por seqüelas. O espírito materno via-se

invadido por questionamentos sobre a qualidade de vida que o filho teria. Ela se interrogava sobre o valor de uma sobrevivência anormal, limitada por doenças e deficiências, plena de sofrimento e, algumas vezes, não sabia se pusesse suas esperanças na vida ou na morte.

Tendo a unidade neonatal como contexto dessa problemática, a mãe reportava-se à própria relação com os profissionais do serviço de neonatologia, referindo dificuldade nesse relacionamento e reclamando empatia para si por parte desses profissionais.

Ela reconhecia a competência técnica da equipe, mas se surpreendia com as atitudes dos profissionais que, para ela, traduziam desconhecimento sobre a importância do cuidado materno para o desenvolvimento da criança. Ela sentia falta de um lugar para esse cuidado na unidade neonatal, considerando o exercício da maternidade desvalorizado nesse ambiente que, em seu entender, promovia restrições à função materna.

Tais restrições não se constituíam somente como falta de oportunidade, mas como barreiras à comunicação entre a mãe e o bebê, significavam, para a mãe, uma extrapolação do papel profissional. Os membros da equipe, além de prescrever um modelo de cuidar, tornavam evidente que seu saber e sua habilidade sobrepunham-se à capacidade de cuidar materna e, assim, destituíam a mãe de sua autonomia.

Para ela, isso se mostrava patente no momento em que se impunha, embora de modo implícito, a necessidade da autorização da equipe para o

exercício da função materna e, quando, diante das divergências que eclodiam entre ela e a equipe, ela não podia exprimir-se sobre o que achava ser melhor para seu filho.

O modelo de papel materno vigente na unidade neonatal impedia manifestações da intuição da mãe e não validava sua sensibilidade de captar os sinais mais sutis do bebê. Ela se sentia substituída pelos membros da equipe e desestimava as atividades que lhe eram permitidas no cuidado com o bebê por não reconhecer nelas o verdadeiro cuidado materno. Sonhava em cuidar do bebê sem a intermediação da equipe, adiando o exercício da função materna.

A mãe frisou sua disponibilidade para a maternidade, embora experienciasse grande dificuldade de exercer o papel de mãe nessas circunstâncias e expressasse medo de cuidar do filho devido à sua fragilidade. Priorizava a permanência junto ao bebê, tentando retomar a relação interrompida de modo abrupto e precoce pelo parto pré-termo.

O bebê precisava de sua presença, ela pensava, pois somente o olhar materno poderia conferir a ele subjetividade. Era exclusivamente ela, a mãe, quem poderia perceber a vontade e constatar a força do filho. O cuidado materno, reconhecido pela criança, estabeleceria uma comunicação singular entre a mãe e o bebê que favoreceria o desenvolvimento devido a sua especificidade que teria para aquela criança.

A proximidade com o bebê estimulava a vontade da mãe de cuidar dele e facilitava, aos dois, apegarem-se um ao outro. Ela queria cuidar do filho, embora temesse vir a prejudicá-lo, expressando a própria necessidade de aprender a lidar com uma criança tão frágil.

Ansiava por validar o papel materno e para isso buscava o apoio da família e o amparo da equipe. Reivindicava uma atenção que lhe ajudasse a protagonizar o cuidado com o filho, a diluir a impotência, a culpa e a solidão a que se sentia exposta. Necessitava da proteção da equipe e não de sua censura ou da prescrição do papel materno.

Resume-se, a partir do discurso materno na entrada do estudo, que cuidar do filho nascido de muito baixo peso significa enfrentar dificuldades que consistem em superar as estranhas circunstâncias advindas desse nascimento, revestir-se do papel materno e sobrepujar a própria necessidade de uma abordagem que contemple tais dificuldades.

Nas vésperas da alta hospitalar, a mãe referiu ter encontrado, na enfermaria canguru, acolhimento, apoio para amamentar e facilitação para o exercício da tarefa materna. Sentiu-se protagonizando a recuperação do bebê e aprovou o cuidado dispensado ao filho por essa equipe.

Considerou que o método Canguru atenuou os efeitos da separação entre ela e seu filho e favoreceu a inserção do bebê na família, devido ao acesso que todos tiveram a ele. Aprendeu a observar a criança e a superar o

medo de levá-la aos braços, notando que a proximidade com a mãe acalmava o bebê e permitia a ambos se conhecerem melhor.

Relatou as adversidades do método Canguru, como a permanência contínua no hospital, dia após dia, longe da família; a dificuldade inicial com a posição canguru, considerada incômoda; e as arestas de convivência com as outras mães, que por vezes terminam em conflito e mal-estar. Acrescentou, no entanto, que esses problemas são preferíveis à vivência que teve na unidade neonatal, cuja assistência desaprovava e rememorava como um momento de extrema dificuldade.

Para a mãe, o método Canguru possibilitou-lhe passar por um processo de adaptação à prematuridade e, assim, superar os problemas. Ela narrou ter adquirido capacidade de captar os ritmos e interpretar os sinais emitidos pela criança; de perceber os progressos de seu desenvolvimento; de avaliar seus estados de saúde; além de identificar seus sentimentos; podendo, a partir disso, entender-se com o bebê e compreender suas reais demandas. Referiu-se ao vínculo com o bebê, enfatizando sua evolução favorável e sua competência em reconhecer a presença materna.

A mãe re-afirmou seu entendimento de que a recuperação do bebê depende do desempenho do papel materno e de que, assim, consolida-se a necessidade de uma assistência voltada para a mãe. Salientou as atribulações enfrentadas para amamentar e que o bem-estar proporcionado à mãe na enfermaria canguru possibilitou o aleitamento natural, não por ter aumentado a produção de leite, mas porque ela se sentiu assistida.

A alta hospitalar simbolizou para ela a superação da prematuridade. Considerava saber cuidar do filho e se regozijava por amamentar e manter a criança ganhando peso e por sentir confiança em planejar o futuro.

A síntese do discurso materno do grupo Canguru no momento da alta revela que o método Canguru favoreceu o entendimento entre a mãe e o bebê, possibilitando à díade superar as principais dificuldades da condição de nascimento do bebê, inclusive as necessidades maternas.

Para a mãe integrante do grupo Tradicional, o cuidado materno figurava como fundamental na promoção da saúde do bebê. Ela se dispunha a desempenhar o papel materno, embora se declarasse despreparada para cuidar do bebê. Seu processo de adaptação à prematuridade era marcado pela falta de confiança na superação dos problemas, por resquícios do medo da morte e do aparecimento de anormalidades no filho. Considerava desgastante e quase impossível exercer plenamente a função materna dentro do hospital e aguardava a ida para casa para, finalmente, cuidar realmente do bebê.

Cuidar significava para ela promover saúde, proporcionar higiene, alimentação, carinho e atenção. Quando estivesse na casa, planejava, manteria proximidade com o bebê, sem precisar mais dividir o cuidado materno com a equipe. A alta hospitalar, embora suscitasse insegurança e ansiedade, possibilitaria a maternidade plena, além de simbolizar a esperança de que o pior já tivesse passado.

Queixava-se por não ser dada importância ao cuidado materno e por não se sentir compreendida, dizendo que alguns profissionais, muitas vezes, a censuravam de modo implícito, ou repreendiam abertamente seu comportamento, enquanto não eram capazes de ouvirem suas dificuldades físicas e emocionais. Ressentia-se pelo relacionamento difícil com a equipe e reclamava uma assistência para si.

Em sua opinião, a equipe também não entendia os sinais do bebê e, algumas vezes, intervinha de modo inapropriado. Mas, apesar de reprovar parte do cuidado que era dispensado ao bebê na unidade neonatal, preferia nada dizer por temer retaliação. Como não estava presente durante todo o tempo, procurava entender-se com a equipe, aceitando suas orientações padronizadas sobre o cuidado materno e se submetendo à primazia do saber profissional e às restrições que lhe impunham.

A mãe achava que o bebê prematuro exigia cuidado muito especial e que precisava de garantias. Pensava que conseguia entender a criança, reconhecer seus sentimentos, captar seus sinais, perceber seus prenúncios sutis de mal estar, mas persistia com dificuldade de cuidar dela. Percebia em si muita ansiedade ao tentar cuidar do bebê, por receio de prejudicá-lo. Tentava não passar nervosismo para o filho, mas se sentia impotente.

A mãe tinha vontade de amamentar e buscava estratégias para atingir esse objetivo, procurando assimilar as orientações da equipe nesse quesito, mas o bebê não pegava o peito e ela não produzia leite. Apontava que a falta de apoio da equipe dificultava o processo da amamentação.

Ela entendia a importância de amamentar, mas não sabia nem tinha como manter o bebê somente mamando. Julgava ter encontrado obstáculos à amamentação na unidade neonatal, pois lá não havia condições de colocar o bebê no peito. O medo, a insegurança e a ansiedade lhe invadiam, sustando a produção de leite e criando a necessidade de complementação.

Ela referiu sentimento de vitória quando conseguiu amamentar. Quando não pôde amamentar, tornou-se apreensiva. Ficou intrigada por ter seguido os preceitos da unidade neonatal e, após isso, ainda se sentir acusada pelo fato de o bebê não mamar. Tentou soluções intermediárias, argumentando a favor da concomitância da sucção ao peito e na mamadeira, até que, no final, mostrou-se conformada em não amamentar e procurou redimensionar as próprias expectativas.

Por vezes, sentiu-se culpada por ter esperado orientação e apoio ao invés de seguir a própria intuição e ressaltou que teria tido mais possibilidade de amamentar se tivesse ido para a enfermaria canguru. Considerou-se injustiçada pela imposição da equipe de atrelar a alta ao estabelecimento do aleitamento materno.

A distância e a fadiga tornaram-lhe árduas as visitas diárias ao bebê e ela referiu angústia por ele permanecer internado. Queria levá-lo logo para casa, pois, apesar da prematuridade, o bebê era saudável e ela acreditava em sua boa evolução mesmo usando leite artificial.

O discurso das mães integrantes dos dois grupos, no momento da alta, abordou temas similares, mas com sentidos divergentes entre si. No grupo Tradicional, em sentido contrário ao que se constatou no Canguru, percebeu-se o sentimento materno de não superação da prematuridade, a busca materna de garantia de boa evolução através do entendimento com o bebê, além da necessidade materna de assistência da equipe.

Em resumo, diante da estranheza do nascimento do filho prematuro, nascido de muito baixo peso, a mãe percebeu o apelo psíquico e biológico que vinha tanto de si como da criança pela concretude dos cuidados maternos. Para ela, seus cuidados, baseados na afetividade, permitiriam que a situação fosse superada; mas hesitou diante da imprescindibilidade da tecnologia para a sobrevivência do filho e se ressentiu da falta de cuidado com sua própria carência. A assistência pelo método Canguru pareceu preencher tais necessidades, promovendo a superação das dificuldades, enquanto na abordagem Tradicional, tais problemas não foram amenizados.

As divergências entre as proposições resultantes das entrevistas realizadas no momento da alta hospitalar nos dois grupos põem em relevo as diferenças de resultados entre os dois métodos, chamando atenção a intimidade que as mães, no grupo Canguru, demonstram ter com os filhos, sua capacidade de compreender e interpretar os sinais da criança e a alta prevalência de aleitamento materno exclusivo.

5.1 Considerações finais

O nascimento de um bebê de muito baixo peso atinge a mãe, na medida em que desencadeia sentimentos, emoções, impressões e pensamentos que influenciam as atitudes maternas.

As repercussões que essa condição tem sobre a mãe configuram sua relação com o bebê e, assim, contribuem para a trajetória do desenvolvimento e a prevalência do aleitamento materno exclusivo.

A principal dificuldade vivenciada pela mãe do bebê prematuro encontra-se na não-concretude do papel materno. Ela se ressentida de não poder realizar a maternidade tal como a concebe, devido às barreiras oferecidas tanto pelas condições da prematuridade em si como pela estrutura da unidade neonatal e reivindica uma atenção dirigida às mães.

Sabe-se que a saúde neonatal deve ser promovida através de soluções tecnológicas e científicas, mas, também, humanas, individualizadas e contextualizadas, visando a superar os problemas de diversas ordens trazidos pelo nascimento de um bebê de muito baixo peso.

O crescimento mais adequado depende do aleitamento natural, que se vincula fortemente à presença da mãe e ao grau de desenvolvimento. O desenvolvimento correlaciona ao crescimento na mesma medida em que é proporcionado pela natureza das experiências vivenciadas pelo bebê. Tais vivências são profundamente modificadas pela presença da mãe que, por sua vez, expressa necessidade de ser compreendida, em sua subjetividade.

Tecendo-se, assim, uma complexa trama que explicita a lacuna da assistência neonatal tradicional em não promover a inserção da mãe como sujeito ativo na recuperação do filho nascido nessas circunstâncias.

Nesse contexto, surge uma interrogação sobre a pertinência de incluir a preocupação com o desenvolvimento do papel materno na assistência neonatal. Um cuidado destinado às mães poderia redimensionar expectativas iniciais do significado do exercício pleno da função materna e suavizar a qualidade da experiência de ter um filho nessas circunstâncias.

A medicina neonatal precisa incluir a configuração vincular materno-filial em suas preocupações como fundamento sobre o qual ocorre o desenvolvimento do bebê, especialmente no âmbito psico-afetivo e intelectual, na promoção da saúde mental e na instauração da amamentação. Precisa remover os obstáculos da travessia que leva o bebê ao reencontro com sua mãe, pois a sobrevivência humana integral ancora-se no contato corporal e nas trocas afetivas que ocorrem na interação.

A assistência neonatal precisa ser dotada com a capacidade de assistir a dupla mãe-bebê, compreendendo cada mãe de forma individualizada e lhe permitindo a expressão singular. Necessita incluir em sua prática o exercício do princípio bioético da autonomia, e passar a tomar a mãe como co-participante das decisões e responsabilidades relativas ao próprio filho, inserindo o cuidado materno no mundo dos cuidados intensivos neonatais.

De sua formosura
já venho dizer:
é um menino magro,
de muito peso não é,
mas tem o peso de homem,
de obra de ventre de mulher.

João Cabral de Melo Neto

6 CONCLUSÃO

A busca por qualidade de sobrevivência para crianças nascidas de muito baixo peso permeia a assistência neonatal, gerando uma demanda por estratégias que possibilitem a resolução da complexa problemática trazida por tal condição. Tornam-se necessárias soluções que devolvam às famílias crianças hígas e capazes de desenvolver seu potencial inato.

Os recém-nascidos de muito baixo peso, ao superarem as dificuldades neonatais, permanecem sob o risco de apresentar alterações orgânicas, psicológicas e sociais que se podem agrupar em duas vertentes.

Na primeira, observa-se que essas crianças podem evoluir com déficit do crescimento físico e atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, que podem ser vistos em diversos graus, decorrentes da prematuridade e/ou do tratamento intensivo necessário à sobrevivência da criança.

Na segunda, percebe-se que a separação entre o bebê e a mãe, determinada pela condição de nascimento pode repercutir negativamente sobre a prática de amamentar e sobre a formação do vínculo afetivo, fenômenos dependentes da interação entre a mãe e o bebê que não é privilegiada pela assistência neonatal tradicional.

Diante das evidências científicas atuais sobre o papel desempenhado pela função materna nos processos de crescimento e desenvolvimento da

criança, interrogou-se se a minimização da separação entre o bebê e a mãe, que ocorre nas unidades neonatais tradicionais, poderia atenuar as dificuldades de crescimento, desenvolvimento, aleitamento materno e vinculação afetiva observadas nas crianças egressas dessas unidades.

Esse estudo buscou respostas para tal questão, comparando resultados concernentes a esses quatro aspectos obtidos por dois grupos de recém-nascidos: um abordado pelo método Mãe-canguru, que oferece mais possibilidades de retomada da interação entre o bebê e sua mãe, e outro pelo método Tradicional de assistência neonatal.

Os dados colhidos por essa investigação contemplaram dimensões quantitativas e qualitativas dos fenômenos estudados. Esses dados foram tratados, de acordo com sua especificidade, por análise epidemiológica e fenomenológica, respectivamente.

Todos os recém-nascidos mantiveram seu crescimento aquém da referência ideal preconizada: o crescimento intra-uterino. A maioria das medidas antropométricas, nos dois grupos, situou-se abaixo do percentil dez das curvas adotadas, tendo sido o ganho de peso das crianças do grupo Canguru inferior ao que foi obtido pelas integrantes do grupo Tradicional.

A diferença de crescimento a favor do grupo Tradicional foi relacionada, em parte, através de regressão linear, ao tipo de leite usado. No grupo Tradicional registrou-se uso predominante de fórmula para prematuros enquanto no grupo Canguru foi mais utilizado o leite materno.

Constatou-se, por meio da aplicação de um modelo de regressão logística, forte associação entre a exposição ao método Canguru e o desfecho aleitamento materno exclusivo, no momento da alta hospitalar e nas consultas ambulatoriais. Comprovou-se dessa forma que o método Canguru, além de favorecer a instituição do aleitamento materno exclusivo entre recém-nascidos de muito baixo peso, influencia sua maior duração.

Na elaboração sobre as razões que levaram a tal associação, suspeitou-se que entre os obstáculos ao estabelecimento do aleitamento materno na unidade neonatal poderia ser enfatizada a exposição do bebê e de sua mãe a uma estrutura rígida, que não oferece tempo nem espaço adequados para a amamentação, embora os fatores intervenientes nesse processo sejam múltiplos e tenham diversas naturezas.

A instauração do aleitamento materno não depende somente do contato prolongado entre a mãe e o bebê; mas, com a patente separação física que ocorre na unidade neonatal, podem ser perdidas oportunidades de interseção entre os momentos em que os dois se encontrariam mais aptos e disponíveis. A estrutura da unidade neonatal reduz as possibilidades de encontro de um bebê alerta e ávido com uma mãe menos ansiosa e mais propensa a amamentar.

A competência em mamar exclusivamente ao seio, mais presente entre os recém-nascidos do grupo Canguru que entre os do grupo Tradicional, pode ser relacionada com outras diferenças, validadas estatisticamente, observadas entre os dois grupos.

A capacidade de sustentar a mamada, a idade mais precoce do início da sucção ao seio e o emprego de técnicas especiais de apoio à amamentação do prematuro, mais presentes entre as crianças do grupo Canguru, foram relacionadas positivamente com a maior prevalência de aleitamento materno exclusivo.

A maior ocorrência de sonolência e irritabilidade durante a mamada, assim como a menor produção de leite materno e a maior frequência de sinais de ansiedade e de apatia durante as mamadas, mais presentes entre as crianças do grupo Tradicional, foram coligadas à dificuldade de amamentar.

As divergências notadas entre os recém-nascidos dos dois grupos quanto ao desenvolvimento neurossocial e quanto ao desenvolvimento neuromotor não foram validadas estatisticamente, impedindo a constatação da influência da presença materna sobre esse aspecto da evolução dessas crianças. No entanto suspeitou-se, pelo padrão das respostas obtidas entre os bebês estudados, que numa amostra maior seria possível o surgimento de diferenças reais relativas ao desenvolvimento que favoreceriam a abordagem Mãe-Canguru.

O método fenomenológico dotou esse estudo com a possibilidade, contida em sua máxima, de suspender certezas para ir às *coisas mesmas*, deixando que a experiência vivida pelas mães quanto ao cuidado de filhos nascidos com muito baixo peso se mostrasse em si.

A compreensão e a interpretação do discurso das mães permitiram uma apreensão das repercussões que as circunstâncias do nascimento podem trazer à função materna e das possíveis conseqüências dessas repercussões sobre o desenvolvimento da criança e o estabelecimento do aleitamento materno.

Do relato da vivência da mulher emergiu sua dificuldade em se apropriar do papel de mãe do bebê prematuro. Essa dificuldade foi criada pelo rompimento com o habitual que, trazido pelo parto pré-termo, desencadeou sentimentos ambíguos e atitudes de perplexidade.

A mãe, atônita, procurou vincular-se ao filho, propondo-se a cuidar sem compreender, ao mesmo tempo em que sentia sua maternidade ameaçada pela fragilidade daquele organismo que, para ela, ao precisar de tecnologia para sobreviver, permanecia no limiar entre a vida e a morte.

Surpreendida pela separação, invadida por sentimentos de frustração e impotência, determinados pela distância entre o que esperava e o que tinha diante de si, em relação ao papel materno, ela se percebeu substituída pelos profissionais, os quais pareciam não considerar a presença materna essencial à recuperação do bebê.

A mãe considerava que a equipe prescrevia um papel materno padronizado, limitando-lhe o comportamento e criticando-lhe as reações. Para ela, os profissionais demonstravam não atinar que a vivência de ter um filho com muito baixo peso tinha um significado para cada mulher. Eles

também não compreendiam a importância que cada mãe atribuía à própria participação no cuidado com o bebê.

As mães cujos filhos foram assistidos pelo método Tradicional apreenderam de sua experiência que somente o entendimento entre a mãe e o bebê garantiria uma melhor evolução para a criança. No momento da alta, entretanto, ainda enfrentavam dificuldades para superar as circunstâncias da prematuridade e reclamavam a inclusão da mãe na assistência neonatal.

As mães dos bebês integrantes do grupo Canguru aprovaram tanto a assistência dispensada aos bebês como o cuidado que julgaram receber elas próprias. Consideraram que as dificuldades advindas da condição de nascimento do bebê foram superadas, quer pela aquisição da habilidade e da segurança necessárias para cuidar da criança, quer pela aprendizagem da linguagem do filho, quer pelo estabelecimento do aleitamento materno exclusivo que atribuíram ao método Canguru.

As mães avaliaram que a interação proporcionada entre ela e o filho, na enfermaria Mãe-canguru, permitiu descobertas que aprofundaram o conhecimento mútuo, facilitando o entendimento.

Elucidou-se que a qualidade da interação entre a mãe e o bebê influenciou a experiência de se tornar mãe nessas circunstâncias.

A melhor qualidade de sobrevivência das crianças nascidas com muito baixo peso depende, portanto, de que a assistência neonatal torne-se capaz

de abordar com igual competência as dificuldades orgânicas e a emergência do psiquismo desses seres precocemente expostos à hostilidade do ambiente extra-uterino, para o qual não estão preparados.

Se o contato contínuo com a mãe facilitar o desenvolvimento do bebê, promover o estabelecimento do aleitamento materno e favorecer a vinculação afetiva torna-se prioritário propiciá-lo por meio de uma assistência neonatal que dirija suas preocupações não somente para as demandas do bebê, mas também para as necessidades maternas.

Espera-se que esse estudo possa contribuir para a construção de um paradigma de assistência neonatal que aborde o bebê e a mãe em conjunto, como unidades interagentes e interdependentes, componentes de um sistema que se distinguem entre si, mas não se separam e que possibilite à medicina neonatal transformar-se na ciência que viabilizará que o bebê e sua mãe, seres integrais com corpo e mente, vençam as situações adversas e possam comparecer ao encontro que lhes doa sentido.

7

Anexos

ANEXO A – Questionário

Identificação _____ Grupo ☐ C ☐ T Prontuário _____

1 Sobre a mãe e sua relação com o pai

Mãe _____

Idade _____ Profissão _____ Vive com o companheiro: ☐ sim ☐ não

Escolaridade materna: ☐ nenhuma ☐ ensino fundamental incompleto ☐ ensino fundamental completo ☐ ensino médio ☐ ensino superior

G _____ P _____ A _____ Nº filhos vivos: _____ Procedência: _____

2 Sobre gestação / parto

Contexto da gravidez: ☐ intencional ☐ acidental _____

Dificuldade materna de aceitar a gravidez: ☐ sim ☐ não

Reação favorável do pai à gravidez: ☐ sim ☐ não

Nº de consultas pré-natais: _____ Intercorrências: ☐ sim ☐ não

Hipertensão ☐ sim ☐ não Diabetes ☐ sim ☐ não Infecção antenatal ☐ sim ☐ não

Hiperêmese ☐ sim ☐ não Depressão ☐ sim ☐ não Tabagismo ☐ sim ☐ não

Data da última menstruação: ____ / ____ / ____ Esteróide antenatal ☐ sim ☐ não

Data do Parto ____ / ____ / ____ Parto: ☐ normal ☐ pélvico ☐ abdominal

A mãe percebeu o bebê (ouviu o choro/viu/tocou) na sala de parto: ☐ sim ☐ não

3 Sobre o nascimento

Gênero: ☐ M ☐ F Idade gestacional: _____ → ☐ DUM ☐ EF ☐ US

Peso: _____ Estatura: _____ PC: _____ PT: _____ ☐ AIG ☐ PIG ☐ GIG

Índice de Apgar 1' _____ 5' _____ 10' _____

Reanimação na sala de parto:

O2 inalatório ☐ sim ☐ não Máscara/ambu ☐ sim ☐ não Intubação traqueal ☐ sim ☐ não

Massagem cardíaca ☐ sim ☐ não Drogas ☐ sim ☐ não

4 Evolução primeiros dias (antes da entrada no estudo)

4.1 Suporte respiratório:

Oxigênio ☐ sim ☐ não CPAP ☐ sim ☐ não VM ☐ sim ☐ não

Tempo (dias): de ventilação mecânica _____ e de oxigenioterapia: _____

Surfactante: ☐ sim ☐ não Se sim, horas de vida: _____ Nº de doses: _____

4.2 Acesso venoso:

Epicutâneo ☐ sim ☐ não Dissecção ☐ sim ☐ não Cateter umbilical ☐ sim ☐ não

4.3 Principais medicamentos/terapias:

Vasoativos ☐ sim ☐ não Furosemide ☐ sim ☐ não Fototerapia ☐ sim ☐ não

Antibióticos ☐ sim ☐ não Se sim → () 1ºE _____ () 2ºE _____ () 3ºE _____

Antifúngicos ☐ sim ☐ não Transfusão de concentrado de hemácias: ☐ sim ☐ não

4.4 Intercorrências:

Hipotermia ☐ sim ☐ não Hipoglicemia ☐ sim ☐ não Pneumotórax ☐ sim ☐ não

Apnéia ☐ sim ☐ não Enterocolite necrosante ☐ sim ☐ não RGE ☐ sim ☐ não

Canal Arterial: ☐ sim ☐ não Se sim, → Drogas ☐ sim ☐ não Cirurgia ☐ sim ☐ não

USTF < 28 d: ☐ sim ☐ não → Se sim, ☐ normal ☐ anormal

4.5 Nutrição/aleitamento:

Parenteral: ☐ sim ☐ não Se sim, ____ dias

Dia de início da via enteral: _____ Dia de via enteral plena: _____

Vias de alimentação usadas: ☐ SOG ☐ Copinho ☐ Translactação ☐ Sucção ao seio

Produção de leite materno: ☐ sim ☐ não

Se sim, → ☐ suficiente para a demanda ☐ sim ☐ não

Se não, → Leite humano pasteurizado ☐ sim ☐ não Fórmula ☐ sim ☐ não

Menor peso atingido: _____ Perda de peso na primeira semana: ☐ sim ____% ☐ não

Dia de recuperação do peso do nascimento: _____

4.6 - Sobre a interação bebê-família na UTI:

1ª visita: ____ h após o parto _____

Impressão favorável: ☐ sim ☐ não _____

Visitas do pai ☐ sim ☐ não _____

A mãe foi para casa no 4º dia? ☐ sim ☐ não Reação: _____

A mãe passa o dia no hospital? ☐ sim ☐ não Quantas vezes entra na UTI? _____

Permanece mais que 10 min/visita dentro da UTI? ☐ sim ☐ não _____

Solicita informações sobre a saúde do bebê? ☐ sim ☐ não

Tem contato físico com o bebê? ☐ sim ☐ não

Conversa com o bebê? ☐ sim ☐ não Participa dos cuidados com o bebê? ☐ sim ☐ não

Pede para por o bebê ao colo? ☐ sim ☐ não _____

Está presente na hora da dieta? ☐ sim ☐ não Traz o leite antes da dieta? ☐ sim ☐ não

Verifica se seu leite é dado ao bebê? ☐ sim ☐ não

Interpreta as emoções ou preferências do bebê? ☐ sim ☐ não

Acha que o bebê percebe sua presença? ☐ sim ☐ não

Sintomas maternos após o parto:

Tristeza ☐ sim ☐ não

Dificuldade de concentração ☐ sim ☐ não

Crises de choro ☐ sim ☐ não

Dependência dos outros ☐ sim ☐ não

Irritabilidade ☐ sim ☐ não

Transtornos do sono ☐ sim ☐ não

Falta de apetite ☐ sim ☐ não

Sentimento de culpa ☐ sim ☐ não

Ansiedade ☐ sim ☐ não

Fadiga ☐ sim ☐ não

Sensação de incapacidade para cuidar do bebê ☐ sim ☐ não

5 Entrada no estudo

5.1 Situação no momento de indicação para o método Mãe-Canguru

Data ____/____/____ Idade pós-natal (dias) ____ Idade corrigida (sem) ____

P ____ / percentil → ____ E ____ / percentil → ____ PC ____ / percentil → ____

Ganho de peso/semana até a entrada do estudo			
Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4

5.2 Entrevista-entrada: Como está sendo para você cuidar do bebê? Registro à parte

6 Evolução no estudo

6.1 Observação do crescimento, desenvolvimento e processo de aleitamento realizada em instrumentos específicos, à parte

6.2 Intercorrências durante o estudo

Distúrbios ☐ sim ☐ não Apnéia ☐ sim ☐ não RGE ☐ sim ☐ não Anemia ☐ sim ☐ não

Infecção ☐ sim ☐ não BDP ☐ sim ☐ não PCA ☐ sim ☐ não Edema ☐ sim ☐ não

Alterações neurológicas ☐ sim ☐ não Retorno p/ UTI ☐ sim ☐ não

6.3 Entrevista-saída: Como está sendo para você cuidar do bebê? Registro à parte

6.4 Situação na saída do estudo

Data ____/____/____ Tipo ☐ Alta ☐ Transferência ☐ Desistência ☐ Óbito

P ____ / percentil → ____ E ____ / percentil → ____ PC ____ / percentil → ____

Permanência: ____ dias

7 Seguimento ambulatorial

7.1 Primeira consulta

Data ____/____/____ I.G.C. (sem) _____ Idade pós-natal _____

P _____ / percentil → _____ E _____ / percentil → _____ PC _____ / percentil → _____

Alterações clínicas ☐ não ☐ sim, quais _____

Alterações no desenvolvimento neuromotor: ☐ não ☐ sim, quais _____

Alimentação: ☐ aleitamento materno exclusivo ☐ aleitamento predominante

☐ aleitamento misto ☐ aleitamento artificial _____

7.2 Se não compareceu à primeira consulta

Contato telefónico ☐ não ☐ sim, motivo _____

7.3 Segunda consulta

Data ____/____/____ I.G.C. (sem) _____ Idade pós-natal _____

P _____ / percentil → _____ E _____ / percentil → _____ PC _____ / percentil → _____

Alterações clínicas ☐ não ☐ sim, quais _____

Alterações no desenvolvimento neuromotor: ☐ não ☐ sim, quais _____

Alimentação: ☐ aleitamento materno exclusivo ☐ aleitamento predominante

☐ aleitamento misto ☐ aleitamento artificial _____

7.4 Se não compareceu à segunda consulta

Contato telefónico ☐ não ☐ sim, motivo _____

Anexo C – Instrumento de observação da mamada e da interação

RN de		Data da observação / /									
SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO: conformação, postura e tonicidade											
PADRÃO DE SUÇÃO											
Coxins	presentes	ausentes	Ritmo	n.º de sucções/pausas:	inadequada						
Vedamento labial	sim	não	Coordenação	adequada	inadequada						
Palato duro	normal	ogival	Força	adequada	débil						
Postura da língua	assoalho	papila palatina	Sustentação	sim	não						
	normal	protraída	retraída	CONDIÇÕES DA MAMADA							
Mobilidade	normal	anormal	Bebê em estado alerta	sim	não	Dificuldades	sim	não	Bebê em estado alerta	sim	não
	canolamento	posteriorização	Bebê bem posicionado	sim	não	Bebê bem posicionado	sim	não	Bebê bem posicionado	sim	não
Tonicidade	língua	normal	hipotônica	hipertônica	sim	não	Mãe - postura adequada	sim	não	Bebê irritado	sim
	lábios	normal	hipotônica	hipertônica	sim	não	Interesse p/ amamentar	sim	não	Desorganização	sim
	bochecha	normal	hipotônica	hipertônica	sim	não	Ejeção de leite	sim	não	Mãe ansiosa	sim
Movimentos mandíbula	normais	trancamento	tremores	Técnicas de facilitação	sim	não	Técnicas de facilitação	sim	não	Mãe resistente	sim
REFLEXOS ORAIS											
INTERAÇÃO - Entrada											
Busca	normal	ausente	débil	exacerbado	sim	não	Olhar vivo	sim	não	Olhar vivo	sim
Preensão	normal	ausente	débil	exacerbado	sim	não	Troca olhares	sim	não	Troca olhares	sim
Sucção	normal	ausente	débil	exacerbado	sim	não	Expressa atenção	sim	não	Expressa atenção	sim
Mordida	normal	ausente	débil	exacerbado	sim	não	Subtração	sim	não	Subtração	sim
Engasgo	normal	ausente	débil	exacerbado	sim	não	Sinais de estresse	sim	não	Sinais de estresse	sim
ALEITAMENTO NA ALTA											
AME	AMP	Problemas		Irritabilidade	sim	não	Coordenação ausente	sim	não	Apatia materna	sim
AM	AA	Problemas		Sonolência	sim	não	Força de sucção débil	sim	não	Ansiedade materna	sim
		Problemas		Não-sustentação	sim	não	Busca/preensão ausente	sim	não	Baixa produção- LM	sim
		Problemas		Não-sustentação	sim	não	Busca/preensão ausente	sim	não	Baixa produção- LM	sim

Anexo D – Evolução do desenvolvimento neuromotor

Data de Entrada ____/____/____ Data de Saída ____/____/____

RN de _____

Entrada		Saída	
Tônus Passivo			
Manobra	Semana	Manobra	Semana
Postura		Postura	
Manobra calcanhar-orelha		Manobra calcanhar-orelha	
Ângulo poplíteo		Ângulo poplíteo	
Ângulo de flexão do pé		Ângulo de flexão do pé	
Sinal do xale		Sinal do xale	
Retorno em flexão		Retorno em flexão	
Média		Média	
Tônus Ativo			
Manobra	Semana	Manobra	Semana
Membros inferiores		Membros inferiores	
Tronco		Tronco	
Flexores do pescoço		Flexores do pescoço	
Extensores do pescoço		Extensores do pescoço	
Média		Média	
Reflexos			
Manobra	Semana	Manobra	Semana
Sucção-deglutição		Sucção-deglutição	
Prensão		Prensão	
Resposta à tração		Resposta à tração	
Moro		Moro	
Extensão cruzada		Extensão cruzada	
Média		Média	

Anexo F - Síntese das unidades de significado (US) das entrevistas do grupo Canguru – entrada (CE)

Trechos das entrevistas sugestivos do significado	US - CE	O
[...] Acho que ainda nem caiu a ficha [...] Eu não imaginava dela ser prematura... A outra não foi prematura.	1- Prematuridade como algo inesperado.	7
Tudo foi por causa da pressão que aumentou. Subiu, mas estava controlada. Só que depois subiu muito e me deu uma dor no estômago... Por isso, tiraram minha filha [...].	2- Necessidade de explicação para o parto prematuro.	10
[...] Achava, sei lá, que ela não ia escapar [...] tive um sonho que ela morria [...] hoje acordei assim, toda triste e chorando [...]	3- Medo da não sobrevivência do bebê.	12
[...] nasceu tão pequena, mas já está maiorzinha [...] estou sonhando em ir para o Canguru. Fico todo tempo perturbando a doutora. Ela fica dizendo que [...] ela está indo bem, mas que eu espere um pouquinho.	4- Estabilidade clínica inspira confiança na sobrevivência do bebê.	14
Quando vou pra casa, à noite, é um desespero. Vou todo tempo chorando.	5- Sentimento de desespero pela separação.	1
A situação dela é melhor que de muitos nenéns que tem lá dentro que ficam sendo furados [...] disse meu marido [...] Tem razão.	6- Comparação da situação do filho com a de outros bebês acalma a mãe	2
Minha mãe e meu marido [...] dizem que eu devia era agradecer a Deus, porque ela [...] Só está na UTI por causa da prematuridade, mas está bem [...] O negócio é rezar, ter fé em Deus que ela vai logo pra casa.	7- Necessidade de amparo religioso/afetivo.	6
Fico alegre. Quase todo dia ela ganha 20. Quando eu me lembro que no começo ela era aquela coisinha bem pequenininha. Quando eu vi [...] Eu chorei muito, muito [...]	8- Sentimentos positivos pela maternidade e negativos pela prematuridade.	6
[...] porque eu não queria que ela estivesse ali. Jamais eu imaginava que ela ia ficar na incubadora. [...] Eu pensava que ela ia nascer de tempo e ir pra casa. Eu ainda não acredito que ela estava ali, daquele jeito. Não me conformo.	9- Dificuldade de aceitar a prematuridade.	8
[...] Eu me sinto mal. Parece que a gente aqui não adianta nada.	10- Sentimento de inutilidade.	4
Olham assim para a gente aí dentro, ficam dizendo as coisas de um jeito chato [...] Está certo que a gente não sabe nada de criança prematura, mas a gente é mãe. Eu não faço as coisas porque não sei, não é por que não quero. [...]	11- Censura da equipe à mãe.	3
[...] Acho que as doutoras e as enfermeiras pensam que a gente acha bom o filho da gente está aqui. É chato, não me sinto bem.	12- Falta de compreensão e empatia da equipe com a mãe.	7
[...] No começo eu sofria tanto de ver minha filha tão indefesa ali no meio daqueles aparelhos. Vem um mexe, outra vai fazer não sei o que, todo tempo, a gente vê que a criança não se sente bem com aquilo [...] tratam a criança assim dum jeito esquisito... Não tratam com falta de educação nem com grossura não. É o jeito delas que faz a gente se sentir mal.	13- Inadequação do cuidado prestado ao bebê na unidade neonatal.	5
Eu mesma só entro aí por que é minha filha que está aí, mas passo pouco tempo e saio. Acho que não devia ser desse jeito, não é? [...] Devia ter uma atenção especial. Para as crianças e para nós, as mães dos prematuros.	14- Falta de uma atenção dirigida à mãe do bebê prematuro na UTI neonatal.	4
Ter um filho prematuro é uma coisa que eu não desejo pra ninguém. Quando a gente pensa que toda mãe leva o filho logo para casa e o da gente fica aqui. É de matar uma dor dessas. O que toda mãe quer é cuidar do filho. Só isso.	15- Ressentimento pela separação do bebê.	16
Toda mãe toma conta, tem responsabilidade, dá carinho... Protege o inocente que está ali precisando de cuidado, dá o peito quando tem leite... Essas coisas mesmo. Mas aqui a gente não pode fazer nada.	16- Submissão do saber materno ao saber da equipe.	7
[...] Eu me sinto triste demais [...] O pior foi quando vi minha filha pela primeira vez [...] achei que ela não ia sobreviver. Só depois	17- Necessidade de adaptação à	6

de uns dias fiquei mais alegre porque vi que ela estava reagindo bem.	prematuridade.	
Quando eu estava lá e conversava com ela, ela ficava esperta. Ela estava bem paradinha, aí eu chegava e ela abria os olhos e se mexia. Passou agora a toda vez que falo, ela fica toda se mexendo.	18- Estabelecimento de comunicação entre mãe e bebê.	11
Estou doida que chegue logo o dia. Na UTI a gente não pode ficar todo tempo [...] A gente quer ficar com a filha da gente. As meninas trabalham bem, cuidam direito, mas não é a mesma coisa.	19- Desejo de cuidar sem a intermediação da equipe.	4
Elas ensinam as coisas pra gente, ensinam a trocar fraldas. A enfermeira que cuida dela disse que qualquer dia vai deixar que eu troque e, depois, quem sabe, até dar banho.	20- A equipe faz a prescrição de um modelo de cuidar.	6
Não gosto... Eu, na verdade, não estou cuidando dela... Mas a doutora disse que ela vai ficar poucos dias e aí, sim, ela vai para o Canguru. Lá, sou eu que vou dar o banho dela.	21- Impossibilidade do cuidado materno na UTI neonatal.	4
[...] banho é uma coisa que mexe muito com a criança. A gente tem medo, precisa aprender... Acho que vou ter medo de derrubar ela [...] É prematura.	22- Medo de cuidar do bebê.	1
Mas tenho que aprender. Quando for para casa, não sou eu que vou cuidar dela? [...] Moro no interior e lá ninguém sabe nada sobre prematuros.	23- Necessidade de aprender a cuidar do bebê.	1
Tudo. Até o jeito de pegar. As enfermeiras dizem que não precisa ter medo de pegar não que eles não se quebram. Tem delas que pega só com uma mão. Mas para as mães é diferente, não estavam acostumadas.	24- Habilidade da equipe sobrepõe-se ao cuidado materno.	2
Nem sei. Tão complicado. Quero que meu filho saia logo. Quero ir para o Canguru com ele. Não quero que fique na UTI. Não gosto de lá. Não gosto de ver, de ficar lá dentro. Sinto um aperto toda vida que entro lá.	25- Dificuldade de vivenciar o ambiente da UTI.	11
Difícil. É muito fraco, pequenininho, o pulmãozinho não é completo porque nasceu antes do tempo, pode falhar.	26- Prematuridade traz insegurança para a mãe.	11
[...] aí perguntei ao doutor, quando ele parou de examinar, só pra ter certeza que eu estava certa: -"Doutor, meu filho, parece que ele está bem, não é? Posso ficar tranquila?" -"Prematuro não deixa ninguém tranquilo não... É um pé na frente, outro atrás". É difícil demais! Quase morri. Tudo caiu. [...]	27- Dificuldade no relacionamento da mãe com a equipe.	5
[...] é muito ruim mesmo na UTI. Lá as meninas fazem tudo para cuidar do filho da gente, eu sei que precisa daquelas coisas de lá, [...] mas é tão difícil para uma mãe ver seu filho dentro da incubadora.	28- Dificuldade de ser mãe de um bebê prematuro.	6
Se bem que eles aqui só escapam porque tem incubadora e os outros aparelhos, não é? Lá na cidade que moro não ia ter jeito para ele, mas eu achava tão chato ele precisar ficar ali, na UTI.	29- Imprescindibilidade da tecnologia	2
Quando a doutora disse que existia o Canguru, que a mãe ficava [...] todo tempo, com a criança eu não pensei. Disse logo que vinha para cá.	30- Redução da separação entre a mãe e o bebê	1
Eu sou do interior. Lá é muito longe. Eu não ia poder ir para casa e ficar vindo todo dia como as outras mães. Também não queria ir para casa e ficar lá, deixando ele aqui sozinho. Aqui eu vou ficar até o dia de ele receber alta, para ir junto com ele para casa. Também porque todo mundo diz que aqui sai mais rápido. Vamos ver, não é? Porque tanto sacrifício tem que valer a pena.	31- Prioridade à permanência junto ao bebê.	6
Ai, ficar aqui. A gente sente falta de casa. No primeiro dia e até ontem eu me senti tão tensa, sem conseguir dormir. A posição de dormir é ruim. Hoje estou melhor. Tem hora que a gente se desanima, mas não quero pensar nisso, quero pensar positivo.	32- Necessidade das referências habituais.	5
Não se pode confiar em prematuros quer dizer que de uma hora para outra... A senhora entende?	33- Instabilidade clínica gera dúvidas quanto à sobrevivência do bebê.	1

[...] me preocupo porque eles (<i>a equipe</i>) que sabem [...] Vou querendo me animar e lembro que a qualquer momento pode acontecer alguma coisa. Tenho medo.	34- Opinião da equipe dificulta a confiança da mãe no bom estado do bebê.	6
[...] Não quero [...] ir para casa. Mas a assistente social disse que precisa do leite para outras pessoas, que quando eu precisei tinha um leite para mim. Ai, meu Deus! Chega me deu um frio na barriga.	35- Não aceitação de nova separação do bebê.	10
Mas Deus é tão bom que eu estava desesperada, sem saber o que fazer, chorando lá no banco de leite e uma colega minha disse para eu pedir para ir para o Canguru.	36- Sentimento de solidariedade entre as mães	2
Não queria ir embora não. Acho que vou morrer se for para casa [...] Isso é muito cruel. Não sei o que vou fazer para arranjar essa vaga no Canguru, que é o único jeito que tem.	37- Busca por alternativa para mitigar a separação do bebê	14
A gente que passa por isso sabe o que a colega da gente está sentindo. Tem umas que ficam muito revoltadas... Já outras não falam com ninguém, ficam só respondendo o que as doutoras perguntam. Ontem, foi horrível. Morreu o filho de uma colega minha.	38- Alterações emocionais maternas devido à prematuridade	4
Eu vou lá, na UTI, olho pra ele, vejo como é que ele está, pergunto a elas se ele está bom, se está melhor de saúde. Tem delas que diz que sim e aí, eu fico alegre [...] Eu mesma não sei nada. Só vou saber quando ele estiver nos meus braços.	39- Atividades da mãe na UTI não são um verdadeiro cuidado materno	1
Quando digo isso lá, elas dizem que eu não me preocupe que eu vou levar ele daqui com saúde e não doente. Elas dão muitos remédios a ele, muito soro pra ele ficar cada vez melhor.	40- Desvalorização do exercício da maternidade pela equipe	3
Cuidando que a senhora diz... É assim, do jeito delas... Eu estou só esperando o dia que ele vai sair. É bom pra ele estar lá, mas vai ser melhor quando sair.	41- Cuidado materno é insubstituível	9
Eu cheguei a pensar em ir sem ele, mas elas disseram: “Não, você só vai quando ele for. Sua casa é muito longe” [...] Eu sou do interior. Nunca tinha vindo aqui. Sinto falta de lá. De minha mãe... Meu pai... Meu marido...	42- Necessidade do apoio familiar	3
Não fico alegre nunca. Sinto muita solidão. Choro. As meninas dizem para eu não chorar não que um dia eu vou para casa. Eu me consolo com isso. Vou para a UTI e fico lá [...].	43- Sentimento de solidão	4
[...] Senti um abalo no meu coração porque senti um pouquinho de medo pela saúde dele. Podia ele passar mal nos meus braços. Tenho medo de segurar, de derrubar.	44- Medo de prejudicar o bebê	4
Nunca eu tinha segurado direito. [...] Quando eu tinha doze anos, fui segurar o neném e ele caiu. Não aconteceu nada com ele, mas minha mãe brigou comigo e me proibiu, disse que eu nunca mais podia segurar o neném dela.	45- Experiência anterior negativa ao cuidar de bebê	3
Agora, seguro meu filho e nem derrubo. Vou dar o peito a ele. Ele já está se alimentando bem. Elas disseram para eu dar o leite no copinho. Eu rezo pro meu filho sair daqui com saúde.	46- Necessidade de validação do papel materno	5
[...] é porque eu sou assim: Gosto muito de cuidar de meus filhos. Eu vivia pensando que ia achar muito bom ouvir: Mulher, a partir de hoje é você quem vai cuidar dela. Eu sabia que ia ficar feliz. Pois chegou minha vez. Eu vou para o Canguru.	47- Desejo de retomar o curso esperado para o cuidado com o bebê	6
Não sou nem eu. É o marido. Ele está louco que eu vá logo para casa [...] Tenho outros filhos, mas já são grandes. Tenho que me dedicar mesmo é a essa aqui.	48- Dificuldade de conciliar os outros papéis com o de mãe de prematuro	2
[...] eu fico bastante tempo perto dela, converso com ela. Tudo o que está ao meu alcance faço pra ela. Já que não posso tirar ela diretamente da incubadora, fico encostadinha pra ela sentir que estou ali. Sempre aproveito a hora do banho que pode tirar da incubadora.	49- Desenvolvimento de um modo próprio de cuidar	7
Eu peço e elas me deixam segurar um pouquinho minha filha. Às vezes, eu fico é tempo com ela nos meus braços.	50- Necessidade da autorização da equipe para o exercício do cuidado	7

	materno	
Eu gosto demais. Tem mãe que tem medo. Eu não. Adoro. No Canguru vai ser melhor do que nunca. E não é só para mim que vai ser bom. Pra ela principalmente. Na incubadora... Não sei... Acho que ela se sentiria melhor se estivesse com a mãe, não é?	51- O bebê tem necessidade da presença materna	4
[...] é um sono assustado que parece mais que ela está acordada. Não descansa. Às vezes fico tão preocupada com isso. Será que não prejudica? Será que ela vai ser normal? [...] Sinto medo por ela ser prematura.	52- Medo das seqüelas da prematuridade.	2
[...] Ela já está ali dentro para ganhar peso, se eu tirasse da incubadora, ela não ia ganhar peso. [...] Ninguém nunca proibiu não. Também ninguém me disse o que pode. Nem o que não pode. É porque é assim. Todo mundo sabe, por isso que eu nunca perguntei.	53- Equipe propõe um modelo de papel materno	1
[...] A criança reconhece a mãe. Ele sabe o jeito de pegar da mãe. Sabe que é ela que está ali. Outra pessoa fazendo é diferente. Ele sabe que é outra pessoa qualquer que está cuidando dele. Já quando é a gente mesma que cuida, não. Ele sabe que é a mãe que está pertinho, cuidando dele.	54- O bebê reconhece o cuidado materno	1
Ele vai brincar e ser querido. As priminhas dele perguntam tanto por ele. Pedem para ele ir logo para casa. [...] Já está tudo arrumado, só esperando [...] O pai dele disse que vai arranjar um emprego que possa dormir em casa todas as noites para ficar com a gente [...]	55- Inserção do bebê na família	1
Agora com essa oportunidade de ficar tão próxima dele de novo, minha alegria voltou. Perto dele eu vou proteger ele de todas as formas. Se ele ficasse lá ia ser tão ruim... Ah, que bom estar aqui. [...] O leite dele já aumentou de doze para treze. Ele vai crescer muito melhor agora que está perto de mim. Vou fazer tudo que precisa para dar certo.	56- Proximidade com o bebê aumenta a confiança na recuperação	1
As pessoas dizem como ela passou a noite... Mas eu fico pensando: Será se é verdade? Eu fico na dúvida.	57- Desconfiança do cuidado prestado na UTI	4
[...] É medo de na hora ela não ficar bem, de não saber bem colocar na incubadora. A mulher a tirou e botou no meu braço, pra eu segurar [...] Tive prazer de pegar nela, mas ao mesmo tempo senti medo. Ela era tão pequenininha [...] pensei: [...] será que vai [...] causar algum problema?	58- Impossibilidade materna de seguir a prescrição da equipe	3
[...] tenho uns medos que acho que nem é bom falar. [...] não é bom dizer certas coisas. Não é bom nem pensar. Pensamento ruim é melhor afastar.	59- Pensamentos negativos da mãe	2
[...] ela reagiu. Eu vi que ela era pequena, mas era forte. Eu sabia que ela ia conseguir sair daquela situação. E consegui como eu pensei.	60- Percepção da vitalidade do bebê	1
[...] dizem que tudo que a gente sente a criança sente. Eu fazia tudo pra não chorar, mas não tinha jeito, eu não tinha como segurar. [...] eu chorava [...]	61- Dificuldade de conter o desespero	1
Desde esse dia que ela foi para meus braços pela primeira vez que perdi o medo. Passei a ter mais contato com ela e pronto, o medo acabou. Eu tenho outro filho, de dois anos e seis meses e por causa dele pensava muito em ir para casa. Mas desde esse dia que não penso mais. Só penso em estar logo direto com ela, lá no Canguru. [...]	62- Contato físico íntimo com o bebê fortalece a vontade de cuidar	2
Até porque minha infecção... Foi comprovado por exames, que não atingiu meu filho. Ele não precisou ficar em aparelhos. O problema dele é a questão do peso. Por isso eu estou tranqüila, cuidando dele.	63- Exclusão materna de culpa pela prematuridade	1
Eu não tinha o que fazer [...] Eu só recebia notícia ruim [...] O hospital deu minha alta, eu não tinha onde ficar. Fui para casa. Eu conversei com a doutora, expliquei a situação. Ela ficou com pena porque minha filha estava tomando somente meu leite pela sonda.	64- Sentimento de impotência diante da prematuridade	1

É uma experiência [...] Assim, de aprender. A gente aprende muita coisa quando tem um filho assim. Só lembro que minha mãe quando se zangava comigo dizia que eu só ia aprender quando fosse mãe [...]	65- Prematuridade como castigo	1
Eu fiquei preocupada... Mas aí, a enfermeira colocou minha filha nos braços e embalou. Aí, ela se aquietou [...] achei bom que ela se acalmasse, porque estava preocupada com aquela zanga dela. [...] Eu não podia nem botar ela no braço. Foi a enfermeira quem acalmou...	66- Substituição da mãe pela equipe	2
[...] Eu me senti uma mãe de verdade. Não tive medo, nem nada. Senti que ela era minha. Eu não estava pegando na filha de ninguém, mas na minha.	67- Apropriação do papel materno	1
Eu só não me desespero porque aqui tem gente que é muito legal comigo. A doutora dela me dá muita força [...] Ela me anima, diz que tudo está bem, que ela agora só precisa crescer, brinca com ela [...] Ontem ela perguntou se eu queria ir para o Canguru. Mandou que eu fosse lá visitar [...]	68- Vínculo com a equipe como suporte para a mãe	3
[...] Nessa posição num instante ele dorme, todo relaxado. Umas coisas ele gosta, outras ele não gosta [...] Ele não gosta de ficar com a barriga para cima. As meninas às vezes botam assim, mas ele detesta.	69- Compreensão da linguagem do bebê	1
Pela cara dele... Fica fazendo careta. Também ele fica se mexendo, inquieto... Dá logo para ver. Quando eu mudo a posição para o jeito que ele quer, ele fica bem calminho. Eu noto que ele fica melhor. [...] Tem uma enfermeira que nota também. [...] Tem outras que não acreditam nisso.	70- Olhar materno atribui subjetividade ao bebê	1
Elas acham besteira, pensam que a gente fica inventando coisas. Mas não é isso. Como é que uma mãe não vai saber mais do que ninguém das coisas do filho? A gente sente as coisas do filho da gente no ar. [...] tem que ser a mãe ou que estar prestando atenção para notar certas coisas [...]	71- Equipe não reconhece a intuição materna	1
[...] Como o caso de uma amiga minha. De manhã, ela notou que o neném dela estava diferente. Aí, não teve coragem e me pediu para eu perguntar a doutora que tinha examinado o filho dela se ela tinha achado alguma coisa. A doutora disse que estava tudo bem, mas não estava por que ele teve uma apnéia logo depois do almoço, quer dizer que a mãe notou antes, muito antes, que tinha alguma coisa errada.	72- Sensibilidade materna capta os sinais do bebê	1
Que ele vai sair daqui do hospital com saúde, que vai crescer direito, sem problemas. Só com as coisas normais de criança, como gripe, por exemplo. E não desse jeito, assim, de prematuro.	73- Esperança materna de bom prognóstico	1
Eu digo que ele vai viver bem com saúde, feliz... Mas nem sei se ele ouve... Ele fica só dormindo.	74- Falta de comunicação entre a mãe e o bebê	1

Anexo G - Síntese das unidades de significado (US) das entrevistas do grupo Tradicional – entrada (TE)

Trechos das entrevistas sugestivos do significado	US - TE	O
Por um lado estou feliz de ter tido ele, mas ao mesmo tempo eu não queria estar passando por essa experiência...	1- Sentimentos positivos maternidade e negativos pela prematuridade	6
O filho ficar assim, separado da gente, é horrível. Ir para casa todo dia deixando ele aqui... Ave Maria! Rezo para chegar o dia de levar ele para casa. Aí, sim, vou cuidar dele de verdade.	2- Ressentimento pela separação do bebê	13
Ficar mais à vontade, poder pegar [...] Pedindo às auxiliares, acho que pode. Elas deixam [...] Ontem eu vi uma mãe que pediu e a auxiliar deixou.	3- Necessidade da autorização da equipe para o exercício do cuidado materno	10
É tão chato! É ruim demais. Não sei nem explicar como é que eu me sinto. É muito difícil, é difícil demais a gente entrar ali dentro e vê nosso bebê com aqueles aparelhos, sem a gente nem poder pegar neles	4- Falta de liberdade de pegar o bebê nos braços	3
[...] eu pensei. Mas sinto medo [...] Eu não sei. De acontecer alguma coisa errada. <i>(ao pegar o bebê nos braços)</i> .	5- Medo de prejudicar o bebê	7
Dizem que a gente não entende a criança, mas a criança entende a gente. Foi o que a doutora falou.	6- A equipe faz a intermediação da relação mãe-bebê	2
Que a gente deve conversar e brincar com o bebê, que é bom para ele, que ele entende.	7- A equipe faz a prescrição de um modelo de cuidar	8
Eu acho que a criança sente falta da mãe [...] Eles se sentem seguros com a mãe perto [...] Estava acostumado na barriga, sabe que aquela é a mãe.	8- O bebê tem necessidade da presença materna	8
[...] Quando boto minha mão dentro [...] eu pego na mão dele, assim, ele aperta meu dedo, sorri. Eu olho para a respiração [...] É normal [...]	9- Mãe e bebê têm modo próprio de interagir	2
[...] São coisas que acontecem [...] A gente quando tem um filho assim... Bem, a gente fica com um pouco de medo, não é? Fica insegura...	10- Prematuridade traz insegurança para a mãe.	6
Meus outros dois filhos... Eles também nasceram prematuros [...] Eu sei que no começo é assim mesmo... Muito difícil [...] É o terceiro que nasce assim [...]	11- Dificuldade de ser mãe de um bebê prematuro.	4
Mas depois a gente vai criando gosto e toca pra frente. [...] Com o passar dos dias vou melhorando, vou me acostumando. [...] quando tiram da gente que a gente olha e vê aquela coisa bem miudinha, não se sente segura não, mas vai passando o tempo e melhora.	12- Necessidade de adaptação à prematuridade.	5
[...] Procuro não chorar [...] Eu sei que é bom assim, só que no começo era difícil e eu não conseguia. Ficava só pensando e chorando.	13- Pensamentos negativos da mãe	1
Agora ainda penso, mas é diferente porque sei que ela não corre mais perigo [...] é só esperar ela crescer.	14- Estabilidade clínica inspira confiança na sobrevivência do bebê.	7
Eu estou vindo todo dia, bem cedinho chego. Vou para o banco de leite e tiro leite. Não tem muito não, mas tiro, não dá para a dieta toda. É preciso mais do que eu tiro [...] Também nunca consigo deixar para a noite [...]	15- Necessidade da mãe de validação do papel materno.	14
O fato de ele já ter saído do aparelho, ter ficado sem nada e agora já ter voltado para outro. Eu fico preocupada com ele por isso [...] depois que eu o vi voltando assim pro aparelho, eu pensei, sei lá, que ele vai ter óbito [...] Tenho medo de acontecer o pior [...] ele estava tão espertinho!	16- Instabilidade clínica gera dúvidas quanto à sobrevivência do bebê.	6
Eu não sei por que ele piorou. Vou perguntar hoje à doutora. [...] É ela que sabe e me explica. Mas estava tudo bem com ele, não sei por que isso. Eu ainda não sei por que as enfermeiras nunca	17- Dificuldade de sintonia com o bebê.	6

dizem, elas esperam que a médica diga.		
Eu choro por causa disso, porque a única coisa que passa por mim, pela minha cabeça, é só chorar. Não tem outra coisa pra fazer não.	18- Sentimento de impotência diante da prematuridade.	5
Ontem a enfermeira até botou ele para um lado porque eu pedi [...] logo depois [...] quando eu voltei, ele já estava de novo daquele lado. Ela até chegou pra mim e disse: “olha aí, eu disse pra você que ele não gostava de ficar do outro lado, só fica desse jeito”.	19- Submissão do saber materno ao saber da equipe.	5
Ela disse que ele virou de lado sozinho [...] Achei interessante esse jeito dele tão pequenininho virar, sozinho, a cabeça, nunca tinha visto [...] Elas sempre mudam, mas ele volta pra posição que ele mais gosta, elas dizem que ele vai por ele mesmo, entende?	20- Desconfiança do cuidado prestado na UTI neonatal.	5
Ele é bem esperto, mas tem hora que preguiçoso. Só penso em quando é que ele vai sair dali... Estou louca pra cuidar dele.	21- Desejo de cuidar sem a intermediação da equipe.	7
Senti uma coisa tão diferente... Não sabia o que fazer. Você poder pegar no seu próprio filho!	22- Dificuldade em atender à requisição súbita da equipe para desempenhar o papel materno.	4
[...] fiquei com muito medo porque ele estava sem nada. Não estava nem com aquele aparelhinho do pé dele que deixa a gente ver a respiração dele, os batimentos... Sem isso no pé, eu fiquei com medo de segurar ele [...]	23- Necessidade de intermediação da tecnologia.	5
[...] Na reunião, a enfermeira disse que a gente não entende os bebês, mas eles entendem a gente... Não sei... Acho que pode ser assim para as outras. Eu entendo o meu. Sei que ele sabe quando eu chego... Ele aperta meu dedo. Eu sei como ele se sente.	24- Estabelecimento de comunicação entre mãe e bebê.	2
[...] Nesse dia em que foi para meus braços ele ficou só dormindo [...] ficou como eu fiquei [...] tensa, não deu pra ver direito [...] ele ficou quietinho, não abriu os olhinhos, não apertou minha mão.	25- Mãe constitui o bebê como pessoa.	2
Isso me deu mais medo e eu pedi a enfermeira pra guardar ele. Ela disse: “Já? Tão pouco tempo! Como foi rápido!”.	26- Censura da equipe à mãe.	4
Antes de ter alta [...] eu acordava várias vezes de madrugada, ia lá à UTI e olhava como ele estava. A criança sente a presença da mãe. As enfermeiras dizem pra gente não se preocupar que de noite elas estão aqui também e cuidam deles. Eu sei que elas são boas [...] que elas sabem pegar até só com uma mão, mas me preocupo.	27- Habilidade da equipe não se sobrepõe ao cuidado materno.	1
Iniciei um tratamento [...] depois de tudo foi que engravidei. Eu tive o maior cuidado. Queria ir para outra maternidade, perto de casa, que minha mãe tem acesso a entrar na sala de parto. [...] não foi como pensei. Vim para cá porque era prematuro. Fiz cesárea. Era preciso ter um lugar para o meu bebê na UTI.	28- Prematuridade gera um sentimento de decepção na mãe em relação à maternidade.	2
[...] mas agora de manhã, a fonoaudióloga [...] botou ele no meu peito e ele mamou [...] Já fui lá e conversei com a auxiliar de lá, ela disse o que precisa e tudo. Não pensei nem duas vezes.	29- Desejo de retomada do curso natural do cuidado com o bebê	8
Em primeiro lugar está meu filho. Se for bom para ele... Meu esposo, eu liguei para ele há pouco, quer que eu vá [...]	30- Disposição materna de priorizar sua permanência junto ao bebê	3
As enfermeiras nunca dizem nada. Sempre tem que esperar a médica dizer. Tinha vezes que eu pensava até besteira, mas agora.	31- Falta de informação por parte da equipe leva à angústia	2
O (cuidado) dos médicos e das enfermeiras pode até ser (verdadeiro), mas o da mãe não [...] A gente entra e sai da UTI, pergunta, faz essas coisas... Aqui a gente não se sente à vontade.	32- Impossibilidade do cuidado materno na UTI neonatal	7
Não sei explicar. É muito chato. Eu vou para casa chorando todo dia. Não sei como foi acontecer isso comigo.	33- Dificuldade de aceitar a prematuridade	7

Tem delas que diz pra gente descansar em casa, mas eu não tenho vontade de nada. Nem de comer, nem de ir para casa ficar com meu marido, nem de comprar roupinhas pra ela [...] Ainda falta muita coisa [...] Nasceu antes do tempo... Meu marido disse que eu tenho que ter cuidado para não ficar doida por causa disso. Ele disse que eu só penso nisso [...] vou para casa de noite, tarde, não durmo direito, fico só esperando o dia amanhecer para vir para cá.	34- Alterações emocionais maternas devido à prematuridade	4
[...] meu marido e da família dele. Sabiam que minha gravidez era de risco. Eles ficavam me fazendo raiva. Isso fazia mal pro bebê. Eu já disse para ele. Se meu bebê morrer, eu nunca vou perdoar a mãe dele [...]	35- Necessidade de explicação para o parto prematuro	9
[...] não fiquei lá nem uma hora, vim de volta ontem mesmo. Era de noite, eu fiquei muito nervosa e ansiosa [...] porque eu estava com ele. Tive medo de ele ficar roxinho quando estava comigo. Ai, eu me alarmei. Disse que não dava certo ficar lá, me desesperei e elas o trouxeram de volta [...]	36- Medo de cuidar do bebê	1
Venho, mas só para chorar. E nem pode ficar chorando perto da criança... Ela sente [...] Elas aqui que dizem que a criança sente a tristeza da mãe. Tenho medo...	37- Medo de passar tristeza para o bebê	3
Eu só não fiquei mais desesperada porque estava com minha mãe e com meu esposo. Eles vieram comigo na ambulância [...] minha mãe está aqui me dando força. Eu ainda estou com a pressão alta e por isso ela pode ficar comigo. Só estamos firmes ainda pela vontade de Deus. Eu peço tanto a Deus que salve meu filho que é para a gente poder ir para casa. Não tem nada melhor do que a gente mesma cuidar do filho da gente não.	38- Necessidade do apoio familiar	7
Eu estou muito tranqüila, mesmo com meu filho estando na UTI [...] se ele tivesse ido para casa quando eu fui ele não teria o mesmo tratamento [...] eu me sinto bem de ele estar aqui [...] está sendo bem cuidado por todos, mesmo quando eu não estou aqui.	39- Confiança nos cuidados da unidade neonatal	5
Ele está aqui porque precisa de cuidado para crescer e se desenvolver. Ele nasceu prematuro [...] Já eu fui embora porque não podia mais ficar. [...] É assim que as coisas acontecem. Ninguém tem culpa [...] tive antes do tempo por causa de raiva. Eu tenho culpa de ter raiva?	40- Aceitação dos limites impostos pela prematuridade	5
[...] fui chamada. Eu ia. Minha mãe ia ficar com meus filhos para eu ir... Mas meu pai adoeceu e ela não pôde mais. Ai, não fui. E agora estou assim.	41- Dificuldade de conciliar os outros papéis com o de mãe de prematuro.	3
[...] chego, vou ao Banco, venho para cá e fico por aqui um pedaço. As meninas botam para eu pegar nele. E elas dizem que precisa eu me dedicar a tirar mais leite.	42- Aceitação do cuidado materno mediado, prescrito	5
Eu não me sinto bem aí dentro da UTI. É muito complicado. Tem umas delas aí que são legais e explicam as coisas, mas tem umas que a gente pergunta as coisas e elas fazem questão de não dizer.	43- Dificuldade no relacionamento da mãe com a equipe	5
Elas cuidam, mas de uma maneira grosseira. Automática. Tiram o pano de uma vez, não olham para a criança direito, nem falam com ela. O jeito de pegar [...] não são todas assim. [...] A gente precisa ser bem tratada pelo que a gente passa quando tem um prematuro.	44- Inadequação do cuidado prestado ao bebê na unidade neonatal	3
Agora estão dizendo que ela poderá ter problemas nos olhos... Não sei. Tenho que me preparar até para ela cegar... É muito triste [...]	45- Medo das seqüelas da prematuridade	4
Eu tenho esperança [...] Ela não ficou nem no respirador [...] ficou por três dias no CPAP e dois dias no circulante que não é perigoso. Foi pouco tempo de oxigênio, dizem. Sei que tem casos que ficam bons com cirurgia [...] estou rezando para ela não ter nada não [...]	46- Esperança de bom prognóstico	2
Não sei [...] Elas amornam a água... Acho que porque ele é	47- Cuidado materno é	4

pequeno, não gosta [...] Eu fico pensando... Se fosse comigo, será que ele chorava tanto? [...] podia chorar menos comigo, não é?	insubstituível	
[...] Estou cansada, com saudade, querendo ir para casa. (Chora copiosamente, com soluços) Eu moro no interior, é muito longe, quero sair o mais rápido que puder para ir para casa. É muito ruim estar longe de casa.	48- Necessidade das referências habituais	2
Agora, só saio daqui com ele, sem levar ele eu não saio de jeito nenhum. Não aceito essa história que tem aqui de ir para casa e ficar vindo todo dia não. E a noite, que é do mesmo tamanho do dia, a criança fica só? Não, eu não. [...] Eu só saio daqui com meu filho nem que tenha que esperar muito.	49- Não aceitação de nova separação do bebê	3
Eu me sinto [...] segura, mas ao mesmo tempo [...] não tenho total autoridade sobre minha filha. Não tenho poder de decisão. Mas estou segura porque se vier a acontecer alguma coisa [...] posso contar com as pessoas que estão a serviço para ajudar.	50- Mãe divide com a equipe o cuidado com o bebê e a autonomia materna	2
Fiquei impressionada, mas sei que não é grave. Lá no Canguru tem criança que tem até canal. O menino da minha amiga está lá. Ele tem canal, mas está mamando. Vai embora amanhã. A minha está, também, mais espertinha. Dorme menos. Até já olha para as coisas.	51- Comparação da situação do filho com a de outros bebês acalma os temores maternos	2
Eu penso que é de ajudar. Devia ser [...] Mas a gente, às vezes, não se sente bem com o jeito de algumas delas [...] A gente se sente julgada por elas. Parece que elas pensam que talvez a criança não mame porque a mãe não dá muito o peito. Que a mãe é muito tensa [...] É como se a culpa fosse da gente [...] eu fico pensando comigo: Tenho tanta boa vontade, imagina se eu ia querer atrapalhar o desenvolvimento de minha filha [...] Será que elas não vêem isso?	52- Falta de compreensão e empatia da equipe para com a mãe	3
A doutora até me perguntou se eu não queria ir para o Canguru. Querer, eu queria, mas não posso [...] Venho todos os dias. Chego entre sete e oito horas, fico até cinco, seis da tarde, mas ficar direto eu não posso. Eu sei que seria muito bom para ele. Tinha muita vontade de ficar direto com ele no Canguru, mas não posso.	53- Impossibilidade materna de seguir a prescrição da equipe	4
Eu fico aqui direto na UTI, converso com ele, vou ao banco de leite para tirar leite. Mas ainda sai tão pouco! Quase não sai nada. Também ele não mama ainda, está com 1195. Mas ele vai mamar quando chegar o tempo. Quando vou à noite para casa, vou com a certeza de que ele está ficando bem, sendo bem tratado. Se não fosse assim, eu não iria. Não deixaria meu filho aqui se não tivesse certa de que isso é o melhor para ele.	54- Desenvolvimento de um modo próprio de cuidar	4
Tem gente que faz uma confusão disso... Eu não. Não acho estranho. Meu parto foi tão rápido [...] Eu achei foi bom ele ter nascido logo. Eu não me sentia bem. A gravidez... Tinha muitos inconvenientes [...] Por isso eu não achei muito ruim ele ser prematuro não... Nasceu sadio, não foi para nenhum aparelho. Está tudo tão bem com ele [...] Agora vai para o peito.	55- Negação dos problemas da prematuridade	1
Eu fico muito emocionada. <i>(quando o bebê responde ao contato)</i> Fico com vontade de levar ela para casa para ficar todo tempo junto com ela.	56- Contato físico com o bebê fortalece a vontade de cuidar	1
[...] os pés dela podem não ser muito normais [...] fico tão assim que nem tenho condições de pegar nela [...] É ruim ficar assim perto dela. Fico agitada e ela também [...] Tenho medo de ter prejudicado minha filha [...] fico assim sem me controlar, só chorando... Melhor deixar para chorar quando vou para casa à noite, pelo menos não passa coisa ruim para ela.	57- Sentimento de culpa	5
[...] Acho que elas não sabem. Ninguém diz como é. Acho que nem faz parte do trabalho delas ensinar para as mães a fazer nada não. A gente que fique atenta para aprender [...] Eu já	58- Falta de uma atenção dirigida à mãe do bebê prematuro na UTI neonatal.	2

aprendi muita coisa que não sabia, só de ficar olhando. A mãe tem que aprender as coisas para cuidar do filho quando for para casa. Não pode ficar na UTI sem fazer nada.		
Eu procuro fazer amizade com as auxiliares que cuidam do meu bebê, para elas me ajudarem e orientarem. Falo muito com elas, pergunto. Gosto de seguir o que elas dizem. Também se tiver alguma coisa que eu não entenda ou que eu ache errada, como foi o caso da fralda, eu digo logo, não guardo para depois.	59- Necessidade materna de manter diálogo com a equipe	3
Elas orientam a mãe que está tonta, tonta, tonta. Parece que nem é com ela, coitada, nem existe.	60- Sentimento de alheamento	1
Elas dizem para a gente vir todo dia. Não sei para quê. A criança não depende da gente. Na verdade tanto faz.	61- Sentimento de inutilidade	1
Ficar aqui perambulando por esse hospital, sem ninguém da gente. O pessoal aqui é esquisito. As doutoras, as meninas [...] As outras mãezinhas [...] elas não falam comigo [...] Eu me sinto muito só, com vontade de ir para casa. Depois voltarei para ver meu filho... Ele tem que ficar aqui, não pode ir comigo.	62- Sentimento de solidão	1
Na minha família nunca tinha tido prematuro [...] As coisas quando têm de acontecer acontecem. Eu nunca esperava ter um filho prematuro. É muito esquisito.	63- Prematuridade com algo inesperado	3
Um dia uma auxiliar daqui que é lá da minha terra me viu chorando e veio falar comigo. Eu disse a ela que estava para ir embora sozinha, mas ela me acalmou, disse que meu filho precisava de mim, que eu esperasse para ir junto com ele. Eu vou esperar [...]	64- Vínculo com a equipe como suporte para a mãe	1
Até cheguei, no começo, a ter uns pensamentos não muito bons [...] Sobre a sobrevivência dela.	65- Medo da não sobrevivência do bebê	3

Anexo H - Síntese das unidades de significado (US) das entrevistas do grupo Canguru – saída (CS)

Trechos das entrevistas sugestivos do significado	US - CS	O
Eu tenho outra filha [...] mas eu me apeguei mais, muito mais a essa. Não sei por que. Eu me apeguei muito a ela.	1- referência sobre o apego ao bebê	3
[...] agora que vou mesmo pra casa, estou tão insegura. Acho que é por causa desse apego que tenho medo que aconteça alguma coisa. Fico com medo de não saber cuidar direito. Ela pode ficar sufocada? Não respirar direito de novo?	2- alta como momento de insegurança e ansiedade	5
[...] Ela se saiu muito bem aqui. Mas é que aqui é um hospital [...] A gente se sente segura porque aconteça o que acontecer a gente já está aqui. Diferente de estar em casa. Acho que vou ficar muito tensa...	3- falta de confiança na superação dos problemas da prematuridade	4
[...] Não vou ter coragem de dizer às pessoas que é melhor não ter visita [...] É tão pequena e frágil. Se alguém estiver com gripe ou com dor de garganta, e ela pegar [...] Mas o pai dela disse que pode deixar que ele cuida disso. Se precisar bota mesmo as visitas pra fora. Disse que se for para o bem dela, fará pior que isso [...]	4- plano de proteger o bebê dos riscos	3
Era bom se não fosse assim, se fosse normal, mas Deus não quis.	5- não aceitação da prematuridade	2
Eu tenho que ficar é alegre. Vê-la do jeito que eu vi e agora está tão bem. Cheguei até a pensar que... Nos momentos mais difíceis, eu tive medo. Sonhava com a chegada do dia de hoje. Arrumar nossas coisas e levar ela para casa. Por isso não posso reclamar de nada. Só ela ter reagido e estar assim já é a maior vitória.	6- alívio pela superação da prematuridade	5
Ela já se vira, acompanha a gente com os olhos. Uma coisa que ela não gosta é de agitação. Não gosta de jeito nenhum. É muito sabida. Faz umas carinhas. [...]	7- reconhecimento materno de progressos no desenvolvimento do bebê	3
Quero que ela cresça, seja danadinha, esperta, faça as coisas que todas as crianças fazem. Quero esquecer que um dia ela esteve dentro de uma incubadora. (choro) Ainda tem perigo de alguma coisa? [...] Às vezes ela está dormindo e respira não sei como, mais apressada, dá suspiro. Eu fico olhando, fico olhando [...]	8- prematuridade como ameaça à vida do bebê	5
[...] essas coisas (relativas à insegurança da prematuridade) são tão fortes que não me controlo. Queria ir pra casa sem pensar nessas coisas. Estou de um jeito que por qualquer coisa choro. Acho que só vou melhorar quando passar o tempo e essas coisas se apagarem da minha cabeça. Ir para casa vai ajudar muito.	9- susceptibilidade emocional materna maior que o normal	3
[...] se está em casa é porque tudo vai bem [...] Meu marido é bom. Vai cuidar de tudo. Ele diz que ela é como uma jóia, não quer nem que ela chore. Eu digo que é preciso chorar um pouco para abrir o pulmão, mas ele não acha isso. Vai ficar é bem criada se for assim, não é? Não quero que ela seja a fraquinha, quero que ela seja sapeca, desobedeça e leve carão.	10- volta à casa como prova de normalidade	3
Como ela está só mamando, não tem motivo para ficar descaída.	11- convicção da mãe das vantagens da amamentação	10
(a criança) Vai ser forte. Dizem que quando a criança completa um ano, ninguém mais nota que ela nasceu prematura.	12- esperança de boa evolução	3
[...] estou mais tranqüila que quando cheguei aqui (no Canguru). Tinha muito mais medo antes. De tudo. Agora cuido dela como se fosse um bebê normal mesmo. No começo quando eu ia dar o leite no copinho, ela se engasgava e eu ficava muito aflita. Agora não, isso não acontece. Também, fiquei aqui duas semanas, é muito tempo. Mas pelo menos perdi o medo de acontecer tanta coisa. [...]	13- adaptação da mãe à prematuridade	3

Mama demais! Eu vou dormir já de manhazinha. Ela quer ficar todo tempo acordada, fico muito cansada. Ela está muito acostumada no braço. Muito manhosa. Fica só mamando. Quando penso que ela dormiu, não, quer mamar de novo. Coloco no peito. Se urinar, pronto, já quer mamar de novo e eu tenho que obedecer. [...]	14 - amamentação como desgaste para a mãe	1
A sorte é que em casa vai ter quem me ajude. Eu vou ficar só cuidando dela. Tem minha mãe e minhas irmãs lá.	15- necessidade do apoio da família	2
Tenho mais dois filhos. Um ainda muito pequeno. Eu sei que vou ter que cuidar dele um pouquinho, dar comida, dar um banho, mas vou ficar mesmo é cuidando dela, dando mama, trocando as fraldas.	16 - conciliação entre o cuidado com o bebê e com os demais filhos	2
Eu só tenho que me preocupar agora com o dinheiro pra vir para o retorno. Não sei como vai ser isso. A doutora assistente social falou com o pessoal da Secretaria de Saúde de lá, para o carro vir me trazer e me deixar, pronto. O mais difícil vai ser acordar cedo com ela. Tenho medo que o carro me traga, me deixe aqui e não passe de novo pra me levar.	17- dificuldade de retornar ao ambulatório devido às condições financeiras/distância	3
Se não fossem essas coisas... Se fosse só cuidar dela, o cuidado mesmo, sabe, eu acharia bom... Devo me lembrar que está tudo bem com ela, ela está mamando, [...] está ainda querendo ficar no Canguru. Mas tem o clima. O clima lá é muito quente [...] Tomara que ela se dê lá, fique aceitando as coisas, direitinho. Vai dar certo. Eu pensei que ela não ia se dar aqui no Canguru, que ia dar trabalho, e não deu.	18- desgaste materno de cuidar de prematuro	5
Ela é forte, não parece, mas é. Nunca pensei que um dia eu fosse ter uma criança prematura e quando vi ... ai... desde que eu estava grávida, eu vi, pelos sintomas, que alguma coisa estava errada. Mas ela é forte. Venceu.	19- superação da prematuridade pelo bebê	4
Era um enjôo forte, muito forte mesmo. Eu não aceitava comida, não conseguia ir trabalhar [...] ficava direto me levantando e indo no banheiro. Enjôo, dor de cabeça. Tenho pena dessa menina por tudo isso. Tive tanta coisa, passei cada momento. Dos outros não foi assim. Tive tantos aborrecimentos com o pai dela. Ele não queria a gravidez, não foi planejada.	20- sentimento de culpa pelo parto prematuro	3
Eu também, no começo, fiquei um pouco assim, mas reagi. Pensei: será bem vinda! E foi. É uma menina e eu só tenho filho homem. Eu tinha vontade de ter uma menina... Não agora, agora eu não queria, mas pensava em um dia ter. Mas já que veio, eu cuido. Preferia um outro momento em que eu estivesse mais tranqüila.	21- aceitação da gravidez inesperada	1
[...] Agora estou separada do pai dela. Vou ter logo, logo que voltar ao trabalho. Não vou nem dar só mama muito tempo, pois vou voltar a trabalhar [...] Saio de casa sem comer, só com um cafezinho e só lá pra 12 horas é que vem o almoço. Depois disso, só vou comer lá pras 5 horas. Nem mesmo que eu quisesse, não dava, eu não ia ter leite, o tanto que ela vai precisar daqui pra lá... Ela mama, viu, muito e daqui a um mês? Nem se fala. Se ela fosse ficar só na mama, não ia dar certo não. Ela mama muito. Eu também não vou tirar de uma vez, vou ficar dando o leite e a mama [...]	22- incompatibilidade entre o trabalho e a amamentação/cuidado com o bebê	2
Está bom e não está [...] Ela está crescendo, mas eu já vou é embora, mesmo sem ela estar mamando.	23- apreensão pelo bebê não está mamando	1
[...] Meu leite é muito pouco. Ela fica todo tempo chorando. Eu boto no peito, ela mama, mas não satisfaz a fome dela. Ela chora muito. Eu tenho que estar com ela no braço o tempo todo. Não adianta, vou pra casa.	24- dificuldade em manter somente a mama	2
As coisas do jeito que são. Ela está bem, está ganhando peso, está se recuperando bem. Ela gosta de tomar leite e a mama é	25- aceitação das limitações da prematuridade	1

pouca.		
Não sai nada, sabe? O mais que eu consegui desmamar foi 20ml. E quando ela mama, também não sai porque ela fica chorando. Eu tenho que dar logo o leite porque ela já sabe que não sai, aí nem quer pegar, é a maior confusão. Eu não vou mentir.	26- redução na produção de leite	3
Fica a maior confusão aí dentro por causa disso (processo de amamentação). Eu não tenho leite, está certo, mas ela também não quer mamar [...] As enfermeiras e as doutoras acham muita coisa que não é [...] Tem criança que não quer mamar. Pronto. Vai fazer o que? Não quer e pronto, tem outro jeito. Se não tivesse, mas tem.	27- falta de compreensão da equipe da UTI	2
[...] Estou preocupada é com outras coisas (não mais com o crescimento) [...] Teve aqui uma doutora que disse que a vista dela está, assim, desviando um pouco [...] Disse que tem que observar. Tem que ficar indo fazer exame de vista. [...]	28- medo das seqüelas da prematuridade	2
Eu vou fazer tudo direitinho, do jeito que é para ser. Se for pra levar pro médico, eu levo, faço os exames... É a minha parte, o resto é com Deus.	29- desempenho do papel materno	1
Está sendo ótimo. Estou muito alegre porque nós recebemos a alta.	30- alta hospitalar como momento de felicidade	8
É maravilhoso estar indo para casa. Eu vou cuidar dele sozinha em casa. A única coisa que eu vou fazer é cuidar dele, nada mais, somente cuidar dele.	31- alta hospitalar como momento de apropriação plena do papel materno	1
Banhar ele bem direitinho, dar a comida direito, botar soro no nariz dele, dar o remédio dele direito, nos horários. Outra coisa: não vou nem lavar os panos dele. Vou mandar outra pessoa lavar. Eu vou cuidar só dele. Por isso que tudo dele sempre deu bem certinho aqui, por que eu nunca deixei de cuidar dele.	32- pretensão de dedicação exclusiva ao bebê	6
Se bem que quando ele estava na UTI eram elas que cuidavam com as mãos delas. Mas agora quem estava cuidando aqui (no Canguru) era eu com minhas mãos [...] Ele está muito melhor aqui e é por isso: porque sou eu que estou cuidando dele.	33- realização do cuidado materno na enfermaria canguru	11
Eu sou a mãe. Ele percebe a diferença. Quando estou cuidando dele e me afasto um pouco para pegar alguma coisa ele arregala os olhos e fica procurando. Quer saber onde é que eu estou. Quando escuta minha voz ele fica olhando pra cima, procurando. Não aconteceria isso se fossem outras pessoas.	34- reconhecimento da presença materna pelo bebê	3
Estou tranqüila depois que vim para o Canguru. Não acho mais tão difícil não. Sei tudo que é pra fazer. Do jeito que aprendi aqui, vou fazer em casa. [...]	35- aquisição de segurança na enfermaria canguru	10
[...] banhar na hora certa, do jeito certo, dar os remédios dele na hora certa. A mama do mesmo jeito, de duas em duas horas. Quando chega a hora ele já está chorando, aí eu dou o peito. Sei que ele vai dormir um pouquinho [...] depois acorda [...] Se ele chorar antes da hora, aqui a ordem é pra dar [...] Então em casa eu vou dar também. Ele não espera! Se ele estiver dormindo, eu deixo, mas não posso ultrapassar muito da hora. Deixo dez minutos, quinze. Aí, se passar, acordo ele e dou o peito.	36- efetivação do cuidado de acordo com a demanda do bebê	4
[...] Às vezes quando boto no peito, ele dá uma pegadinha e dorme de novo. Nessas horas eu acho que é porque ele não está com muita fome. Quando está com fome mesmo eu sei. A barriga fica seca, lá dentro. Fica inquieto. Aí, quando eu dou, ele fica com a barriga bem cheinha e, aí, já termina o peito dormindo.	37- interpretação dos sinais emitidos pelo bebê	4
É sinal que tem saúde [...] Menino é para ser danado mesmo. É pra correr, pular, brincar. Dar trabalho à mãe. O menino que está aqui vizinho é quietinho. Só faz dormir todo tempo. O meu	38- observação de sinais de saúde no desenvolvimento do bebê	2

não, já é danadinho. Não pára quieto. Sobe e desce. Tem hora que não quer mais nem ficar no Canguru. Eu boto na cama, aí sim, se acalma, mas os olhos ganham o mundo. Presta atenção em tudo!		
Melhor que lá (na UTI). Foi aqui (no Canguru) que eu me salvei de ir embora deixando meus filhos aqui.	39- diminuição da separação entre mãe e bebê na enfermaria canguru	4
Não sei o que ia ser de mim com essas crianças prematuras se eu não tivesse passado por aqui. Aprendi muito, estou segura, sei dar banho, sei ver o que está acontecendo com meus filhos.	40- aprendizagem do cuidado com o prematuro na enfermaria canguru	15
Está sendo muito bom. Ele está ganhando peso, mamando. Já vamos para casa.	41- aumento de peso e estabelecimento da amamentação como critérios de alta	1
Precisei ficar internada aqui. Os médicos todo dia iam me visitar na minha cama. Eu começava a chorar [...] Porque não sabia o que ia acontecer.	42- início dificultado pela incerteza	1
[...] deu tudo certo. O doutor estava certo. Ele ficou só por oito dias na UTI, nem chegou a usar aparelho.	43- ênfase na evolução favorável do bebê	2
Aqui no Canguru, eu adorei porque ele num instante aprendeu a mamar, ganhou peso. Pronto! Já vamos para casa [...]	44- evolução do bebê como aprovação do método canguru	5
Aqui é muito melhor que lá. É alegre. Minha mãe e minha madrinha vieram visitar, outras pessoas da minha família.	45- alegria e acolhimento da família na enfermaria canguru	1
É bom o pessoal da gente poder entrar. Lá (na UTI), eles nunca nem tinham visto meu filho direito. Aqui eles olham, dão opinião, ficam querendo bem. A gente se sente melhor por isso e passa a cuidar melhor do filho da gente por que tem alegria e esperança. Quando o pessoal chega acha que o neném cresceu, que está mais gordo, fica aquela rodinha da família. Quando tem uma preocupação todo mundo sabe, a família da gente se preocupa. Estou cuidando dele de verdade agora. Aqui é mais bem cuidado do que lá.	46- inserção do bebê em sua família na enfermaria canguru	1
[...] Quando chegar à minha casa, não vou poder mesmo amamentar muito tempo... Eu não resisto. A senhora sabe como é vida de pobre, não tem como criar filho nos peitos. A gente não passa bem.	47- dificuldade de amamentar por falta de boa alimentação em casa	1
É assim mesmo. Vou ter que dar um leitinho para ele. Também não adianta mentir. Aqui dizem pra gente dar só mama, mas nem sempre dá certo isso de dar a mama... O leite não farta a criança. [...] Já disse: ele fica chorando. Mas se eu der o complemento, dorme. Está provado. O leite é pouco.	48- conformação da mãe em não amamentar	1
[...] Tem mulher que tem muito leite, mas eu não tenho [...] Dizem que a pessoa ficando nervosa atrapalha... Então, eu tenho tudo para atrapalhar.	49- nervosismo como obstáculo para a produção de leite	1
[...] Estava louca pra voltar logo pra casa. Aqui é bom, tratam a gente bem, mas não tem como a casa da gente [...] eu sou assim mesmo nervosa. Agora estou mais por causa de tudo isso [...] Eu nunca nem tinha saído do meu lugar.	50- mal-estar da mãe por estar longe de casa	1
Aqui está sendo ótimo. Quando lembro daquele dia que a doutora perguntou se eu queria vir para cá fico emocionada. [...] Porque eu disse que queria. Foi muito melhor aqui. Foi ótimo. Adorei! Aqui tudo é fácil, a gente não acha as coisas difíceis.	51-facilitação da tarefa materna na enfermaria canguru	3
Sei que está chegando o dia de ir para casa. Estou mais tranquila porque se vai de alta é porque está bem, não é?	52- alta como certeza da saúde do bebê	4
Acho que é porque na minha mente aqui (no Canguru) não é hospital [...] é tão diferente de hospital [...] não tem aquele cheiro que é de hospital [...] Aqui é mais como uma casa que a gente fica hospedada enquanto aprende a cuidar do filho [...]	53- enfermaria canguru como lugar de acolhimento e aprendizagem	10

[...] Quando cheguei, no primeiro dia aqui no Canguru, foi tão difícil... Ficar com ela aqui... Não consegui nem dormir. Nos outros dias foi ficando melhor. Eu fui tentando, até que me acostumei com a posição de dormir, relaxei. [...]	54- dificuldade inicial com a posição canguru	4
[...] está indo tudo para o normal. Eu sei cuidar dela, não tenho medo de dar banho, de dar os remédios. Sei quando ela está bem, mesmo com o narizinho entupido. Estou me sentindo tranqüila. Tanto que já vamos para casa.	55- saber cuidar como pré-requisito para a alta	8
Durmo tanto, ela que me acorda quando está com fome. Agora ela está mais calma. Passa mais tempo dormindo, chega ronca. Quando está acordadinha, ela já ri. Isso quer dizer que tudo deu certo.	56- entendimento entre mãe e bebê	10
A palavra ir para casa é que é importante. A gente vai para casa, ficar mais junto agora do que nunca [...] Nossa família, ele, o pai dele e eu, vamos ficar juntos finalmente. Já está tudo arrumado, aqui e lá. Pronto. Acabou o pesadelo. Agora foi que ele nasceu, agora vamos viver.	57- alta hospitalar como verdadeiro momento do nascimento	1
Até o dia em que viemos para o Canguru, não. Depois começamos, mas não estava completo. O pai dele não podia vir muito. Eu me sentia só. Agora ele vem buscar a gente. Vamos para nossa casa.	58- falta de aconchego familiar no Hospital	2
[...] Vou cuidar do meu filho, enquanto o pai trabalha. Mas ele vai chegar todo dia para a gente ficar juntos à noite.	59- elaboração de planos para o futuro	4
Tenho que me preocupar com a minha que, graças a Deus, está mamando. É uma benção! Uma grande vitória para mim.	60- sentimento de vitória por conseguir amamentar	4
Não é fácil. Tem hora que a gente pensa que vai fraquejar [...] Desistir.	61- hesitação quanto a permanência no Hospital	4
Quando ela estava lá, separada de mim, a noite eu não dormia, só pensava no que estava acontecendo com ela. Ficava tão preocupada, quase nem dormia.	62- separação entre mãe e bebê vivenciada na UTI como causa de angústia	7
Graças a Deus ela nunca sentiu nada depois que eu vim ficar aqui com ela [...] É porque no começo as meninas dizem para ter cuidado com a postura para ela não dar uma apnéia, ela nunca teve isso não. Eu sei que outras já tiveram, mas ela não. Deu certo demais a gente aqui. Também depende da mãe [...] se a mãe ficar calma, tranqüila, é mais fácil dar certo.	63- resultado também depende da mãe	1
É assim: Lá na UTI é muito diferente. Quando ele estava lá eu ia para lá, mas eu não fazia nada. Eu só via... Elas darem o banho, fazerem outras coisas, mas elas nunca me deixaram banhar como aqui as meninas deixam. Aqui eu aprendi a fazer aquele ninho para ele ficar sem ser se assustando... Lá, elas não chamam as mães para dizer como são as coisas. Nada era ensinado. Aqui eu vou fazendo e as auxiliares ficam perto, elas me dizem o jeito de fazer, é diferente!	64- falta de atenção para as mães na UTI	3
Mas a auxiliar conversava comigo, explicava tudo. Eu chorava com saudade de casa e ela me animava. Ela dizia: Vamos fazer assim... E me ajudava a colocar ele no peito. Ela tinha certeza que tudo ia dar certo. Ela me apoiava. Foi certo tudo que ela disse. Ela dizia para eu relaxar.	65- apoio da equipe do Canguru à amamentação	5
Às vezes ele mamava e não acusava na balança. Ela disse para eu não dar tanto valor à balança, olhar para ele e ver que ele sugou e que não parecia estar com fome. Eu fui aprendendo, sabe, ficando mais calma. Meu leite... Comecei a dar leite. Depois, ele mamava trinta, quarenta, teve vez de mamar quase sessenta... Eu fiquei preocupada nesse dia.	66- equipe do Canguru ensina à mãe a observar o bebê	2
Ela disse que se ele mamou o tanto que ele quis a gente não podia fazer nada. Talvez ele passasse mais tempo para sentir fome. Foi o que aconteceu. Dormiu muito. Mas eu esperei. É bom ir pelo jeito dele mesmo. Aprendi isso e agora está assim. Ele não sente fome de duas em duas horas. Ele às vezes	67- compreensão dos ritmos e sinais da criança	6

demora três, quatro horas. Não adianta botar de duas em duas horas que ele não pega. Se a gente forçar, como quando dava o complemento, ele derrama tudo, deixa cair da boca.		
[...] Estou cansada. Estou achando ruim porque a doutora quer que eu espere para repetir o exame da vista... [...] Eu pedi a minha mãe para falar com a assistente social. Porque se ela ligar pra lá para dizer ao pessoal da Secretaria de Saúde para a ambulância vir me trazer para cá e me levar de volta no dia dele fazer o exame, eu não preciso mais ficar aqui. Ficar só esperando o exame... Eu já sei cuidar dele, ele está bem, para que ficar ainda aqui?	68- anseio de sair logo do hospital	3
É amamentar, cuidados com a limpeza, a higiene é muito importante. Tem que evitar poeira, contato com gente gripada. Eu sei que prematuro é diferente, é preciso ter mais cuidado que o normal. Aqui a gente aprende a amamentar, dar banho, dar os medicamentos, que são coisas muito importantes para uma criança que nasce prematura.	69- promoção de boa higiene, saúde e alimentação como cuidado	1
[...] Aprendi isso e muitas coisas mais, o mais importante foi que eu perdi o medo de pegar nela. Só isso já valeu tudo!	70- superação do medo de pegar no filho prematuro na enfermaria canguru	2
Ela não gosta de ficar de lado, quer ficar com a barriga para cima. Se ela ficar numa posição, e eu mexer, pronto, é uma confusão, não gosta mesmo, se zanga. É para eu deixar do jeito que ela escolheu mesmo, que ficou. Às vezes, ela coloca a mão atrás do pescoço e isso não pode. Aí, eu tiro a mão dela, mas ela volta a mão para o canto que quer. É teimosa.	71- reconhecimento dos sentimentos do bebê	2
Eu me sentia muito insegura. Achava que ela sendo prematura, tão pequena, tão frágil eu não podia... Eu não sabia cuidar, pegar. Eu tinha medo até de tentar. Se ela fosse de nove meses era diferente, porque a criança não é tão frágil. Criança prematura é assim.	72- prematuridade como fonte de insegurança	2
[...] quando eu tiver que sair para resolver alguma coisa, eu vou ter que levar minha filha comigo [...] Eu acho que ninguém lá de casa [...] Pode querer e pode não querer ficar com ela. [...] é certo que vai ter gente lá pra me ajudar, mas podem achar muita responsabilidade, penso que o pessoal lá de casa vai ter medo de eu sair e deixar ela. Sabe como é, prematura, pequena demais, eles não vão saber fazer as coisas com ela. Pode acontecer alguma coisa... Só eu vou saber reagir. Eu acho assim.	73- insegurança da família no cuidado com o bebê	1
[...] eles (familiares) não vão saber cuidar bem [...] Eu fico tranqüila por que eu sei cuidar. Talvez até o pessoal lá de casa possa querer aprender comigo. Eu vou passar tudo que aprendi pra eles.	74- necessidade de aprendizagem do cuidado com o prematuro	5
Todas as coisas que aprendi aqui, sobre amamentar, como banhar, sobre o sono da criança, o cuidado que tem que ter com o narizinho para não ficar entupido, o jeito de dar os remédios porque ele pode se engasgar se não for dado direitinho. Não quero que nada de perigoso aconteça. Minha filha está tão bem.	75- cuidado como amamentação e prevenção de riscos	1
Porque lá é muita criança... Elas têm, eu acho, cinco ou seis crianças para cuidar, cada uma das auxiliares que eu estou dizendo, sabe? A criança pode chorar muito e elas não terem tempo de olhar. Eu me senti sufocada com isso	76- desaprovação da assistência prestada na unidade neonatal	1
Eu achei esse hospital muito bom. A gente fica à vontade, como se fosse a casa da gente... Confio nas pediatras, porque aqui foi que ela se recuperou. As enfermeiras aqui do Canguru foram muito legais, me ensinaram coisa que eu nunca ia saber.	77- aprovação do tratamento recebido no hospital	1
Lá ele era mais agitado, tinha o sono assustado. Acho que ficar aqui, na posição Canguru, fez bem para ele. Eu vou para casa,	78- posição canguru acalma o bebê	1

mas vou continuar no Canguru com ele.		
Agora está bom demais. Eu era doida para vir para cá (Canguru) porque lá era cheio de criança doente. A gente tem medo disso [...]	79- enfermaria canguru como proteção contra infecção	1
Também tinha a mama. Criança que vem para o Canguru sai mamando. Ficando lá não sai. É muito difícil.	80 - maior possibilidade de amamentar na enfermaria canguru	2
Eu acho que é por vários motivos. Aqui eu me senti melhor. Meu filho perto de mim. Eu cuidando dele. Achei muito bom isso. Não tem nada melhor para uma mãe que ter o filho em seus braços não. Aumenta o leite.	81- bem-estar da mãe como fator de aumento na produção de leite	2
Eu acho muito bom! Sei que tem gente, a maioria, que não acha isso, mas para nós tem sido bom até demais.	82- aprovação ao canguru não é unanimidade	1
Ah! Tem muita mãe que não sabe o que é ser mãe de verdade. Pensa que ser mãe é brincar de boneca. "Ah! É porque de noite eu vou para casa, ficar com meu marido..." É o que dizem... Pois vá minha filha, fique com seu marido e deixe seu filho aqui. Não sei que homem é esse, que precisa ser vigiado todo tempo, que não é capaz nem de respeitar um filho prematuro internado no hospital.	83- dificuldade de conciliação entre o cuidado com o bebê e com o marido	1
No primeiro dia ela foi logo para o peito, pegou bem e mamou. Mas à noite, eu esmoreci um pouco e ela não pegou bem e as meninas deram copinho umas três vezes. Pronto. Foi a conta para atrapalhar. No outro dia deu trabalho para ficar só no peito. Viu só? Se não tivesse dado o copinho não ia ter isso.	84- sucção no copinho atrapalha a amamentação	1
[...] Ela não pegava lá porque eu não ficava com ela, todo tempo como aqui. Era muito difícil.	85- proximidade entre mãe e bebê favorece a amamentação	1
Uma maravilha. Eu adoro criança. Antes de ficar grávida, eu trabalhava cuidando de criança. Era doida para ter uma filha. Nunca tinha cuidado de criança prematura como a minha, mas já cuidei de criança recém-nascida muitas vezes.	86- alusão à própria experiência no cuidado de bebês	1
A melhor coisa que fiz foi vir para o Canguru. Se estivesse no médio risco estava era longe de sair. Lá não tem alta com esse peso. Não quero nem pensar no tempo que ia demorar, meu Deus!	87- retardamento da alta no método tradicional	1
Acho besteira deles. Se a criança está só mamando, e se a mãe sabe cuidar, qual é o problema? Ninguém cuida melhor que a mãe. Se a criança está fora de perigo para que ficar aqui?	88- reprovação dos critérios de alta da unidade neonatal	1
Olhe doutora, hospital faz mal também para a gente, não faz só o bem não. Eu tive síndrome HELP, vivia com a pressão alta depois que tive minha filha. Quando eu estava na enfermaria tomando remédio para pressão e ia a UTI para visitar minha filha que estava lá, minha pressão voltava nas alturas. O médico disse até que não era para eu ir mais não. Só foi vir para o canguru que se acabou tudo isso. Nem remédio para a pressão eu não estou mais tomando. Sabe por quê? Por que aqui eu estou tranquila, com minha filha perto de mim. Eu cuidando dela. Até a falta que tenho de casa, do meu esposo, da minha mãe, foi mais fácil aqui. Eu não vivia mais pelos cantos chorando. Eu achei bom demais ficar com ela aqui.	89- bem-estar emocional favorece a saúde	1
Bom, eu achei bom. Achei muito bom estar aqui no Canguru. Foi bom conviver com minhas colegas. Só não simpatizo com essa última que entrou, por que ela... Deixa... Eu já vou embora mesmo.	90- dificuldade de convivência com outras mães na enfermaria canguru	1
Elas aqui (equipe) querem que eu leve o Canguru (suporte de tecido), mas não vou levar não porque eu não tenho roupa aberta que dê certo para usar o Canguru. Não adianta eu levar para não usar.	91- questionamento sobre orientação dada pela equipe da UTI	1
Será que tem problema ainda para ela ficar fora do Canguru?	92- questionamento sobre o	2

[...] acho que não tem não. Enrolo bem enroladinha, deixo em cima da cama dormindo, perto de mim. Já está com 1.650 gramas.	momento adequado de sair da posição canguru	
Aqui, agora, eu fico com ela fora um pedaço de tempo e nem tem nada com ela. As meninas dizem que ela sente falta... Mas ela já está acostumada a ficar fora... De propósito eu a deixo fora por uns pedaços para ela se acostumar. Ela não chora de jeito nenhum. Quando fiz isso no primeiro dia ela chorava, eu botava no Canguru e ela se calava. Fui acostumando, agora não chora mais não. Eu conheço o jeito dela, eu sei cuidar dela.	93- saída da posição canguru preparada pela mãe	1
Aí, elas me disseram que meu marido estava esperando lá fora. Eu me conformei, fiquei esperando ele entrar, mas na verdade, ele não estava. Elas disseram que falaram isso para eu me acalmar, porque eu estava muito nervosa. Eu achei errado isso. Elas me enganaram.	94- ressentimento por ter sido enganada pela equipe obstétrica	1
[...] tudo isso passou. Minha filha nasceu prematura, mas hoje estou me sentindo como uma pessoa vitoriosa porque depois disso tudo estou indo para casa com minha filha viva, forte, mamando [...] nome dela é Vitória.	95- alta hospitalar como vitória sobre a prematuridade	1
Quer saber, até o bem-querer da gente pelo filho aumenta aqui. É muito bom isso! [...] Classificando de zero a dez, lá, no máximo, chega a oito e aqui chega a dez. Por que a gente fica junto com o bebê. Curte as coisas. Preocupa-se com tudo. Vê coisas que não poderia ver se não estivesse no Canguru.	96- proximidade com o bebê no Canguru favorece a vinculação afetiva	1
[...] Era tão estressado quando chegamos aqui. Ele era um susto só. Não gostava que ninguém tocasse nele, nem que chegasse perto. Hoje, ele já se socializa, acredita? Ele hoje sabe o que é o calor de mãe, por isso está mais calmo e aceita as pessoas perto dele. Não sente mais aquele medo que sentia... Aquele pavor que ele tinha quando chegou aqui. Lá na incubadora ele era muito estressado. Todas as pessoas que chegavam vinham mexer com ele. Ele lá era muito só, entende? Não tinha ninguém para conversar com ele, para chegar e dar carinho.	97- vivência da UTI como ameaça para o bebê	1
Para mim foi bom porque aqui não é só cuidar do bebê. A gente precisa aprender a dar valor a si, a ser cuidada também aqui	98- cuidado dispensado à mãe na enfermaria canguru	2
Porque não é só remédio, é mãe e filho ali, juntos. Ficar dois meses quase no Canguru, longe da família, é difícil. O que dá força a gente, em primeiro lugar é o filho da gente [...] Mas precisa de apoio, de atenção, de ajuda para a mãe. Aqui, só aqui no Canguru, é que isso existe. Tudo aqui ajuda muito.	99- necessidade da mãe do prematuro de atenção	1
É diferente da UTI, lá não tem privacidade. Você bota seu filho nos braços, mas tem sempre alguém dando opinião [...] seu filho só é seu entre aspas [...] A incubadora vai esfriar, o bebê vai pegar uma infecção... É o que dizem. Cria uma barreira muito grande entre mãe e filho. Eu senti isso. Quando meu bebê estava lá, que eu passava um tempo com a incubadora aberta para colocar minha mão nele, já era repreendida, não pode deixar muito tempo aberta [...] Eu confesso: eu só me senti mãe do meu filho quando vim para o Canguru, antes não. Na UTI, a mãe não é nem um vulto, é inexistente. As auxiliares fazem a função da mãe.	100- cuidado materno limitado pela equipe na UTI	1

Anexo I - Síntese das unidades de significado (US) das entrevistas do grupo Tradicional – saída (TS)

Trechos das entrevistas sugestivos do significado	US - CS	O
Estou me sentindo muito alegre. Faz um mês e 27 dias que espero por isso: sair daqui levando minha filha para casa... É demais! Agora sim, eu vou cuidar dela. Não quero nem lembrar tudo que aconteceu.	01- alta hospitalar como verdadeiro momento do nascimento	4
[...] Só peguei de verdade nele quando tirou a sonda. Agora não, estou muito mais calma porque ele está só mamando. Dou mama de duas em duas horas e fico muito tempo com ele nos braços.	02- sentimento de pertencimento surge somente após o perigo de morte ser afastado	2
Todos (os perigos). Até de nem escapar [...]	03- resquício do medo da morte do bebê	2
[...] mas sei que quando for para casa, posso dar a mama. Sei que quando estiver em casa vai ser diferente porque ele vai estar todo tempo comigo. Eu vou ficar só para cuidar dele. Já arranjei uma mocinha para me ajudar na luta da casa. Os outros dois já são grandinhos. Vai dar certo.	04- elaboração de planos para o futuro	8
[...] Tenho muita esperança que minha filha não fique cega. É cruel. Mesmo que ela precise usar óculos, mas que a cirurgia resolva.	05- esperança de boa evolução do bebê	4
Eu vou tentar (amamentar), mas vou comprar leite porque não vou deixar a criança passar fome. Só se for para voltar para o hospital, doente, desnutrida.	06- necessidade de justificar o fato de estar dando outro leite	3
[...] Estou alegre agora que a tempestade já passou. Apesar de tudo, vamos para casa.	07- alta como esperança de que o pior tenha passado	6
(como vai cuidar?) Assim como eu disse. Dando alimentação boa, trazendo para as consultas, dando vacinas. E carinho que é o mais importante.	08- cuidar como promover saúde e dar carinho	1
[...] Estou mais contente porque botei no peito e ela pegou. Já está quase mamando. Eu fico muito feliz com isso... Sempre tive vontade de dar de mamar e nunca deu certo [...] estou achando que do jeito que vai, ela vai ficar só mamando. Vai ser uma benção!	09- cuidar como obtenção de progressos no processo de amamentação	3
Fui me acalmando porque vi que ele estava crescendo, fui vendo a melhora dele. Quando ele completou um quilo e quatrocentos, elas o colocaram no meu peito, ele já pegou.	10- importância de o bebê pegar o peito	3
[...] Não tenho mais leite. No começo, tinha um pouquinho. Não conseguia tirar. Secou.	11- suspensão na produção de leite materno	5
[...] Acho que é porque eu vivo muito nervosa. A pessoa nervosa não serve para nada. Quando eu fui para o Canguru que botei minha filha aqui (ela aponta para o tórax) fiquei tão nervosa que a menina teve que voltar para a UTI.	12- sentimento de nervosismo ao ficar com o bebê na posição canguru	1
Eu não sabia que a gente ficando nervosa podia prejudicar a criança [...] Quer dizer, nem prejudicou... Ela não precisou de nada, só foi ficar na incubadora [...] a doutora até tirou logo o capacete, não foi nem meia hora, e deixou só aquele caninho, circulante [...] Que depois desligou também.	13- receio não constatado de ter prejudicado o bebê com seu nervosismo	1
A doutora disse que podia voltar para lá, se eu quisesse, mas eu me senti insegura, sabe, de qualquer maneira, lá minha filha teve uma piorinha, uma apnéia, aí eu achei assim, que talvez fosse melhor para ela ficar na UTI. E eu vindo todos os dias [...]	14- medo de retornar à enfermaria Canguru e o bebê piorar	1
Eu me sentia bem, mas sentia muita dor nas costas, tenho um problema de coluna. [...] Eu também ficava muito tensa e isso é o tipo da coisa que atrapalha...	15- dificuldade de permanência da mãe no Canguru por mal estar físico e emocional	1
As meninas que trabalham lá diziam assim: “Mulher uma criança dessas pesa muito pouco, não é peso para a coluna não”, eu sabia disso, mas o problema não era o peso, era a posição.	16- censura da equipe às queixas físicas e emocionais da mãe	1
Eu tenho os outros dois que ainda são pequenos e precisam de	17- necessidade de	4

mim. Assim é melhor, de dia fico com ela e de noite com eles.	conciliar a permanência no Canguru/Hospital e a assistência ao marido, filhos que deixou em casa	
Bem, trago o leite, dou banho nela, troco a fralda... Isso enquanto estou aqui, porque de noite, as meninas cuidam.	18- cuidado materno dividido com a equipe	3
Elas são muito dedicadas, eu confio totalmente. Enquanto não for para casa tem que ser assim.	19- necessidade de confiar na equipe quando a mãe não está presente	1
Mas, graças a Deus, falta pouco tempo para ela sair daí, eu estou louca que chegue logo o dia da alta. É muito cansativo.	20- angústia pela permanência do bebê na unidade e desejo de levá-lo com saúde para casa	4
Dar banho, pegar, não dar chupeta, ter cuidado com a dieta [...] limpeza, de dar no horário certo.	21- aceitação do que a equipe ensina sobre o cuidado materno	2
[...] Posso dar a mama na hora da fome dele e quando vou embora deixo um pouco de leite. Ele ainda não está tomando 100% do meu leite, por que não consigo tirar muito para deixar para a noite toda [...]	22- dificuldade em manter o bebê somente mamando	4
[...] ele não se conforma com a mama [...] chora querendo mais leite [...] Ele se zanga e não quer (o peito) [...] Vira a cara para lá e para cá, não pega de jeito nenhum, parece que sabe [...] Que tem leite no copinho.	23- necessidade de dar complemento com outro leite	2
Eu fico pensando: em casa, como é que eu vou saber? Aqui é de três em três horas. Ela não chora. Eu estou pensando em dar de três em três horas.	24- assimilação do ensinamento da equipe sobre amamentação	4
(o bebê mama) Por um tempo [...], depois não quer mais. Só pega mesmo o copinho. Acho engraçado. Ele sabe o que quer, desse tamanhinho...	25- reconhecimento dos sentimentos do bebê	3
Outro dia quando eu cheguei um pouco atrasada, a mulher disse que já tinha dado leite para ele. Aí eu fiquei perto dele ali, mas vi que ele não estava dormindo e botei nos braços. Ele chorou, chorou, achei que era choro de fome, mas ela tinha dado o leite. Aí olhei tudo, se estava sujo, molhado, suado. Nada. Botei no peito, pegou, era fome.	26- entendimento entre mãe e bebê	3
Aqui todo mundo se mete. Se ela fica derramando, não é por que está de barriga cheia? Mas aqui não. Ficam dizendo para eu dar o complemento. Já aconteceu de eu dar e ela botar tudo para fora...	27- falta de entendimento da equipe dos sinais dados pelo bebê	3
Quando for para em casa vai ser assim (de acordo com a vontade do bebê) [...] Nada de copinho [...] Muito banho, vacina, remédios, vitaminas, tudo que precisar.	28- planos para cuidar de acordo com a demanda do bebê	1
[...] Eu fui para o Canguru com ele e ele passou mal. Não ficou nem um dia lá. Pouco tempo depois de eu estar com ele no Canguru, ele teve apnéia e voltou para a UTI [...]	29- problemas com o bebê ao chegar à enfermaria Canguru	1
Eu tinha ficado muito alegre no dia que disseram que eu podia ir para o Canguru. Queria muito ficar com meu filho todo tempo aqui (aponta para o próprio tórax), comigo, direto.	30- desejo materno de manter proximidade com o bebê	3
Mas no dia que teve a vaga eu fiquei um pouco tensa e insegura porque achei que ele estava muito molinho. Fiquei com medo mesmo. Terminou dando errado.	31- insegurança materna como predição do mal estar do bebê	1
Até disse para a doutora, mas ela não achou isso. Achou que ele estava tudo normal. Eu fiquei com medo de não dar certo, mas fui.	32- percepção materna não valorizada pela equipe	1
O próprio jeito dele. Ele não estava no normal dele. Estava diferente, não se mexia quase, o olhar sem brilho. Eu colocava o dedo para ele apertar e ele nem apertava.	33- capacidade materna de captar sinais dados pelo bebê	3
Eu me senti mal porque achava que não devia ter ido. Se tivesse acontecido alguma coisa com ele, eu ia me sentir culpada.	34- sentimento de culpa por não ter seguido a própria	2

	intuição	
Agora está bem. Ficou uma semana... (na UTI) Primeiro no tubo, depois no CPAP e no hood [...] Disseram que foi infecção [...] Depois que terminou o antibiótico, ofereceram para eu voltar para o Canguru. Mas cadê a coragem? Foi um vexame muito grande naquele dia da apnéia. Nunca mais quero repetir aquilo na minha vida.	35- ameaça à vida do bebê na enfermaria Canguru	3
É muito cansativo a pessoa vir todo dia, pegando vários ônibus, esperando não sei nem quanto tempo, subindo um monte de escada. Não é nada fácil.	36- dificuldade de visitar diariamente o bebê devido à distância/fadiga	5
Mas agora, graças a Deus, nem vai mais precisar. Vou levar meu filho para casa. A partir de amanhã, sou eu quem cuida dele.	37- alta hospitalar como momento de apropriação plena do papel materno	14
(como vai cuidar) Acho que todos os cuidados do mundo. Ele não pode mais adoecer. Em um mês de vida já adoeceu tudo que tinha para adoecer. Agora vai ser só saúde.	38- cuidar como promoção da saúde	5
Eu fiquei muito nervosa com tudo isso... Meu leite sumiu por completo. A madrinha dele é que vai ajudar a comprar o leite dele. Mas tudo vai dar certo, se Deus quiser. Não há de ser nada.	39- crença em boa evolução mesmo com a administração de leite artificial	1
O mais difícil está sendo a amamentação. Ele não está mamando. Está ganhando peso [...] podia até ir para casa, mas não mama.	40- apreensão pelo bebê não está mamando	5
Também a amamentação não está dando certo... Elas dizem para eu colocar no peito, mas a criança fica impaciente... Começa a chupar o peito, mas se zanga. Está acostumado com o copinho e com a chupeta que elas botam para ele não chorar. Aí não dá.	41- dificuldade do bebê em pegar o peito	12
Mas lá em casa eu vou tentar botar só no peito para ver se ela mama mais.	42- desejo da mãe de amamentar	9
[...]mas aqui ela mal pega o peito, solta logo. Eu fico nervosa, ela também, as meninas querem terminar o trabalho delas.	43- falta de condições de colocar o bebê no peito no hospital	2
Elas esperam que ela mame, mas não podem ficar esperando a vida toda, ela pode até perder peso, por isso elas têm um pouco de pressa de dar a dieta.	44- falta de apoio da equipe ao processo da amamentação	12
Vou tentar quando for para casa. Acho que em casa vou estar mais calma e ter mais paciência com ela. Talvez ela mame. Ela pega, suga, só não faz sustentar. Eu estava nervosa. Queria que ela saísse logo. Aí não dá, não é?	45- sentimento de ansiedade ao tentar amamentar	2
Quando cheguei hoje e vi aquele papel da alta pregado no prontuário dela fiquei muito feliz. Fui logo ligar para meu marido para ele vir buscar a gente. Ela já está pronta. Estou só esperando ele chegar. Em casa vou estar mais calma. Vou cuidar muito bem dela, trazer ela para as consultas direitinho. Pronto.	46- alta hospitalar como momento de felicidade	10
Aqui pode ter tudo, mas não tem o carinho que é o mais importante.	47- cuidar como carinho	2
Aqui podia ser diferente. Deviam deixar a gente cuidar mais, mas não deixam [...]	48- restrição do papel materno na unidade	2
Eu vou cuidar. Sem ninguém para dar satisfação. Fazer do meu jeito e não do jeito daqui, que mandam. Aqui tudo tem uma coisa mandando, tudo.	49- intervenção inapropriada da equipe no cuidado materno	1
[...] Aqui era para ser melhor, mas nem sei... Se a gente... Não sei. [...] a gente não está preparada para algumas coisas. Do jeito que for... É ruim viver isso tudo [...]	50- despreparo da mãe e da equipe para enfrentar a prematuridade	4
[...] Eu mesma banho. Nunca pensei que um dia eu ia dar o banho, mas dou, sem medo. Gosto muito de dar o banho dela e depois botar no peito.	51- satisfação da mãe em cuidar do bebê	2
[...] É assim mesmo, as coisas são do jeito que são. A gente faz o que pode [...] Quase nada [...] Sobre os problemas do meu filho.	52- sentimento de impotência diante dos problemas do bebê	1

Não sei. Mas querem sempre botar a culpa na gente. [...] De a criança nascer prematura, de não conseguir mamar. Eu me sinto mal com isso, não sei o que fazer.	53- sentimento de ser acusada pelo fato do bebê não mamar	2
[...] vai mudar (o hábito da criança dormir muito na UTI) quando for para casa [...] Em casa, no berço ela vai acordar logo, ficar espertinha, esperneando. Olha, em casa tudo é melhor. Eu cuido dela, a gente fica mais à vontade, com as coisas mais normais, sem tristeza, sem estresse, tudo vai para o lugar certo.	54- impossibilidade de exercer plenamente o papel materno no hospital	4
Vou cuidar tanto dele, tudo que puder vou fazer por ele. Vou dar o melhor a ele [...] Dar toda a atenção para ele, dar os remédios na hora certa e o leite do peito na hora que ele quiser. Porque quando está só na mama não é pra marcar hora, não é?	55- necessidade de exercer plenamente o papel materno	3
Está. Graças a Deus. Aqui o povo diz que pra mamar mesmo só indo pro Canguru. Eu tinha medo de não ter leite por isso. Graças a Deus consegui, foi uma vitória! Não queria dar outro leite pra ele não... Não deu certo no Canguru...	56- vitória por conseguir amamentar	3
Não deu (para ficar no Canguru). Eu cheguei lá uma hora da tarde e às dez da noite saí [...] eu me senti assim emocionada de estar com ele, fiquei nervosa, na hora que eu botei ele aqui (ela aponta para o tórax), assim, fiquei nervosa, achei que ele mudou de cor [...] e quando o tempo foi passando eu achei que ele não estava bem. De noite, quando todo mundo foi dormindo, eu comecei a chorar. Alarimei que ele estava passando mal. E aí, a moça que fica lá o retirou do Canguru e levou bem rápido para a UTI.	57- insegurança em permanecer com o bebê na enfermaria Canguru	1
Acho que ele estava bem porque ela ficou segurando na posição Canguru. Nessa hora lá, eu não podia ver nada não, estava chorando muito. Descontrolada, assim num canto. Lembro de que ela (a médica) ficou brincando com ele. Aí, eu fui indo, fui indo e me acalmei.	58- falta de assistência à mãe pela equipe	2
[...] Se a gente faltar um dia, pronto. As meninas (enfermagem) ficam achando que a gente não vem porque não quer. Olham um pouco assim pra gente.	59- dificuldade de entendimento entre a mãe e a equipe	10
[...] ela é que é a médica, é quem sabe mesmo. Quando der certo ir para casa vai. Meu marido prefere que ele fique aqui o máximo, porque ele acha que aqui nosso filho está seguro. Elas sabem cuidar de prematuros, não é? Têm muita experiência...	60- saber da equipe sobrepõe-se ao saber da mãe despreparada	3
Está certo que não tinha problema para ele, mas tinha para mim. Eu não fiquei me sentindo bem. Não devia mesmo ter ido por que se eu não estava bem não podia fazer ele se sentir bem. Quando a mãe não está bem... A senhora sabe, não é? Até meu leite sumiu. Antes, eu conseguia tirar todo o leite dele. Por uns dias, o leite desapareceu.	61- necessidade de dar importância aos aspectos maternos no cuidado com o bebê	1
[...] Estou muito ansiosa, mesmo ele estando só mamando. Foi meio difícil para ele mamar [...]	62- cuidado com o prematuro é desgastante	4
[...] Eu tinha medo que elas (equipe) ficassem com raiva de mim.	63- temor de retaliação da equipe	3
[...] procurei chegar muito mais cedo. (para botar o bebê no peito) Eu também venho aqui no meio do horário e fico com ele, se ele se agitar ou chorar boto no peito mesmo antes da hora [...]	64- busca de estratégias para amamentar na unidade	5
As meninas (enfermagem) não gostam (que o bebê vá ao peito antes do horário) porque descontrola tudo, atrapalha o serviço delas. Quando chega a hora de dar a dieta, elas não sabem quanto vão dar porque não sabem quanto ele mamou. Olha aí, tão fácil de resolver isso.	65- obstáculos da equipe ao estabelecimento da amamentação	1
[...] Acho que estou mais acostumada, estou entendendo tudo melhor.	66- adaptação da mãe à prematuridade	3
Ficar sempre de olho em tudo que acontece, ficar todo tempo com ele, dar banho, trazer para as consultas, dar as vitaminas.	67- cuidado como presença e atenção	2
Não tem problemas: eu sigo o jeito dele, ele não pode reclamar; e	68- entendimento entre	2

as meninas... Bom, acho que o que elas fazem é gostar porque eu assumo meu filho. Elas são muito sobrecarregadas de trabalho.	mãe e equipe	
Venho para ficar com ele, faço carinho, troco a fralda. Nunca dei banho porque não posso chegar aqui na hora do banho que é muito cedo. Mas já sei dar banho em criancinha assim pequena. Não tenho medo.	69- desempenho do papel materno	3
[...] ele não mama... O que eu posso fazer? Meu marido acha que eu tenho que insistir de todo jeito, para dar a mama. Minha mãe acha que não, que se a criança não quer mamar como é que eu vou obrigar? Tem criança que é assim mesmo, não quer mamar.	70- conformação em não amamentar	4
Na hora certa de ir não tinha vaga. Se tivesse tido... Eu ia até tentar. Mas não sei se daria certo. Depois passou... Eu já tinha ido para casa mesmo.	71- dificuldade de vaga na enfermaria Canguru	3
Queria ir (para o Canguru) por causa desse negócio de ter que sair e deixar meu filho aqui, mas lá no fundo eu tinha medo de não dar certo. Uma amiga minha foi e não deu certo. O filhinho dela voltou para a UTI. É uma decepção muito grande isso. É preferível nem ir, ficar por aqui mesmo, mesmo que demore bem mais a ir para casa aqui. A pessoa ir e, depois voltar é muito triste.	72- temor de ir para a enfermaria Canguru e ter uma decepção	1
[...] É muito chato o filho da gente passar mal estando com a gente [...] o menino da minha amiga [...] Passou mal lá (enfermaria canguru), mas não estava com nada errado, não estava doente. Voltou e nem precisou de nada. Ficou na incubadora, e pronto. [...]	73- dificuldade de aceitar que a criança passe mal, sem se saber por que, estando com a mãe	1
[...] pode ser por causa da mãe. Fica nervosa, não se sente bem, coisas assim. Ai a criança sente e passa mal. Porque a criança sente tudo que a mãe sente.	74- tentativa de não passar nervosismo para o bebê	1
[...] talvez tenha sido melhor, para mim, ficar por aqui mesmo. Mesmo com o sacrifício de vir e ir para tão longe quase todo dia. Teve dia até que eu não pude vir...	75- sacrifício em prol do bem-estar do bebê	1
[...] Já cuidei muito de criança. Não desse tamanhinho assim. Trabalhei a vida toda de babá e sei cuidar. Vai ser um pouquinho diferente do que tenho costume, mas nada que a gente não possa aprender.	76- alusão à própria experiência em cuidar de bebês	1
Na verdade eu tenho muito medo. Tenho medo de acontecer alguma coisa assim... De ele parar, essas coisas que o bebê sendo prematuro é mais perigoso de ter. Mas, não quero falar dessas coisas.	77- falta de confiança na superação dos problemas da prematuridade	3
[...] eu tenho medo de tudo... Dar banho nela... Aqui as auxiliares dão... Quando chegar em casa, quem vai banhar é minha tia. Ela disse que vai todo dia até eu perder o medo. [...]	78- dificuldade em cuidar do bebê	3
Eu pensava que ela só ia ter alta quando tivesse pegando bem a mama. Mas já com mais de 1800 [...] uma amiga minha [...] esperou mais de uma semana e o filho dela não mamou [...]	79- insatisfação por não amamentar	4
Vou deixar tudo de lado e cuidar só de minha filha. Ninguém me peça nada, que eu só vou cuidar dela. Não quero nem conversa [...]	80- planos de dedicação exclusiva à criança	1
Não vou deixar ninguém chegar perto dela, não vou para nenhum canto com ela. Vou prestar muita atenção nela. Se tiver muito quente, vou procurar um lugar mais fresco. Mesmo que bote ela no carrinho, vou ficar sempre ali do lado. Eu mesma vou lavar as fraldas dela. Não vou usar fraldas descartáveis em casa, são muito quentes, só para sair. Em casa, fraldas de pano. Eu lavo. É isso.	81- cuidar como exclusividade e promoção de bem estar	1
Também vou alimentar [...] Sou capaz até de esquecer de mim, da minha própria alimentação. É tudo só para ela. Aqui, as meninas ficam me lembrando de comer, porque eu mesma esqueço.	82- cuidar como prioridade	2

Minha família, quando vem aqui, diz: “É o bebê mais quieto do mundo, não chora”. Não sei se isso é tão bom. Também tem a parte de ele gostar muito de dormir. Para acordar dá trabalho. Sono pesado mesmo. Eu me preocupo. Eu cutuco, faço cócegas, mesmo que nada. Depois de muito tempo é que ele abre os olhos.	83- temor pelo aparecimento de anormalidades	3
[...] não precisar mais ficar para lá e para cá. Vai ser bom porque vou poder cuidar melhor da casa, do marido e dele.	84- necessidade de cuidar da casa e do marido	1
Aprendo a cada dia um pouco. Já sei dar banho, trocar a fraldinha, dar leite no copinho. Banhar e trocar são coisas fáceis. Eu já tinha prática, cuidei muito de meus sobrinhos. Agora dar o leite, não. E agora eu mesma dou o copinho em todos os horários. Não tenho mais medo. No início eu tinha porque ele sugava rápido o leite do copinho, mas agora não, eu já estou bem tranqüila. [...]	85- cuidar como proporcionar boa higiene, saúde e alimentação	3
[...] não vou forçar a barra para sair. Só quero ir quando elas mesmas acharem que devo ir. Tenho medo de ele não respirar direito. Observo tudo dele. Os movimentos, a respiração, o jeito. Estou ansiosa, mas quero sair esclarecida para quando eu sair daqui ter segurança. Preciso ficar esperta agora porque em casa eu vou estar sozinha com ele. Já me sinto preparada, mas não quero sair sem combinar tudo direitinho.	86- alta como momento de insegurança e ansiedade	4
Eu acho que enquanto estiver aqui vai ficar nisso mesmo. Era melhor eu ir logo para casa. No começo, eu compro uma lata desse leite para prematuros [...] só para dar garantia enquanto fica mesmo só no peito [...] porque ninguém testou ainda. Eu não fico direto com ela. Como é que vai saber se tem leite? [...] Não sei se tem suficiente [...] Tenho medo de botar só no meu peito e ela não ganhar peso, ficar com fome, desnutrida [...]	87- necessidade de garantias para cuidar do bebê	1
[...] Não gosto dessa história de copinho que fazem aqui. A criança fica viciada e não quer de outro jeito. Tenho uma amiga que o filho dela chora [...] quando bota no peito. Não tem quem faça a criança pegar. Mas quando dá no copinho, chupa que não tem leite que chegue.	88- reprovação do cuidado dispensado na unidade neonatal	2
Dizem que quando pega a mamadeira, não pega o peito. [...] Com o copinho não pega. Já vi muitas mães, sem ser aqui, dando de mamar e dando mamadeira. Eu já vi. A senhora nunca viu não? Como é que se explica isso?	89- argumentação da mãe a favor da concomitância da sucção ao peito e na mamadeira	1
Eu estou muito emocionada, com muita expectativa.	90- cuidado como expectativa	1
Isso vai ser muito importante para esse problema da cirurgia [...] Quero fazer tudo para [...] que tudo dê certo e ela não fique com nenhum problema. Eu me sinto culpada disso. Mesmo tendo outras crianças na família que tiveram isso, eu não deixo de pensar que no começo da gravidez eu tomei uns chás. [...] Eu me arrependo [...] tive vários sangramentos no começo da gestação, não sei se isso influenciou também.	91- receio de ter prejudicado o bebê	2
Eu me senti tão mal com isso de ter parto prematuro. É complicado. A gente fica tontinha, sem nem saber para onde vai. Eu não consigo entender, sei lá, parece uma coisa que a gente tem culpa. Não é certo.	92- sentimento de culpa pelo parto prematuro	2
Tranqüilo. Para ir para casa a pessoa tem que estar tranqüila e segura dos cuidados com o neném. Tem mãe que só pensa em ir para casa, não quer nem saber. Tem mãe que nem acha bom ir para o Canguru, que vai somente porque lá sai mais rápido. Mas não é só ir para casa, tem que saber cuidar, ficar com o filho prematuro. Exige um sacrifício que precisa de muito amor.	93- saber cuidar como pré-requisito para a alta	2
[...] acabou-se a irresponsabilidade. Agora a pessoa tem um filho e ainda por cima, prematuro. Sabe o que é isso? [...] Significa que a pessoa vai ter que cuidar, ter muita responsabilidade. Colocar o	94- cuidar como responsabilidade	1

filho acima de qualquer coisa. Festa, amigas... Não vai passar por tudo isso aqui para depois botar tudo a perder.		
Eu me sinto muito presa. Vivo com vontade de chorar. Fica todo mundo só olhando... Observando, sabe? Se a gente não vem um dia... Fazem umas caras assim pra gente. Eu não gosto.	95- dificuldade de relacionamento com a equipe	1
Não, ele nem está doente, está só se recuperando de ter nascido prematuro. Mas, graças a Deus, meu filho está sendo bem cuidado por todos mesmo tendo saúde. Ele é saudável. Ele só está aqui para melhorar disso, que eu não gosto, que é ele ter nascido pequeno.	96- apesar da prematuridade o bebê é saudável	1
A única coisa que não sei se vai dar para fazer é ficar trazendo ele para a doutora do ambulatório ver todo mês [...] É muito longe [...] Se não fosse o incômodo de sair de casa de madrugada com uma criança pequena dessas, ainda tem o preço da viagem. É caro. O pai dele só veio ver ele uma vez nesse tempo todo porque teve que vender uma saca de feijão para poder vir. É muito caro.	97- dificuldade de retornar ao ambulatório devido à distância	1
Estou preocupada [...] vamos para casa, isso é bom, mas eu não trabalho, o pai dele não trabalha... Só quem trabalha é meu sogro. Não sei como vai ser. As coisas que ele vai precisar. Meu sogro disse que eu não preciso trabalhar, mas eu preciso ter minhas coisas, as coisas do meu filho [...] Não posso ficar esperando que tudo caia nas minhas mãos... Até o leite do meu filho. [...] Eu vou dar o leite normal mesmo, não posso comprar aquele daqui não que é muito caro para comprar com o dinheiro dos outros [...]	98- preocupação com a situação financeira	1
Algumas mamam... Mas são mais aquelas do interior que as mães ficam aqui direto no Hospital, não vão para casa. A maioria vai é pro Canguru. As daqui... É difícil.	99- maior possibilidade de amamentar na enfermaria canguru	1
É a vida da gente que é assim complicada, vai fazer o quê? Eu nunca imaginei que fosse ter um filho prematuro e tive. Achei muito estranho isso e ainda acho.	100- dificuldade de aceitar a prematuridade	1
[...] Eu sei que ele está bem, mas ainda precisa de muito cuidado especial. Não é aquela criança que a pessoa nem precisa se preocupar. Uma criança desse tamanho, não é de estranhar? Tem que tomar as vitaminas, viver indo ao médico, já foi até ao oftalmologista...	101- exigência de cuidado especial para o prematuro	1

Anexo J - Redução das unidades de significado das entrevistas de entrada do grupo Canguru (US-CE)

J1 - Unidades de significado US – CE → Redução 1

US – CE	R 1
01- Prematuridade como algo inesperado	01- Prematuridade como algo inesperado
02- Necessidade de explicação para o parto prematuro	02- Necessidade de explicação para o parto prematuro
03- Medo da não sobrevivência do bebê	03- Apreensão pela instabilidade do bebê
33- Instabilidade clínica gera dúvidas quanto à sobrevivência do bebê	
59- Pensamentos negativos da mãe	
04- Estabilidade clínica inspira confiança na sobrevivência do bebê	04- Confiança na estabilidade do bebê
47- Desejo de retomada do curso natural do cuidado com o bebê	
05- Sentimento de desespero pela separação	
15- Ressentimento pela separação do bebê	05- Ressentimento pela separação
35- Não aceitação de nova separação do bebê	
06- Comparação da situação do filho com a de outros bebês acalma os temores maternos	06- Tranquilidade com a melhor situação do filho em relação aos outros bebês
07- Necessidade de amparo religioso/afetivo	07- Necessidade de apoio familiar
42- Necessidade do apoio familiar	
08- Sentimentos positivos pela maternidade e negativos pela prematuridade	08- Sentimentos positivos pela maternidade e negativos pela prematuridade
09- Dificuldade de aceitar a prematuridade	09- Não aceitação da prematuridade
25- Dificuldade de vivenciar o ambiente da UTI	
28- Dificuldade de ser mãe de um bebê prematuro	
10- Sentimento de inutilidade	10- Inacessibilidade do cuidado materno à UTI neonatal
16- Submissão do saber materno ao saber da equipe	
21- Impossibilidade do cuidado materno na UTI neonatal	
24- Habilidade da equipe sobrepuja-se ao cuidado materno	
64- Sentimento de impotência diante da prematuridade	
11- Censura da equipe à mãe	11- Falta de compreensão da equipe
12- Falta de compreensão e empatia da equipe para com a mãe	
58- Impossibilidade materna de seguir a prescrição da equipe	
13- Inadequação do cuidado prestado ao bebê na unidade neonatal	12- Desconfiança do cuidado prestado na UTI neonatal
57- Desconfiança do cuidado prestado na UTI neonatal	

14- Falta de uma atenção dirigida à mãe do bebê prematuro na UTI neonatal	13- Falta de atenção à mãe do prematuro
43- Sentimento de solidão	
17- Necessidade de adaptação à prematuridade	14- Dificuldade de adaptação à prematuridade
23- Necessidade de aprender a cuidar do bebê	
18- Estabelecimento de comunicação entre mãe e bebê	15- Comunicação entre mãe e bebê
74- Falta de comunicação entre a mãe e o bebê	
19- Desejo de cuidar sem a intermediação da equipe	16- Inserção do cuidado materno
49- Desenvolvimento de um modo próprio de cuidar	
20- A equipe faz a prescrição de um modelo de cuidar	17- Intermediação da equipe na relação entre mãe e bebê
53- Equipe propõe um modelo de papel materno	
22- Medo de cuidar do bebê prematuro	18- Medo de não saber cuidar
44- Medo de prejudicar o bebê	
45- Experiência anterior negativa ao cuidar de bebê	
26- Prematuridade traz insegurança para a mãe	19- Insegurança pela prematuridade
27- Dificuldade no relacionamento da mãe com a equipe	20- Comunicação inadequada entre a mãe e a equipe
34- Opinião da equipe dificulta a confiança da mãe no bom estado do bebê	
29- Imprescindibilidade da tecnologia	21- Imprescindibilidade da tecnologia
30- Redução da separação entre a mãe e o bebê	22- Necessidade de redução da separação entre mãe e bebê
31- Prioridade à permanência junto ao bebê	
37- Busca por alternativa para mitigar a separação do bebê	
56- Proximidade com o bebê aumenta a confiança na recuperação	
62- Contato físico íntimo com o bebê fortalece a vontade de cuidar	
32- Necessidade das referências habituais	23- Necessidade das referências habituais
36- Sentimento de solidariedade entre as mães	24- Sentimento de solidariedade entre as mães
38- Alterações emocionais maternas devido à prematuridade	25- Alterações emocionais maternas
61- Dificuldade de conter o desespero	
39- Atividades da mãe na UTI não são um verdadeiro cuidado materno	26- Desvalorização do cuidado materno pela equipe
40- Desvalorização do exercício da maternidade pela equipe	
66- Substituição da mãe pela equipe	
41- Cuidado materno é insubstituível	27- Necessidade do cuidado materno
55- Inserção do bebê na família	
70- Olhar materno atribui subjetividade ao bebê	
46- Necessidade de validação do papel materno	28- Necessidade de validação do papel materno
67- Apropriação do papel materno	
48- Dificuldade de conciliar os outros papéis com o de mãe de prematuro	29- Dificuldade de conciliação com outras atividades

50- Necessidade da autorização da equipe para o exercício do cuidado materno	30- Dificuldade para o exercício do cuidado materno
71- Falta de reconhecimento da intuição materna pela equipe	
51- O bebê tem necessidade da presença materna	31- Necessidade da presença materna
54- O bebê reconhece o cuidado materno	
52- Medo das seqüelas da prematuridade	32- Medo das seqüelas da prematuridade
60- Percepção da vitalidade do bebê	33- Compreensão da linguagem do bebê
69- Compreensão da linguagem do bebê	
72- Sensibilidade materna capta os sinais do bebê	
63- Exclusão materna de culpa pela prematuridade	34- Sentimento de culpa pela prematuridade
65- Prematuridade como castigo	
68- Vínculo com a equipe como suporte para a mãe	35- Vínculo com a equipe como suporte para a mãe
73- Esperança materna de bom prognóstico	36- Esperança materna de bom prognóstico

J2 -US – CE: Redução 1 → Redução 2

R 1	R 2
01- Prematuridade como algo inesperado	01- Sentimento de estranheza pela prematuridade
02- Necessidade de explicação para o parto prematuro	
03- Apreensão pela instabilidade do bebê	02- Insegurança pela prematuridade
19- Insegurança pela prematuridade	
04- Confiança na estabilidade do bebê	03- Confiança na estabilidade do bebê
06- Tranquilidade com a melhor situação do filho em relação aos outros bebês	
05- Ressentimento pela separação	04- Sentimentos positivos pela maternidade e negativos pela prematuridade
08- Sentimentos positivos pela maternidade e negativos pela prematuridade	
07- Necessidade de apoio familiar	05- Necessidade de apoio familiar
23- Necessidade das referências habituais	
09- Não aceitação da prematuridade	06- Não aceitação da prematuridade
10- Inacessibilidade do cuidado materno à UTI neonatal	07- Dificuldade para o exercício do cuidado materno
30- Dificuldade para o exercício do cuidado materno	
11- Falta de compreensão da equipe	08- Falta de compreensão da equipe
13- Falta de atenção à mãe do prematuro	
20- Comunicação inadequada entre a mãe e a equipe	
12- Desconfiança do cuidado prestado na UTI neonatal	09- Desconfiança do cuidado prestado na UTI neonatal
14- Dificuldade de adaptação à prematuridade	10- Dificuldade de adaptação à prematuridade
29- Dificuldade de conciliação com outras atividades	
15- Comunicação entre mãe e bebê	11- Compreensão entre mãe e bebê
33- Compreensão da linguagem do bebê	
16- Inserção do cuidado materno	12- Necessidade do cuidado materno
27- Necessidade do cuidado materno	
17- Intermediação da equipe na relação entre mãe e bebê	13- Desvalorização do cuidado materno pela equipe
26- Desvalorização do cuidado materno pela equipe	
18- Medo de não saber cuidar	14- Medo de não saber cuidar
21- Imprescindibilidade da tecnologia	15- Imprescindibilidade da tecnologia
22- Necessidade de redução da separação entre mãe e bebê	16- Necessidade da presença materna
31- Necessidade da presença materna	
24- Sentimento de solidariedade entre as mães	17- Sentimento de solidariedade entre as mães

25- Alterações emocionais maternas	18- Alterações emocionais maternas
34- Sentimento de culpa pela prematuridade	
28- Necessidade de validação do papel materno	19- Necessidade de validação do papel materno
32- Medo das sequelas da prematuridade	20- Medo das sequelas da prematuridade
35- Vínculo com a equipe como suporte para a mãe	21- Vínculo com a equipe como suporte para a mãe
36- Esperança materna de bom prognóstico	22- Esperança materna de bom prognóstico

J3 -US – CE: Redução 2 → Redução 3

R 2	R 3
01- Sentimento de estranheza pela prematuridade	01- Sentimento de estranheza pela prematuridade
15- Imprescindibilidade da tecnologia	
02- Insegurança pela prematuridade	02- Medo de não saber cuidar
14- Medo de não saber cuidar	
03- Confiança na estabilidade do bebê	03- Confiança em bom prognóstico
22- Esperança materna de bom prognóstico	
04- Sentimentos positivos pela maternidade e negativos pela prematuridade	04- Sentimentos antagônicos
05- Necessidade de apoio familiar	05- Necessidade de apoio familiar
21- Vínculo com a equipe como suporte para a mãe	
06- Não aceitação da prematuridade	06- Dificuldade de adaptação
10- Dificuldade de adaptação à prematuridade	
07- Dificuldade para o exercício do cuidado materno	07- Dificuldade para o exercício do cuidado materno
08- Falta de compreensão da equipe	08- Falta de compreensão da equipe
13- Desvalorização do cuidado materno pela equipe	
09- Desconfiança do cuidado prestado na UTI neonatal	09- Desconfiança do cuidado profissional
11- Compreensão entre mãe e bebê	10- Compreensão entre mãe e bebê
12- Necessidade do cuidado materno	11- Necessidade do cuidado materno
16- Necessidade da presença materna	12- Necessidade da função materna
19- Necessidade de validação do papel materno	
17- Sentimento de solidariedade entre as mães	13- Solidariedade entre as mães
18- Alterações emocionais maternas	14- Alterações emocionais maternas
20- Medo das sequelas da prematuridade	15- Medo das sequelas

J4 -US – CE: Redução 3 → Redução 4

R 3	R 4
01- Sentimento de estranheza pela prematuridade	01- Sentimento de estranheza pela prematuridade
02- Medo de não saber cuidar	
06- Dificuldade de adaptação	
03- Confiança em bom prognóstico	02- Sentimentos antagônicos
04- Sentimentos antagônicos	
09- Desconfiança do cuidado profissional	
05- Necessidade de apoio familiar	03- Necessidade de apoio familiar
07- Dificuldade para o exercício do cuidado materno	04- Dificuldade para o exercício do cuidado materno
08- Falta de compreensão da equipe	05- Falta de compreensão da equipe
10- Compreensão entre mãe e bebê	06- Necessidade do cuidado materno
11- Necessidade do cuidado materno	
12- Necessidade da função materna	
13- Solidariedade entre as mães	07- Solidariedade entre as mães
14- Alterações emocionais maternas	08- Alterações emocionais maternas
15- Medo das seqüelas	09- Medo das seqüelas

J5 -US – CE: Redução 4 → Redução 5

R 4	R 5
01- Sentimento de estranheza pela prematuridade	01- Sentimento de estranheza pela prematuridade
09- Medo das seqüelas	
02- Sentimentos antagônicos	
08- Alterações emocionais maternas	02- Alteração dos sentimentos maternos
03- Necessidade de apoio familiar	
07- Solidariedade entre as mães	
05- Falta de compreensão da equipe	03- Necessidade de apoio e solidariedade
04- Dificuldade para o exercício do cuidado materno	
06- Necessidade do cuidado materno	

J6 -US – CE : Redução 5 → Redução 6

R 5	R 6
01- Sentimento de estranheza pela prematuridade	01- Sentimento de estranheza pela prematuridade
02- Alteração dos sentimentos maternos	
03- Necessidade de apoio e solidariedade	02- Falta de compreensão da equipe
04- Falta de compreensão da equipe	
05- Necessidade do cuidado materno	03- Necessidade do cuidado materno

J7 – Proposições resultantes das entrevistas de entrada do Canguru

01- Sentimento de estranheza pela prematuridade
02- Falta de compreensão da equipe
03- Necessidade do cuidado materno

Anexo L - Redução das unidades de significado das entrevistas de entrada do grupo tradicional (US-TE)

L1 - Unidades de significado (US – TE) → Redução 1 (R1)

US – TS	R1
01- Sentimentos positivos pela sobrevivência / maternidade e negativos pela prematuridade / separação	01- Sentimentos positivos pela maternidade e negativos pela prematuridade
02- Ressentimento pela separação do bebê	02- Ressentimento pela separação
49- Não aceitação de nova separação do bebê	
03- Necessidade da autorização da equipe para o exercício do cuidado materno	03- Dificuldade para o exercício do cuidado materno
04- Falta de liberdade de pegar o bebê nos braços	
05- Medo de prejudicar o bebê	04- Medo de não saber cuidar
36- Medo de cuidar do bebê	
37- Medo de passar tristeza para o bebê	
06- A equipe faz a intermediação da relação mãe-bebê	05- Intermediação da equipe na relação entre mãe e bebê
07- A equipe faz a prescrição de um modelo de cuidar	
08- O bebê tem necessidade da presença materna	06- Necessidade da presença materna
09- Mãe e bebê têm modo próprio de interagir	07- Estabelecimento de comunicação entre mãe e bebê
24- Estabelecimento de comunicação entre mãe e bebê	
10- Prematuridade traz insegurança para a mãe	08- Insegurança pela prematuridade
11- Dificuldade de ser mãe de um bebê prematuro	09- Dificuldade de adaptação à prematuridade
12- Necessidade materna de adaptação à prematuridade	
13- Pensamentos negativos da mãe	10- Apreensão pela instabilidade do bebê
16- Instabilidade clínica gera dúvidas quanto à sobrevivência do bebê	
65- Medo da não sobrevivência do bebê	
14- Estabilidade clínica inspira confiança na sobrevivência do bebê	11- Confiança na estabilidade do bebê
29- Desejo de retomada do curso natural do cuidado com o bebê	
15- Necessidade de validação do papel materno	
17- Dificuldade de sintonia com o bebê	12- Validação do papel materno
18- Sentimento de impotência diante da prematuridade	13- Dificuldade de sintonia com o bebê
19- Submissão do saber materno ao saber da equipe	14- Falta de acesso do cuidado materno na UTI neonatal
32- Impossibilidade do cuidado materno na UTI neonatal	
61- Sentimento materno de inutilidade	

20- Desconfiança do cuidado prestado na UTI neonatal	15- Desconfiança do cuidado prestado na UTI neonatal
44- Inadequação do cuidado prestado ao bebê na unidade neonatal	
21- Desejo de cuidar sem a intermediação da equipe	16- Necessidade de cuidado materno
54- Desenvolvimento de um modo próprio de cuidar pela mãe	
22- Dificuldade em atender à requisição súbita da equipe para desempenhar o papel materno	17- Dificuldade em atender à requisição súbita da equipe para desempenhar o papel materno
23- Necessidade de intermediação da tecnologia	18- Aceitação da intermediação tecnológica
39- Confiança nos cuidados da unidade neonatal	
40- Aceitação dos limites impostos pela prematuridade	
42- Aceitação do cuidado materno mediado, prescrito	
25- Mãe constitui o bebê como pessoa	19- Imprescindibilidade do cuidado materno
27- Habilidade da equipe não se sobrepõe ao cuidado materno	
47- Cuidado materno é insubstituível	
26- Censura da equipe à mãe	20- Falta de compreensão da equipe
52- Falta de compreensão e empatia da equipe para com a mãe	
53- Impossibilidade materna de seguir a prescrição da equipe	
28- Prematuridade gera decepção na mãe em relação à maternidade	21- Decepção na maternidade de prematuro
33- Dificuldade de aceitar a prematuridade	
30- Prioridade à permanência junto ao bebê	22- Importância da redução da separação entre mãe e bebê
56- Contato físico com o bebê fortalece a vontade de cuidar	
31- Falta de informação por parte da equipe leva à angústia	23- Angústia na comunicação inadequada com a equipe
43- Dificuldade no relacionamento com a equipe	
34- Alterações emocionais maternas devido à prematuridade	24- Alterações emocionais maternas
60- Sentimento materno de alheamento	
35- Necessidade de explicação para o parto prematuro	25- Necessidade de explicação para o parto prematuro
38- Necessidade do apoio familiar	26- Necessidade do apoio familiar
41- Dificuldade de conciliar os outros papéis com o de mãe de prematuro	27- Dificuldade de conciliação com outras atividades
45- Medo das seqüelas da prematuridade	28- Medo das seqüelas da prematuridade
46- Esperança de bom prognóstico	29- Esperança de bom prognóstico
48- Necessidade das referências habituais	30- Necessidade de referências habituais
50- Mãe divide com a equipe o cuidado com o bebê e a autonomia materna	31- Divisão do cuidado e da autonomia
51- Comparação da situação do filho com a de outros bebês acalma os temores maternos	32- Tranquilidade com a melhor situação do filho em relação aos outros bebês
58- Falta de uma atenção dirigida à mãe do bebê prematuro na UTI neonatal	33- Falta de atenção à mãe do prematuro

62- Sentimento materno de solidão		
55- Negação dos problemas da prematuridade		34- Negação dos problemas da prematuridade
57- Sentimento de culpa pela prematuridade		35- Sentimento de culpa pela prematuridade
59- Necessidade materna de manter diálogo com a equipe		36- Necessidade de diálogo com a equipe
64- Vínculo com a equipe como suporte para a mãe		
63- Prematuridade como algo inesperado		37- Prematuridade como algo inesperado

L2 - US – TE: Redução 1 → Redução 2

R1	R2
01- Sentimentos positivos pela maternidade e negativos pela prematuridade	01- Sentimentos positivos pela maternidade e negativos pela prematuridade
02- Ressentimento pela separação	02- Dificuldade para o exercício do cuidado materno na UTI neonatal
03- Dificuldade para o exercício do cuidado materno	03- Medo de não saber cuidar
14- Falta de acesso do cuidado materno na UTI neonatal	04- Intermediação da equipe na relação entre mãe e bebê
04- Medo de não saber cuidar	05- Necessidade da presença materna
05- Intermediação da equipe na relação entre mãe e bebê	06- Entendimento próprio entre mãe e bebê
17- Dificuldade em atender à requisição súbita da equipe para desempenhar o papel materno	07- Insegurança pela prematuridade
06- Necessidade da presença materna	08- Dificuldade de adaptação à prematuridade
22- Importância da redução da separação entre mãe e bebê	09- Confiança na estabilidade do bebê
07- Estabelecimento de comunicação entre mãe e bebê	10- Validação do papel materno
13- Dificuldade de sintonia com o bebê	11- Desconfiança do cuidado prestado na UTI neonatal
08- Insegurança pela prematuridade	12- Necessidade do cuidado materno
10- Apreensão pela instabilidade do bebê	13- Imprescindibilidade da tecnologia
09- Dificuldade de adaptação à prematuridade	14- Falta de compreensão da equipe
27- Dificuldade de conciliação com outras atividades	15- Decepção na maternidade de prematuro
11- Confiança na estabilidade do bebê	16- Alterações emocionais maternas
32- Tranquilidade com a melhor situação do filho em relação aos outros bebês	34- Negação dos problemas da prematuridade
12- Validação do papel materno	35- Sentimento de culpa pela prematuridade
15- Desconfiança do cuidado prestado na UTI neonatal	25- Necessidade de explicação para o parto prematuro
16- Necessidade de cuidado materno	37- Prematuridade como algo inesperado
19- Imprescindibilidade do cuidado materno	
18- Aceitação da intermediação tecnológica	
20- Falta de compreensão da equipe	
23- Angústia na comunicação inadequada com a equipe	
33- Falta de atenção à mãe do prematuro	
21- Decepção na maternidade de prematuro	
24- Alterações emocionais maternas	
34- Negação dos problemas da prematuridade	
35- Sentimento de culpa pela prematuridade	
25- Necessidade de explicação para o parto prematuro	
37- Prematuridade como algo inesperado	

26- Necessidade do apoio familiar	18- Necessidade de apoio familiar
30- Necessidade de referências habituais	
28- Medo das seqüelas da prematuridade	19- Medo das seqüelas da prematuridade
29- Esperança de bom prognóstico	20- Esperança de bom prognóstico
31- Divisão do cuidado e da autonomia	21- Divisão do cuidado e da autonomia
36- Necessidade de diálogo com a equipe	22- Necessidade de diálogo com a equipe

L3 - US – TE: Redução 2 → Redução 3

R2	R3
01- Sentimentos positivos pela maternidade e negativos pela prematuridade	01- Sentimentos antagônicos
02- Dificuldade para o exercício do cuidado materno na UTI neonatal	02- Dificuldade para o exercício do cuidado materno na UTI neonatal
03- Medo de não saber cuidar	03- Medo de não saber cuidar
07- Insegurança pela prematuridade	
04- Intermediação da equipe na relação entre mãe e bebê	04- Intermediação da equipe
21- Divisão do cuidado e da autonomia	
05- Necessidade da presença materna	05- Necessidade da função materna
10- Validação do papel materno	
06- Entendimento próprio entre mãe e bebê	06- Entendimento próprio entre mãe e bebê
08- Dificuldade de adaptação à prematuridade	07- Dificuldade de adaptação
09- Confiança na estabilidade do bebê	08- Confiança em bom prognóstico
20- Esperança de bom prognóstico	
11- Desconfiança do cuidado prestado na UTI neonatal	09- Desconfiança do cuidado profissional
12- Necessidade do cuidado materno	10- Necessidade do cuidado materno
13- Imprescindibilidade da tecnologia	11- Sentimento de estranheza pela prematuridade
17- Sentimento de estranheza pela prematuridade	
14- Falta de compreensão da equipe	12- Falta de compreensão da equipe
15- Decepção na maternidade de prematuro	13- Alterações emocionais maternas
16- Alterações emocionais maternas	
18- Necessidade de apoio familiar	14- Necessidade de apoio
22- Necessidade de diálogo com a equipe	
19- Medo das seqüelas da prematuridade	15- Medo das seqüelas

L4 - US – TE: Redução 3 → Redução 4

R3	R4
01- Sentimentos antagônicos	01- Sentimentos antagônicos
08- Confiança em bom prognóstico	
09- Desconfiança do cuidado profissional	
02- Dificuldade para o exercício do cuidado materno na UTI neonatal	02- Dificuldade para o cuidado materno
03- Medo de não saber cuidar	03- Sentimento de estranheza pela prematuridade
07- Dificuldade de adaptação	
11- Sentimento de estranheza pela prematuridade	04- Falta de compreensão da equipe
04- Intermediação da equipe	
12- Falta de compreensão da equipe	05- Necessidade do cuidado materno
05- Necessidade da função materna	
06- Entendimento próprio entre mãe e bebê	
10- Necessidade do cuidado materno	
13- Alterações emocionais maternas	06- Alterações emocionais maternas
14- Necessidade de apoio	07- Necessidade de apoio
15- Medo das seqüelas	08- Medo das seqüelas

L5 - US – TE: Redução 4 → Redução 5

R 4	R 5
01- Sentimentos antagônicos	01- Alteração dos sentimentos maternos
06- Alterações emocionais maternas	
02- Dificuldade para o cuidado materno	02- Necessidade do cuidado materno
05- Necessidade do cuidado materno	
03- Sentimento de estranheza pela prematuridade	03- Sentimento de estranheza pela prematuridade
08- Medo das seqüelas	
04- Falta de compreensão da equipe	04- Falta de compreensão da equipe
07- Necessidade de apoio	

L6 - US – TE: Redução 5 → Redução 6

R 5	R 6
01- Alteração dos sentimentos maternos	01- Sentimento de estranheza pela prematuridade
03- Sentimento de estranheza pela prematuridade	
02- Necessidade do cuidado materno	02- Necessidade do cuidado materno
04- Falta de compreensão da equipe	03- Falta de compreensão da equipe

L7 - Proposições resultantes das entrevistas de entrada do grupo Tradicional

01- Sentimento de estranheza pela prematuridade
02- Necessidade do cuidado materno
03- Falta de compreensão da equipe

Anexo M - Redução das unidades de significado das entrevistas de saída do grupo canguru (US-CS)

M1 - Unidades de significado (US – CS) → Redução 1 (R1)

US – CS	R1
01- Referência sobre o apego ao bebê	01- Referência sobre o apego ao bebê
02- Alta como momento de insegurança e ansiedade	02- Alta como momento de insegurança e ansiedade
03- Falta de confiança na superação dos problemas da prematuridade	03- Prematuridade como ameaça à vida do bebê
28- Medo das seqüelas da prematuridade	
08- Prematuridade como ameaça à vida do bebê	
04- Plano de proteger o bebê dos riscos	04- Planejamento do cuidado com o bebê
32- Pretensão de dedicação exclusiva ao bebê	
05- Não aceitação da prematuridade	05- Não aceitação da prematuridade
06- Alívio pela superação da prematuridade	06- Alívio pela superação da prematuridade
43- Ênfase na evolução favorável do bebê	
07- Reconhecimento materno de progressos no desenvolvimento do bebê	07- Superação da prematuridade pelo bebê
19- Superação da prematuridade pelo bebê	
38- Observação de sinais de saúde no desenvolvimento do bebê	
09- Susceptibilidade emocional materna maior que o normal	08- Prematuridade como desgaste materno
18- Desgaste materno de cuidar de prematuro	
10- Volta à casa como prova de normalidade	09- Volta à casa como prova de normalidade
11- Convicção da mãe das vantagens da amamentação	10- Convicção da mãe das vantagens da amamentação
12- Esperança de boa evolução	11- Esperança de boa evolução
13- Adaptação da mãe à prematuridade	12- Dificuldade de adaptação à prematuridade
42- Início dificultado pela incerteza	
14- Amamentação como desgaste para a mãe	13- Amamentação como desgaste para a mãe
15- Necessidade do apoio da família	14- Necessidade do apoio da família no hospital
58- Falta de aconchego familiar no Hospital	
16- Conciliação entre o cuidado com o bebê e com os demais filhos	15- Necessidade de conciliação entre o cuidado com o bebê e as demais atividades
22- Incompatibilidade entre o trabalho e a amamentação/cuidado com o bebê	
83- Dificuldade de conciliação entre o cuidado com o bebê e com o marido	

17- Dificuldade de retornar ao ambulatório financeiro/distância	16- Dificuldade de retornar ao ambulatório
20- Sentimento de culpa pelo parto prematuro	17- Sentimento de culpa pelo parto prematuro
21- Aceitação da gravidez inesperada	18- Aceitação da gravidez inesperada
23- Apreensão pelo bebê não está mamando	19- Apreensão por não amamentar
24- Dificuldade em manter somente a mama	20- Dificuldade em manter somente a mama
26- Redução na produção de leite	
25- Aceitação das limitações da prematuridade	21- Aceitação das limitações da prematuridade
27- Falta de compreensão da equipe da UTI	22- Falta de compreensão da equipe
94- Ressentimento por ter sido enganada pela equipe da obstetrícia	
30- Alta hospitalar como momento de felicidade	23- Alta hospitalar como superação da prematuridade
95- Alta hospitalar como vitória sobre a prematuridade	
31- Alta hospitalar como momento de apropriação plena do papel materno	24- Alta hospitalar como re-nascimento da criança
57- Alta hospitalar como verdadeiro momento do nascimento	
33- Realização do cuidado materno na enfermaria canguru	25- Realização do cuidado materno na enfermaria canguru
34- Reconhecimento da presença materna pelo bebê	26- Redução da separação entre mãe e bebê na enfermaria canguru
39- Diminuição da separação entre mãe e bebê na enfermaria canguru	
35- Aquisição de segurança na enfermaria canguru	27- Aprendizagem do cuidado com o prematuro na enfermaria canguru
40- Aprendizagem do cuidado com o prematuro na enfermaria canguru	
36- Efetivação do cuidado de acordo com a demanda do bebê	28- Efetivação do cuidado de acordo com a demanda do bebê
37- Interpretação dos sinais emitidos pelo bebê	29- Compreensão materna da linguagem do bebê
67- Compreensão dos ritmos e sinais da criança	
71- Reconhecimento dos sentimentos do bebê	
41- Aumento de peso e estabelecimento da amamentação como critérios de alta	30- Certeza da saúde do bebê como critério de alta
52- Alta como certeza da saúde do bebê	
44- Evolução do bebê como aprovação do método canguru	31- Evolução do bebê como aprovação do método canguru
45- Alegria e acolhimento da família na enfermaria canguru	32- Inclusão da família na enfermaria canguru
46- Inserção do bebê em sua família na enfermaria canguru	
47- Dificuldade de amamentar por falta de boa alimentação em casa	33- Dificuldade para amamentar
49- Nervosismo como obstáculo para a produção de leite	
48- Conformação da mãe em não amamentar	34- Conformação da mãe em não amamentar
50- Mal-estar da mãe por estar longe de casa	35- Anseio da mãe de retorno à casa
68- Anseio de sair logo do hospital	

51- Facilitação da tarefa materna na enfermaria canguru	36- Facilitação da tarefa materna na enfermaria canguru
80- Maior possibilidade de amamentar na enfermaria canguru	
53- Enfermaria canguru como lugar de acolhimento e aprendizagem	37- Enfermaria canguru como lugar de acolhimento e aprendizagem
54- Dificuldade inicial com a posição canguru	38- Dificuldade inicial com a posição canguru
55- Saber cuidar como pré-requisito para a alta	39- Saber cuidar como pré-requisito para a alta
56- Entendimento entre mãe e bebê	40- Entendimento entre mãe e bebê
59- Elaboração de planos para o futuro	41- Elaboração de planos para o futuro
60- Sentimento de vitória por conseguir amamentar	42- Sentimento de vitória por conseguir amamentar
61- Hesitação quanto a permanência no Hospital	43- Hesitação quanto a permanência no Hospital
62- Separação entre mãe e bebê vivenciada na UTI como causa de angústia	44- Reprovação da separação vivenciada na UTI
76- Desaprovação da assistência prestada na unidade neonatal	
63- Resultado também depende da mãe	45- Destaque no desempenho do papel materno
29- Desempenho do papel materno	46- Necessidade de atenção para a mãe do prematuro
64- Falta de atenção para as mães na UTI	
99- Necessidade da mãe do prematuro de atenção	47- Apoio da equipe do Canguru à mãe do prematuro
65- Apoio da equipe do Canguru à amamentação	
66- Equipe do Canguru ensina à mãe a observar o bebê	
98- Cuidado dispensado à mãe na enfermaria canguru	48- Cuidado como amamentação e promoção da saúde
69- Promoção de boa higiene, saúde e alimentação como cuidado	
75- Cuidado como amamentação e prevenção de riscos	49- Necessidade de aprendizagem do cuidado com o prematuro
70- Superação do medo de pegar no filho prematuro na enfermaria canguru	
74- Necessidade de aprendizagem do cuidado com o prematuro	50- Prematuridade como insegurança
72- Prematuridade como fonte de insegurança	
73- Insegurança da família no cuidado com o bebê	51- Aprovação do tratamento recebido no hospital
77- Aprovação do tratamento recebido no hospital	52- Método canguru favorece o bebê
78- Posição canguru acalma o bebê	
79- Enfermaria canguru como proteção contra infecção	
96- Proximidade com o bebê no Canguru favorece a vinculação afetiva	53- Bem-estar da mãe favorece a evolução do bebê
81- Bem-estar da mãe como fator de aumento na produção de leite	
89- Bem-estar emocional favorece a saúde	54- Dificuldade de convivência na enfermaria canguru
82- Aprovação ao canguru não é unanimidade	
90- Dificuldade de convivência com outras mães na enfermaria canguru	
84- Sucção no copinho atrapalha a amamentação	55- Questionamento sobre a orientação dada pela equipe

91- Questionamento sobre orientação dada pela equipe da UTI	
92- Questionamento sobre o momento adequado de sair da posição canguru	
85- Proximidade entre mãe e bebê favorece a amamentação	56- Proximidade entre mãe e bebê favorece a amamentação
86- Alusão à própria experiência no cuidado de bebês	57- Ênfase no saber materno
93- Saída da posição canguru preparada pela mãe	
87- Retardamento da alta no método tradicional	58- Reprovação dos critérios de alta da unidade neonatal
88- Reprovação dos critérios de alta da unidade neonatal	
97- Vivência da UTI como ameaça para o bebê	59- Limitação de cuidado materno na UTI
100- Cuidado materno limitado pela equipe na UTI	

M2 - US- CS - Redução 1 → Redução 2

R1	R2
01- Referência sobre o apego ao bebê	01- Conciliação entre o cuidado com o bebê e as demais atividades
15- Necessidade de conciliação entre o cuidado com o bebê e as demais atividades	
02- Alta como momento de insegurança e ansiedade	02- Prematuridade como ameaça
03- Prematuridade como ameaça à vida do bebê	
04- Planejamento do cuidado com o bebê	03- Plano de oferta de cuidado de acordo com a demanda
28- Efeivação do cuidado de acordo com a demanda do bebê	
05- Não aceitação da prematuridade	04- Prematuridade como desgaste para a mãe
08- Prematuridade como desgaste materno	
06- Alívio pela superação da prematuridade	05- Alívio pela superação da prematuridade
07- Superação da prematuridade pelo bebê	
09- Volta à casa como prova de normalidade	06- Esperança de boa evolução
11- Esperança de boa evolução	
10- Convicção da mãe das vantagens da amamentação	07- Convicção da mãe das vantagens da amamentação
12- Dificuldade de adaptação à prematuridade	08- Dificuldade de adaptação à prematuridade
21- Aceitação das limitações da prematuridade	
13- Amamentação como desgaste para a mãe	09- Amamentação como desgaste para a mãe
19- Apreensão por não amamentar	
20- Dificuldade em manter somente a mama	
14- Necessidade do apoio da família no hospital	10- Necessidade do apoio da família
35- Anseio da mãe de retorno à casa	
16- Dificuldade de retornar ao ambulatório	11- Dificuldade de retornar ao ambulatório
17- Sentimento de culpa pelo parto prematuro	12- Sentimento de culpa pelo parto prematuro
18- Aceitação da gravidez inesperada	13- Aceitação da gravidez inesperada
22- Falta de compreensão da equipe	14- Falta de compreensão da equipe
23- Alta hospitalar como superação da prematuridade	15- Alta hospitalar como superação da prematuridade
24- Alta hospitalar como re-nascimento da criança	16- Alta hospitalar como re-nascimento da criança
25- Realização do cuidado materno na enfermaria canguru	17- Destaque no desempenho do papel materno na enfermaria canguru
45- Destaque no desempenho do papel materno	
26- Redução da separação entre mãe e bebê na enfermaria canguru	18- Redução da separação na enfermaria canguru
27- Aprendizagem do cuidado com o prematuro na enfermaria canguru	19- Aprendizagem do cuidado com o prematuro na enfermaria canguru
29- Compreensão materna da linguagem do bebê	

36- Facilitação da tarefa materna na enfermaria canguru	
30- Certeza da saúde do bebê como critério de alta	20- Saber cuidar como pré-requisito para a alta
39- Saber cuidar como pré-requisito para a alta	
31- Evolução do bebê como aprovação do método canguru	21- Evolução do bebê como aprovação do método canguru
32- Inclusão da família na enfermaria canguru	22- Enfermaria canguru como lugar de acolhimento e aprendizagem
37- Enfermaria canguru como lugar de acolhimento e aprendizagem	23- Dificuldade para amamentar
33- Dificuldade para amamentar	
34- Sentimento de conformação da mãe em não amamentar	24- Dificuldade de permanência no hospital/na posição canguru
38- Dificuldade inicial com a posição canguru	
43- Hesitação quanto a permanência no Hospital	
54- Dificuldade de convivência na enfermaria canguru	
40- Entendimento entre mãe e bebê	25- Entendimento entre mãe e bebê
41- Elaboração de planos para o futuro	26- Elaboração de planos para o futuro
42- Sentimento de vitória por conseguir amamentar	27- Proximidade entre mãe e bebê favorece a amamentação
56- Proximidade entre mãe e bebê favorece a amamentação	
44- Reprovação da separação vivenciada na UTI	28- Reprovação da separação vivenciada na UTI
58- Reprovação dos critérios de alta da unidade neonatal	
59- Limitação de cuidado materno na UTI	
46- Necessidade de atenção para a mãe do prematuro	29- Necessidade de atenção para a mãe do prematuro
47- Apoio da equipe do Canguru à mãe do prematuro	30- Método Canguru favorece a mãe e ao bebê
53- Bem-estar da mãe favorece a evolução do bebê	
52- Método canguru favorece o bebê	
48- Cuidado como amamentação e promoção da saúde	31- Cuidado como amamentação e promoção da saúde
49- Necessidade de aprendizagem do cuidado com o prematuro	32- Necessidade de aprendizagem do cuidado com o prematuro
50- Prematuridade como insegurança	
51- Aprovação do tratamento recebido no hospital	33- Aprovação do tratamento recebido no hospital
55- Questionamento sobre a orientação dada pela equipe da UTI	34- Questionamento sobre a orientação dada pela equipe da UTI
57- Ênfase no saber materno	35- Ênfase no saber materno

M3 - US-CS - Redução 2 → Redução 3

R2	R3
01- Conciliação entre o cuidado com o bebê e as demais atividades	01- Planejamento do cuidado com o bebê
03- Plano de oferta de cuidado de acordo com a demanda	
02- Prematuridade como ameaça	02- Prematuridade como ameaça à mãe e ao bebê
04- Prematuridade como desgaste para a mãe	
05- Alívio pela superação da prematuridade	03- Superação da prematuridade
15- Alta hospitalar como superação da prematuridade	
16- Alta hospitalar como re-nascimento da criança	
06- Esperança de boa evolução	04- Planejamento de um futuro saudável para o bebê
26- Elaboração de planos para o futuro	
07- Convicção da mãe das vantagens da amamentação	05- Convicção da mãe das vantagens da amamentação
08- Dificuldade de adaptação à prematuridade	06- Dificuldade de adaptação à prematuridade
24- Dificuldade de permanência no hospital/na posição canguru	
09- Amamentação como desgaste para a mãe	07- Dificuldade para amamentar
23- Dificuldade para amamentar	
10- Necessidade do apoio da família	08- Necessidade do apoio da família
11- Dificuldade de retornar ao ambulatório	09- Dificuldade de retornar ao ambulatório
12- Sentimento de culpa pelo parto prematuro	10- Sentimento de culpa pelo parto prematuro
13- Aceitação da gravidez inesperada	11- Aceitação do desempenho do papel materno
17- Destaque no desempenho do papel materno na enfermaria canguru	
14- Falta de compreensão da equipe	12- Necessidade de assistência à mãe do bebê prematuro
29- Necessidade de atenção para a mãe do prematuro	
18- Redução da separação na enfermaria canguru	13- Redução da separação na enfermaria canguru
19- Aprendizagem do cuidado com o prematuro na enfermaria canguru	14- Aprendizagem do cuidado com o prematuro no método canguru
20- Saber cuidar como pré-requisito para a alta	
22- Enfermaria canguru como lugar de acolhimento e aprendizagem	
30- Método Canguru favorece a mãe e ao bebê	
32- Necessidade de aprendizagem do cuidado com o prematuro	
21- Evolução do bebê como aprovação do método canguru	15- Aprovação do tratamento do método canguru
33- Aprovação do tratamento recebido no hospital	
25- Entendimento entre mãe e bebê	16- Entendimento entre mãe e bebê
27- Proximidade entre mãe e bebê favorece a amamentação	17- Amamentação como promoção da saúde no método canguru
31- Cuidado como amamentação e promoção da saúde	

28- Reprovação da separação vivenciada na UTI	18- Discordância das normas e condutas da UTI neonatal
34- Questionamento sobre a orientação dada pela equipe da UTI	
35- Ênfase no saber materno	19- Cuidado com ênfase no saber materno

M4 - US-CS - Redução 3 → Redução 4

R3	R4
01- Planejamento do cuidado com o bebê	01- Cuidado com o futuro do bebê
04- Planejamento de um futuro saudável para o bebê	
02- Prematuridade como ameaça à mãe e ao bebê	02- Prematuridade como ameaça à mãe e ao bebê
03- Superação da prematuridade	03- Superação da prematuridade
05- Convicção da mãe das vantagens da amamentação	04- Amamentação como promoção da saúde no método canguru
17- Amamentação como promoção da saúde no método canguru	
06- Dificuldade de adaptação à prematuridade	05- Dificuldade de adaptação à prematuridade
07- Dificuldade para amamentar	06- Necessidade de assistência à mãe do bebê prematuro
12- Necessidade de assistência à mãe do bebê prematuro	
08- Necessidade do apoio da família	07- Necessidade do apoio da família
09- Dificuldade de retornar ao ambulatorio	08- Dificuldade de retornar ao ambulatorio
10- Sentimento de culpa pelo parto prematuro	09- Sentimento de culpa pelo parto prematuro
11- Aceitação do desempenho do papel materno	10- Favorecimento do papel materno
13- Redução da separação na enfermaria canguru	
14- Aprendizagem do cuidado com o prematuro no método canguru	11- Aprendizagem do cuidado com o prematuro no método canguru
15- Aprovação do tratamento do método canguru	12- Aprovação do método canguru
19- Cuidado com ênfase no saber materno	
16- Entendimento entre mãe e bebê	13- Entendimento entre mãe e bebê
18- Discordância das normas e condutas da UTI neonatal	14- Discordância das normas e condutas da UTI neonatal

M5 - US-CS - Redução 4 → Redução 5

R4	R5
01- Cuidado com o futuro do bebê	01- Cuidado como promoção da saúde
04- Amamentação como promoção da saúde no método canguru	
02- Prematuridade como ameaça à mãe e ao bebê	02- Superação da ameaça da prematuridade
03- Superação da prematuridade	
05- Dificuldade de adaptação à prematuridade	03- Dificuldade materna com a prematuridade
06- Necessidade de assistência à mãe do bebê prematuro	
07- Necessidade do apoio da família	
08- Dificuldade de retornar ao ambulatório	
09- Sentimento de culpa pelo parto prematuro	04- Sentimento de culpa pelo parto prematuro
10- Favorecimento do papel materno	05- Aprovação do método canguru
11- Aprendizagem do cuidado com o prematuro no método canguru	
12- Aprovação do método canguru	
13- Entendimento entre mãe e bebê	06- Entendimento entre mãe e bebê
14- Discordância das normas e condutas da UTI neonatal	07- Discordância das normas e condutas da UTI neonatal

M6 - US-CS - Redução 5 → Redução 6

R5	R6
01- Cuidado como promoção da saúde	01- Método canguru como promoção da saúde
05- Aprovação do método canguru	
02- Superação da ameaça da prematuridade	02- Entendimento entre mãe e bebê como superação da prematuridade
06- Entendimento entre mãe e bebê	
03- Dificuldade materna com a prematuridade	03- Dificuldade materna com a prematuridade
04- Sentimento de culpa pelo parto prematuro	
07- Discordância das normas e condutas da UTI neonatal	04- Discordância das normas e condutas da UTI neonatal

M7 - US-CS - Redução 6 → Redução 7

R6	R7
01- Método canguru como promoção da saúde	01- Método canguru como promoção da saúde
02- Entendimento entre mãe e bebê como superação da prematuridade	02- Entendimento entre mãe e bebê como superação da prematuridade
03- Dificuldade materna com a prematuridade	03- Dificuldade materna com a prematuridade
04- Discordância das normas e condutas da UTI neonatal	

M8 - Proposições resultantes das entrevistas de saída do grupo Canguru

01- Método canguru como promoção da saúde
02- Entendimento entre mãe e bebê como superação da prematuridade
03- Dificuldade materna com a prematuridade

Anexo N - Redução das unidades de significado das entrevistas de saída do grupo Tradicional (US-TS)

N1 - Unidades de significado (US – TS) → Redução 1

US – TS	R1
01- Alta hospitalar como verdadeiro momento do nascimento	01- Alta hospitalar como re-nascimento
02- Sentimento de pertencimento surge somente após o perigo de morte ser afastado	
37- Alta hospitalar como momento de apropriação plena do papel materno	
03- Resquício do medo da morte do bebê	02- Permanência do bebê na unidade como ameaça a sua vida
20- Angústia pela permanência do bebê na unidade e desejo de levá-lo com saúde para casa	
04- Elaboração de planos para o futuro	03- Planejamento do cuidado com o bebê
80- Planos de dedicação exclusiva à criança	04- Esperança de boa evolução do bebê
05- Esperança de boa evolução do bebê	
39- Crença em boa evolução mesmo com a administração de leite artificial	05- Apreensão por não amamentar
06- Necessidade de justificar o fato de estar dando outro leite	
40- Apreensão pelo bebê não está mamando	
79- Insatisfação por não amamentar	06- Alta como esperança de que o pior tenha passado
07- Alta como esperança de que o pior tenha passado	
08- Cuidar como promover saúde e dar carinho	07- Cuidado como promoção de saúde e afetividade
38- Cuidar como promoção da saúde	
47- Cuidar como carinho	08- Cuidado como progressos no processo de amamentação
09- Cuidar como obter progressos no processo de amamentação	
10- Importância de o bebê pegar o peito	09- Dificuldade de amamentar
11- Suspensão na produção de leite materno	
45- Sentimento de ansiedade ao tentar amamentar	10- Sentimento de nervosismo da mãe como danoso para o bebê
12- Sentimento de nervosismo ao ficar com o bebê na posição canguru	
13- Receio não constatado de ter prejudicado o bebê com seu nervosismo	
14- Medo de retornar à enfermaria canguru e o bebê piorar	11- Dificuldade de permanência na enfermaria canguru
15- Dificuldade de permanência da mãe no Canguru por mal estar físico e emocional	
17- Necessidade de conciliar a permanência no Canguru e a assistência aos filhos que deixou em casa	

29- Problemas com o bebê ao chegar à enfermaria Canguru	
57- Insegurança em permanecer com o bebê na enfermaria Canguru	
16- Censura da equipe às queixas físicas e emocionais da mãe	12- Dificuldade de entendimento entre a mãe e a equipe
59- Dificuldade de entendimento entre a mãe e a equipe	
63- Temor de retaliação da equipe	
95- Dificuldade de relacionamento com a equipe	
18- Cuidado materno dividido com a equipe	13- Cuidado de mãe dividido com a equipe
19- Necessidade de confiar na equipe quando a mãe não está presente	
21- Aceitação do que a equipe ensina sobre o cuidado materno	14- Assimilação do ensinamento da equipe sobre cuidado materno
24- Assimilação do ensinamento da equipe sobre amamentação	
22- Dificuldade em manter o bebê somente mamando	15- Dificuldade em manter o bebê somente mamando
23- Necessidade de dar complemento com outro leite	
25- Reconhecimento dos sentimentos do bebê	16- Entendimento entre mãe e bebê
26- Entendimento entre mãe e bebê	
31- Insegurança materna como predição do mal estar do bebê	
33- Capacidade materna de captar os sinais dados pelo bebê	
27- Falta de entendimento da equipe dos sinais dados pelo bebê	17- Sinais do bebê não entendidos pela equipe
28- Planos para cuidar de acordo com a demanda do bebê	18- Planejamento de cuidado de acordo com a demanda
30- Desejo materno de manter proximidade com o bebê	19- Desejo materno de manter proximidade com o bebê
32- Percepção materna não valorizada pela equipe	20- Percepção materna não valorizada pela equipe
34- Sentimento de culpa por não ter seguido a própria intuição	21- Sentimento de culpa por não ter seguido a própria intuição
35- Ameaça à vida do bebê na enfermaria Canguru	22- Ameaça à vida do bebê na enfermaria canguru
36- Dificuldade de visitar diariamente o bebê devido à distância/fadiga	23- Dificuldade de retornar ao Hospital
97- Dificuldade de retornar ao ambulatório devido à distância	
98- Preocupação com a situação financeira	
41- Dificuldade do bebê em pegar o peito	24- Dificuldade do bebê em pegar o peito
42- Desejo da mãe de amamentar	25- Necessidade de desempenho pleno do papel materno
51- Satisfação da mãe em cuidar do bebê	
55- Necessidade de exercer plenamente o papel materno	
69- Desempenho do papel materno	
43- Falta de condições de colocar o bebê no peito no hospital	26- Obstáculos ao processo de amamentação no hospital
44- Falta de apoio da equipe ao processo da amamentação	
65- Obstáculos da equipe ao estabelecimento da amamentação	
46- Alta hospitalar como momento de felicidade	27- Alta hospitalar como momento de felicidade

48- Restrição do papel materno na unidade	28- Limitação do desempenho do papel materno no hospital
54- Impossibilidade de exercer plenamente o papel materno no hospital	
49- Intervenção inapropriada da equipe no cuidado materno	29- Intervenção inapropriada da equipe no cuidado materno
53- Sentimento de ser acusada pelo fato do bebê não mamar	
60- Saber da equipe sobrepõe se ao saber da mãe despreparada	
50- Despreparo da mãe e da equipe para enfrentar a prematuridade	30- Impotência da mãe e da equipe diante da prematuridade
52- Sentimento de impotência diante dos problemas do bebê	
56- Vitória por conseguir amamentar	31- Vitória pela amamentação exclusiva na unidade
64- Busca de estratégias para amamentar na unidade	
58- Falta de assistência à mãe pela equipe	32- Falta de assistência à mãe pela equipe
61- Necessidade de dar importância aos aspectos maternos no cuidado com o bebê	33- Necessidade de ênfase nos aspectos maternos do cuidado com o bebê
62- Cuidar de prematuro é desgastante	
66- Adaptação da mãe à prematuridade	
67- Cuidado como presença e atenção	34- Cuidado como prioridade e promoção de bem-estar
81- Cuidar como exclusividade e promoção de bem estar	
82- Cuidar como prioridade	
85- Cuidar como proporcionar boa higiene, saúde e alimentação	
68- Entendimento entre mãe e equipe	35- Entendimento entre mãe e equipe
70- Sentimento de conformação em não amamentar	36- Sentimento de conformação em não amamentar
71- Dificuldade de vaga na enfermaria canguru	37- Dificuldade de vaga na enfermaria canguru
72- Temor de ir para a enfermaria canguru e ter uma decepção	38- Temor de ir para a enfermaria canguru e ter uma decepção
73- Dificuldade de aceitar que a criança passe mal, sem se saber por que, estando com a mãe	39- Dificuldade em cuidar do bebê prematuro
78- Dificuldade em cuidar do bebê	
101- Exigência de cuidado especial para o prematuro	
74- Tentativa de não passar nervosismo para o bebê	
91- Receio de ter prejudicado o bebê	40- Receio de prejudicar o bebê
92- Sentimento de culpa pelo parto prematuro	
75- Sacrifício em prol do bem-estar do bebê	41- Sacrifício em prol do bem-estar do bebê
76- Alusão à própria experiência em cuidar de bebês	42- Alusão à própria experiência em cuidar de bebês
77- Falta de confiança na superação dos problemas da prematuridade	43- Medo de problemas futuros relacionados à prematuridade
83- Temor pelo aparecimento de anormalidades	
84- Necessidade de cuidar da casa e do marido	44- Necessidade de cuidar da casa e do marido

86- Alta como momento de insegurança e ansiedade	45- Necessidade de garantia no cuidado com o prematuro
87- Necessidade de garantias para cuidar do bebê	
90- Cuidado como expectativa	
88- Reprovação do cuidado dispensado na unidade neonatal	46- Discordância do cuidado dispensado ao bebê na unidade neonatal
89- Argumentação da mãe a favor da concomitância da sucção ao peito e na mamadeira	
93- Saber cuidar como pré-requisito para a alta	47- Saber cuidar como pré-requisito para a alta
94- Cuidar como responsabilidade	
96- Apesar da prematuridade o bebê é saudável	48- Apesar da prematuridade o bebê é saudável
99- Maior possibilidade de amamentar na enfermaria canguru	49- Maior possibilidade de amamentar na enfermaria canguru
100- Dificuldade de aceitar a prematuridade	50- Dificuldade de aceitar a prematuridade

N2 - US – TS: Redução 1 → Redução 2

R1	R2
01- Alta hospitalar como re-nascimento	01- Alta hospitalar como re-nascimento
02- Permanência do bebê na unidade como ameaça a sua vida	
03- Planejamento do cuidado com o bebê	02- Planejamento do cuidado com o bebê
04- Esperança de boa evolução do bebê	03- Esperança de boa evolução do bebê
05- Apreensão por não amamentar	04- Apreensão por não amamentar
06- Alta como esperança de que o pior tenha passado	05- Alta como esperança de que o pior tenha passado
07- Cuidado como promoção de saúde e afetividade	06- Cuidado como promoção de saúde e afetividade
08- Cuidado como progresso no processo de amamentação	
09- Dificuldade de amamentar	07- Dificuldade de estabelecimento da amamentação
24- Dificuldade do bebê em pegar o peito	
26- Obstáculos ao processo de amamentação no hospital	
10- Sentimento de nervosismo da mãe como danoso para o bebê	
40- Receio de prejudicar o bebê	08- Receio de prejudicar o bebê
11- Dificuldade de permanência na enfermaria canguru	
22- Ameaça à vida do bebê na enfermaria canguru	09- Permanência na enfermaria canguru como ameaça
12- Dificuldade de entendimento entre a mãe e a equipe	
17- Sinais do bebê não entendidos pela equipe	10- Falta de compreensão da equipe
20- Percepção materna não valorizada pela equipe	
29- Intervenção inapropriada da equipe no cuidado materno	
13- Cuidado de mãe dividido com a equipe	11- Divisão do cuidado com a equipe
21- Sentimento de culpa por não ter seguido a própria intuição	
14- Assimilação do ensinamento da equipe sobre cuidado materno	12- Entendimento entre mãe e equipe
35- Entendimento entre mãe e equipe	
15- Dificuldade em manter o bebê somente mamando	13- Dificuldade em manter o bebê somente mamando
16- Entendimento entre mãe e bebê	14- Entendimento entre mãe e bebê
18- Planejamento de cuidado de acordo com a demanda	
19- Desejo materno de manter proximidade com o bebê	15- Necessidade de desempenho pleno do papel materno
25- Necessidade de desempenho pleno do papel materno	
23- Dificuldade de retornar ao Hospital	16- Dificuldade de retornar ao Hospital
27- Alta hospitalar como momento de felicidade	17- Alta hospitalar como momento de felicidade
28- Limitação do desempenho do papel materno no hospital	18- Limitação do desempenho do papel materno no hospital
30- Impotência da mãe e da equipe diante da prematuridade	19- Dificuldade em cuidar do bebê prematuro

39- Dificuldade em cuidar do bebê prematuro	
31- Vitória pela amamentação exclusiva na unidade	20- Vitória pela amamentação exclusiva na unidade
32- Falta de assistência à mãe pela equipe	21- Falta de assistência à mãe pela equipe
33- Necessidade de ênfase nos aspectos maternos do cuidado com o bebê	22- Ênfase nos aspectos maternos do cuidado com o bebê
44- Necessidade de cuidar da casa e do marido	
34- Cuidado como prioridade e promoção de bem-estar	23- Cuidado como prioridade e promoção de bem-estar
41- Sacrifício em prol do bem-estar do bebê	
36- Sentimento de conformação em não amamentar	24- Sentimento de conformação em não amamentar
37- Dificuldade de vaga na enfermaria canguru	25- Dificuldade de vaga na enfermaria canguru
38- Temor de ir para a enfermaria canguru e ter uma decepção	26- Necessidade de garantia no cuidado com o prematuro
45- Necessidade de garantia no cuidado com o prematuro	
42- Alusão à própria experiência em cuidar de bebês	27- Saber cuidar como pré-requisito para a alta
47- Saber cuidar como pré-requisito para a alta	
43- Medo de problemas futuros relacionados à prematuridade	28- Medo de problemas futuros relacionados à prematuridade
46- Discordância do cuidado dispensado ao bebê na unidade neonatal	29- Discordância do cuidado dispensado ao bebê na unidade neonatal
48- Apesar da prematuridade o bebê é saudável	30- Apesar da prematuridade o bebê é saudável
49- Maior possibilidade de amamentar na enfermaria canguru	31- Maior possibilidade de amamentar na enfermaria canguru
50- Dificuldade de aceitar a prematuridade	32- Dificuldade de aceitar a prematuridade

N3 - US – TS: Redução 2 → Redução 3

R2	R3
01- Alta hospitalar como re-nascimento	01- Alta hospitalar como superação do pior
05- Alta como esperança de que o pior tenha passado	
02- Planejamento do cuidado com o bebê	02- Esperança de evolução saudável para o bebê
03- Esperança de boa evolução do bebê	
30- Apesar da prematuridade o bebê é saudável	
04- Apreensão por não amamentar	03- Receio de prejudicar o bebê
08- Receio de prejudicar o bebê	
06- Cuidado como promoção de saúde e afetividade	04- Cuidado como prioridade na promoção de bem-estar
23- Cuidado como prioridade e promoção de bem-estar	
07- Dificuldade de estabelecimento da amamentação	05- Dificuldade de estabelecimento da amamentação
13- Dificuldade em manter o bebê somente mamando	
24- Sentimento de conformação em não amamentar	
09- Permanência na enfermaria canguru como ameaça	06- Permanência na enfermaria canguru como ameaça
10- Falta de compreensão da equipe	07- Falta de compreensão da equipe
11- Divisão do cuidado com a equipe	08- Entendimento entre mãe e equipe
12- Entendimento entre mãe e equipe	
14- Entendimento entre mãe e bebê	09- Entendimento entre mãe e bebê
15- Necessidade de desempenho pleno do papel materno	10- Desempenho pleno do papel materno como vitória
20- Vitória pela amamentação exclusiva na unidade	
16- Dificuldade de retornar ao Hospital	11- Dificuldade de retornar ao Hospital
17- Alta hospitalar como momento de felicidade	12- Alta hospitalar como momento de felicidade
18- Limitação do desempenho do papel materno no hospital	13- Dificuldade em cuidar do bebê prematuro
19- Dificuldade em cuidar do bebê prematuro	
21- Falta de assistência à mãe pela equipe	14- Falta de assistência à mãe pela equipe
22- Ênfase nos aspectos maternos do cuidado com o bebê	15- Ênfase nos aspectos maternos do cuidado com o bebê
25- Dificuldade de vaga na enfermaria canguru	16- Dificuldade de vaga na enfermaria canguru
26- Necessidade de garantia no cuidado com o prematuro	17- Necessidade de garantia no cuidado com o prematuro
27- Saber cuidar como pré-requisito para a alta	18- Saber cuidar como pré-requisito para a alta
28- Medo de problemas futuros relacionados à prematuridade	19- Medo de problemas futuros relacionados à prematuridade
29- Discordância do cuidado dispensado ao bebê na unidade neonatal	20- Discordância do cuidado dispensado ao bebê na unidade neonatal
31- Maior possibilidade de amamentar na enfermaria canguru	21- Maior possibilidade de amamentar na enfermaria canguru
32- Dificuldade de aceitar a prematuridade	22- Dificuldade de aceitar a prematuridade

N4 - US - TS: Redução3→ Redução 4

R3	R4
01- Alta hospitalar como superação do pior	01- Alta hospitalar como felicidade pela superação do pior
12- Alta hospitalar como momento de felicidade	
02- Esperança de evolução saudável para o bebê	02- Cuidado como promoção de evolução saudável
03- Receio de prejudicar o bebê	
04- Cuidado como prioridade na promoção de bem-estar	
05- Dificuldade de estabelecimento da amamentação	03- Dificuldade de estabelecimento da amamentação
21- Maior possibilidade de amamentar na enfermaria canguru	
06- Permanência na enfermaria canguru como ameaça	04- Permanência na enfermaria canguru como ameaça
07- Falta de compreensão da equipe	05- Necessidade de entendimento entre mãe e equipe
08- Entendimento entre mãe e equipe	
20- Discordância do cuidado dispensado ao bebê na unidade neonatal	
09- Entendimento entre mãe e bebê	06- Entendimento entre mãe e bebê
10- Desempenho pleno do papel materno como vitória	
11- Dificuldade de retornar ao Hospital	07- Dificuldade em cuidar do bebê prematuro
13- Dificuldade em cuidar do bebê prematuro	
14- Falta de assistência à mãe pela equipe	08- Necessidade de assistência da equipe à mãe do bebê prematuro
15- Ênfase nos aspectos maternos do cuidado com o bebê	
16- Dificuldade de vaga na enfermaria canguru	09- Dificuldade de vaga na enfermaria canguru
17- Necessidade de garantia no cuidado com o prematuro	10- Saber cuidar como garantia à evolução saudável
18- Saber cuidar como pré-requisito para a alta	
19- Medo de problemas futuros relacionados à prematuridade	11- Prematuridade como algo insuperável
22- Dificuldade de aceitar a prematuridade	

N5 - US – TS: Redução4 → Redução 5

R4	R5
01- Alta hospitalar como felicidade pela superação do pior	01- Alta hospitalar como felicidade pela superação do pior
02- Cuidado como promoção de evolução saudável	02- Saber cuidar como garantia à evolução saudável
10- Saber cuidar como garantia à evolução saudável	
03- Dificuldade de estabelecimento da amamentação	03- Dificuldade em cuidar do bebê prematuro
07- Dificuldade em cuidar do bebê prematuro	
04- Permanência na enfermaria canguru como ameaça	04- Prematuridade como algo insuperável
11- Prematuridade como algo insuperável	
05- Necessidade de entendimento entre mãe e equipe	05- Necessidade de assistência da equipe à mãe do bebê prematuro
08- Necessidade de assistência da equipe à mãe do bebê prematuro	
09- Dificuldade de vaga na enfermaria canguru	
06- Entendimento entre mãe e bebê	06- Entendimento entre mãe e bebê

N6 - US – TS: Redução 5 → Redução 6

R5	R6
01- Alta hospitalar como felicidade pela superação do pior	01- Alta hospitalar como superação do pior
02- Saber cuidar como garantia à evolução saudável	02- Entendimento entre mãe e bebê como garantia de boa evolução
06- Entendimento entre mãe e bebê	
03- Dificuldade em cuidar do bebê prematuro	03- Prematuridade como algo insuperável
04- Prematuridade como algo insuperável	
05- Necessidade de assistência da equipe à mãe do bebê prematuro	04- Necessidade de assistência da equipe à mãe

N7 - US – TS: Redução 6 → Redução 7

R6	R7
01- Alta hospitalar como superação do pior	01- Dificuldade de superação da prematuridade
03- Prematuridade como algo insuperável	
02- Entendimento entre mãe e bebê como garantia de boa evolução	02- Entendimento entre mãe e bebê como garantia de boa evolução
04- Necessidade de assistência da equipe à mãe	03- Necessidade de assistência da equipe à mãe

N8 - Proposições resultantes das entrevistas de saída do grupo Tradicional

01- Dificuldade de superação da prematuridade
02- Entendimento entre mãe e bebê como garantia de boa evolução
03- Necessidade de assistência da equipe à mãe

8 REFERÊNCIAS

- AAP - American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Nutritional needs of low birth weight infants. *Pediatrics*. 1985;75:976-86.
- AAP - American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115:496-506.
- Abreu IC, Souza AMB, Oliveira AG. Incidência de hemorragia peri-intraventricular em recém-nascidos pré-termo e a relação com o peso ao nascer. *Rev Bras Cres Des Hum*. 2007;17:24-30.
- Akerström S, Norman M. Successful breast feeding after neonatal intensive care. *Lakartidningen*. 2004;101:990-3.
- Almeida CM, Almeida AFN, Forti EMP. Efeitos do método Mãe Canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11:1-5.
- Als H. A synergistic model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infants and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Phys Occup Ther Pediatr*. 1986;6:3-53.
- Als H, Butler SC. Neurobehavioral development of the preterm infant. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC. *Fanaroff and Martin's Neonatal-perinatal medicine: disease of the fetus and infant*, St. Louis: Mosby, 2006. p.1051-68.
- Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Rivkin MJ, Vajapeyam S, Mulkern RV. Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*. 2004;113:846-57.
- Als H, Lawhon G, Duffy FH, McAnulty GB, Gibes-Grossman R, Blickman JG. Individualized developmental care for the very low birth weight preterm infant: medical and neurofunctional effects. *Jama*. 1994;272:853-8.
- Alves AML, Silva EHAA, Oliveira AC. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2007;12:23-8.
- Alves-Mazzotti AJ, Gewandszajder F. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira, 2001.
- Amiel-Tison C. Neurological evaluation of the maturity of newborn infants. *Arch. Dis. Childh*. 1968;43:89-93.
- Anchieta LM, Xavier CC, Colosimo EA. Crescimento de recém-nascidos pré-termos nas primeiras 12 semanas de vida. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:267-76.

Anderson GC, Chiu S-H, Dombrowski MA, Swinth JY, Albert JM, Wada N. Mother-newborn contact in a randomized trial of Kangaroo (skin-to-skin) care. *JOGNN*. 2003;32:604-11.

Andrade ISN, Guedes ZCF. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. *Rev Bras Saúde Matern Infan*. 2005;5:61-9.

Aylward GP. Cognitive and neuropsychological outcomes: more than IQ scores. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2002;8: 234-40.

Babson SG, Benda GI. Growth graphs for the clinical assessment of infants of varying gestational age. *J Pediatr*. 1976;89:814-20.

Bakketeig LS. Current growth standarts, definitions, diagnosis and classification of the growth retardation. *Europ J Clin Nutr*. 1998;52:S1-4.

Balcazar H, Haas J. Classification schemes of small-for gestational age and type of intrauterine growth retardation and its implications to early neonatal mortality. *Early Hum Dev*. 1990;24:219-30.

Battaglia FC, Lubchenco LO. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *J Pediatr*. 1967;71:159-163.

Battaglia FC. SGA, IUGR, FGR and everything in between. *NeoReviews*. 2003;4:e91-3.

Bauer K, Bovermann G, Roithmaier A, Götz M, Präiss A, Versmold HT. Body composition, nutrition, and fluid balance during the first two weeks of life in preterm neonates weighing less than 1500 grams. *J Pediatr*. 1991;118:615-20.

Bertino E, Coscia A, Mombrò M, Boni L, Rossetti G, Fabris C. et al. Postnatal weight increase and growth velocity of very low birth weight infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2006;91:F349-56.

Bicalho-Mancini PG, Velásquez-Meléndez G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:241-8.

Bier JAB, Ferguson AE, Morales Y, Liebling JA, Archer D, Oh W, Vohr BR. Comparison of skin-to-skin contact with standard contact in low-birth-weight infants who are breast-fed. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150:1265-9.

Bier JAB, Oliver T, Ferguson AE, Vohr BR. Human milk improves cognitive and motor development of premature infants during infancy. *J Human Lact*. 2002;18:361-7.

Bortolozo EAFQ, Tiboni EB; Cândido LMB. Leite humano processado em bancos de leite para o recém-nascido de baixo peso: análise nutricional e proposta de um novo complemento. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16:199-205.

Bowlby J. As origens do apego. In: Bowlby J. *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p.33-47.

Bowlby J. *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

Bowlby J. Ontogênese do apego no ser humano. In: Bowlby J. *Apego*. São Paulo: Martins Fontes; 1990. p.282-380.

Boyd CA, Quigley MA, Brocklehurst P. Donor breast milk versus infant formula for preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2007;92:F169-75.

Braga TDA, Lima MC. Razão peso/comprimento: um bom indicador do estado nutricional em recém-nascidos a termo? *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78:219-24.

Bragelien R, Røkke W, Markestad T. Stimulation of sucking and swallowing to promote oral feeding in premature infants. *Acta Paediatrica*. 2007;96:1430-2.

Brandon DH, Holditch-Davis D, Beylea M. Nursing care and the development of sleeping and waking behaviors in preterm infants. *Res Nurs Health*. 1999;22:217-29.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. *Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brazelton TB. O bebê: parceiro na interação. In: Brazelton TB, Cramer B, Kreisler L, Scappi R, Soulé M. *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Browne JV. Early relationship environments: physiology of skin-to-skin contact for parents and their preterm infants. *Clin Perinatol*. 2004;31:287-98.

Budin P. *Les consultations de nourrissons*. Annales de Médecine et Chirurgie Infantiles. 1905. [citado 15 dez 2007]. Disponível em: <http://www.se-neonatal.es/se-neonatal/SENFra2.htm>.

Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:S126-30.

Camelo Jr JS. Recém-nascidos de muito baixo peso e estado nutricional: certezas e incertezas. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:5-6.

Campbell BA. Utilizing sonography to follow fetal growth. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1998;25:597-607.

Canotilho MM. *Efeitos do método Mãe-Canguru sobre o desenvolvimento motor de bebês pré-termo extremos* [Tese]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2005.

Canotilho MM. Método Mãe-Canguru de assistência ao recém-nascido de baixo peso: mudando práticas e humanizando a assistência. *Temas Desenvol.* 2002;11:30-6.

Cardoso LEMB, Falcão MC. Análise do crescimento de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso através de curvas de crescimento pré e pós-natal. *Rev Bras Nutr Clin.* 2006;21:278-83.

Carlson SJ, Ziegler EE. Nutrient intakes and growth of very low birth weight infants. *J Perinatol.* 1998;18:252-8.

Carvajal JA, Morales Y, Germain AM. Restricción de crecimiento fetal: un hallazgo frecuente entre los recién nacidos prematuros. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2001;66:463-71.

Carvajal JA, Vera CP-G, Vargas PI, Jordan F, Patillo AG, Oyarzún EE. Subdiagnóstico de restricción de crecimiento fetal mediante la aplicación de las curvas de crecimiento intrauterino del Ministerio de Salud. *Rev Med Chile.* 2007;135:436-42.

Carvalho AEV, Linhares MBM, Martinez FE. História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (< 1.500g). *Psicologia Reflexão e Crítica.* 2001;14:1-33.

Casey PH, Kraemer HC, Bernbaum J, Yogman MW, Sells JC. Growth status and growth rates of a varied sample of low birth weight, preterm infants: a longitudinal cohort from birth to three years of age. *J Pediatr.* 1990;119:599-605.

Casey PH. Growth of low birth weight preterm children. *Semin Perinatol.* 2008;32:20-7.

Cernadas JMC, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Human Lact.* 2003;19:136-44.

Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Figueroa ZC, Charpak Y. A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics.* 2001;108:1072-9.

Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Figueroa ZC, Charpak Y. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants <2000 grams: a randomized, controlled trial. *Pediatrics.* 1997;100:682-8.

Charpak N, Ruiz-Peláez JG, M Med Sci on behalf of the KMC team. Breast milk composition in a cohort of pre-term infants' mothers followed in an ambulatory programme in Colombia. *Acta Paediatrica.* 2007;96:1755-9.

Cheng Y, Chung J, Bryant A, Caughey A. Small for gestational age at term: How small is too small? *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195:S199-9.

Colameo AJ, Rea MF. O método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. *Cad Saúde Pub*. 2006;22:597-607.

Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. *Método madre canguro para reducir la morbilidad en neonatos con bajo peso al nacer* [Cochrane Review]. In: La Biblioteca Cochrane Plus. 2007.

Cooke RJ, Ainsworth SB, Fenton AC. Postnatal growth retardation: a universal problem in preterm infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2004;89:F428-30.

Cooke RWI. Conventional birth weight standards obscure fetal growth restriction in preterm infants. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal*. 2007;92:189-92.

Cooper PA, Rothberg AD, Davies VA, Horn J, Vogelmann I. Three-year growth and developmental follow-up of very low birth weight infants fed own mother's milk, a premature infant formula, or one of two standard formulas. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr*. 1989;8:348-54.

Costa SP, SCHANS CP. The reliability of the neonatal oral-motor assessment scale. *Acta Paediatrica*. 2008;97:21-6.

Crawford MA, Hall B, Laurance BM, Munhambo A. Milk lipids and their variability. *Curr. Med. Res. Opinion*. 1976;4:33-43.

Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. London: SAGE Publications, 1998.

Cruvinel FG, Macedo EC. Interação mãe-bebê pré-termo e mudança no estado de humor: comparação do método Mãe-Canguru com visita na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Saúde Matern Infan*. 2007;7:449-55.

Cunha I. *Treinamento perinatal: conhecimentos básicos para a promoção de uma melhor qualidade de vida*. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzatto; 1991.

Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;75:5-23.

Delgado SE, Zorzetto M. A amamentação de bebês pré-termo: um caminho possível para a construção da comunicação. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2003;13:53-62.

Delgado SE. A construção do caminho do vínculo mãe adolescente/bebê pré-termo. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2002;12:27-35.

Denne SC, Poindexter BB, Leitch CA, Ernst JA, Lemons PK, Lemons JA. Nutritional and metabolism in the high risk neonate. Enteral nutrition. In: Martin RJ, Fanaroff

AA.; Walsh MC. *Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine: disease of the fetus and infant*. St. Louis: Mosby, 2006. p.661-78.

Dodd VL. Implications of Kangaroo care for growth and development in preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34:218-32.

Dusick AM, Poindexter BB, Ehrenkranz RA, Lemons JA. Growth failure in the preterm infant: can we catch up? *Semin Perinatol*. 2003;27:302-10.

Ehrenkranz RA, Younes N, Lemons JA, Fanaroff AA, Donovan EF, Wright LL, et al. Longitudinal growth of hospitalized very low birth weight infants. *Pediatrics*. 1999;104:280-9.

Ehrenkranz RA. Growth outcomes of very low-birth weight infants in the newborn intensive care unit. *Clin Perinatol*. 2000;27:325-45.

Espinoza J, Kusanovic J, Kim C, Kim Y, Kim J, Hassan S, et al. An episode of preterm labor is a risk factor for the birth of a small-for-gestational-age neonate. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196:574.e1-6.

Falcão MC. Avaliação e terapia nutricional do recém nascido. In: Lopez FA, Brasil ALD. *Nutrição e dietética em clínica pediátrica*. São Paulo: Editora Atheneu; 2003. p.37-51.

Fanaroff AA, Stoll BJ, Wright LL, Carlo WA, Ehrenkranz RA, Stark AR et al. [NICHD Neonatal Research Network]. Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birthweight infants. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196:147-54.

Fazzi E, Orcesi S, Telesca C, Ometto A, Rondini G, Lanzi G. Neurodevelopmental outcome in very low birth weight infants at 24 months and 5 to 7 years of age: changing diagnosis. *Pediatr Neurol*. 1997;17:240-8.

Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*. 2002;110:16-26.

Feldman R, Eidelman AI. Direct and indirect effects of breast milk on the neurobehavioral and cognitive development of premature infants. *Dev Psychobiology*. 2003;43:109-19.

Feldman R, Eidelman AI. Intervention programs for premature infants. How and do they affect development? *Clin Perinatol*. 1998;25:613-26.

Ferber SG, Makhoul IR. Neurobehavioral assessment of skin-to-skin effects on reaction to pain in preterm infants: a randomized, controlled within-subject trial. *Acta Paediatrica*. 2008;97:171-6.

Ferber SG, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (Kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2004;113:858-65.

Flacking R, Nyqvist KH, Ewald U, Wallin L. Long-term duration of breastfeeding in swedish low birth weight infants. *J Human Lact.* 2003;19:157-65.

Foiadelli F, Buhler KEB, Oliveira FM. O aleitamento materno em recém-nascidos pré-termos um mês após a alta hospitalar. *Fonologia atual.* 2005;8:41-53.

Freud S. Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância. In: Strachey J. [Ed.] *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* São Paulo: Editora Imago; 1970. v.XI, p.53-124.

Furman L, Minich N, Hack M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. *Pediatrics.* 2002;109:e57-64.

Furman L, Minich N. Evaluation of breastfeeding of very low birth weight infants: can we use the infant breastfeeding assessment tool? *J Human Lact.* 2006;22:175-81.

Furman L; Kennell J. Breastmilk and skin-to-skin kangaroo care for premature infants. Avoiding bonding failure. *Acta Paediatrica.* 2000;89:1358-63.

Gaebler CP, Hanzlik JR. The effects of a prefeeding stimulation program on preterm infants. *Am J Occup Ther.* 1996;50:184-92.

Galeffi DA. O que é isso — a fenomenologia de Husserl? *Ideação.* 2000;5:13-36.

Gardosi, J. The application of individualized fetal growth curves. *J Perinat Med.* 1998;26:333-8.

Garite T, Clark R, Thorp J. Intrauterine growth restriction increases morbidity and mortality among premature neonates. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:481–7.

Georgieff MK. Nutrition. In: Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG [editors]. *Neonatology: pathophysiology and management of the newborn.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 363-94.

Gianini NM, Vieira AA, Moreira ME. Avaliação dos fatores associados ao estado nutricional na idade corrigida de termo em recém-nascidos de muito baixo peso. *J Pediatr (Rio J).* 2005;81:34-40.

Gianini NOM. *Práticas nutricionais nos recém-nascidos com menos de 1500 gramas* [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueiras, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* São Paulo: Atlas, 1999.

Gomes ALH. *As especificidades do vínculo da mãe com o bebê pré-termo na situação de internação* [Dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo; 2001.

Gomes-Pedro J. Influence of early mother-infant contact on dyadic behaviour during the first month of life. *Dev Med Child Neurol.* 1984;26:657-64.

Gomez HM, Sanabria ER, Marquette CM. The mother kangaroo programme. *Int. Child Health*. 1992;3:55-67.

Grandi C, Tapia JL, Marshall, G. [Grupo colaborativo Neocosur]. Avaliação da severidade, proporcionalidade e risco de morte em recém-nascidos de muito baixo peso com restrição do crescimento fetal. Análise multicêntrica sul-americana. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:198-204.

Gray I, Watt I, Blass E. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*. 2000;105:1-6.

Greberg MT, Crinc KA. Longitudinal predictors of the developmental status and social interaction in premature and fullterm infants to age two. *Child Dev*. 1988;59:554-70.

Grisi S. Puericultura sob um novo enfoque: crianças que viverão cem anos ou mais. In: Taddei JAAC [coordenador]. *Jornadas Científicas do NISAN: Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional 2006/2007*. São Paulo: Minha Editora, 2008. p.265-73.

Gross SJ, David RJ, Bauman L, Tomarelli RM. Nutritional composition of milk produced by mothers delivering preterm. *J Pediatr*. 1980;96:641-4.

Grupo Colaborativo Neocosur. Very low birth weight infants outcome in 11 southamerican NICU's. *J Perinatol*. 2002;22:2-7.

Gutbrod T. Effects of gestation and birth weight on the growth and development of very low birth weight small for gestational age infants: a matched-group comparison. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal*. 2000;82:208-14.

Haguette TMF. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1992.

Hall RT. Nutritional follow-up of the breastfeeding premature infant after hospital discharge. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48:453-60.

Hall WA, Shearer BNK, Mogan J, Berkowitz J. Weighing preterm infants before & after breastfeeding: does it increase maternal confidence and competence? *MCN - The American Journal of Maternal Child Nursing*. 2002;27:318-26.

Halpern R, Giugliani ERJ, Victora CG, Barros FC, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76:421-8.

Harding R. Fetal origins of postnatal health and disease. *Early Human Development*. 2005;81:721-2.

Hatton DC, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron DA. Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. *J Human Lact*. 2005;21:44-9.

Hawdon JM, Beauregard N, Slaterry J, Kennedy G. Identification of neonates at risk of developing feeding problems in infancy. *Dev Med Child Neurol.* 2000;42:235–9.

Hediger ML, Overpeck MD, Ruan WJ, Troendle JF. Birth weight and gestational age effects on motor and social development. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2002;16:36-46.

Heidegger M. Ciência e pensamento do sentido. In: Heidegger M. *Ensaio e conferências*. São Paulo: Vozes, 2002. p.39-60.

Heidegger M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Editora Vozes; 2001. v.1, p.68.

Heird WC. Progress in promoting breast-feeding, combating malnutrition, and composition and use of infant formula, 1981–2006. *J Nutr.* 2007;137:499S-502S.

Henderson G, Anthony MY, McGuire W. *Formula milk versus term human milk for feeding preterm or low birth weight infants* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 2007.

Hernandez AM, Giordan CR, Shiguematsu, RA. A intervenção fonoaudiológica em recém-nascidos de risco para distúrbios da deglutição e sua influência no aleitamento materno. *Rev Bras Nutr Clin.* 2007;22:41-4.

Hibberd CM, Brooke OG, Carter ND. Variation in the composition of breast milk during the first 5 weeks of lactation: implications for the feeding of preterm infants. *Arch. Dis. Child.* 1982;57:658-62.

Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT. Effects of pumping style on milk production in mothers of non-nursing preterm infants. *J Human Lact.* 1999;15:209-16.

Hill PD, Aldag JC, Demirtas H, Zinaman M, Chatterton RT. Mood states and milk output in lactating mothers of preterm and term infants. *J Human Lact.* 2006;22:305-14.

Hill PD, Ledbetter RJ, Kavanaugh KL. Breastfeeding patterns of low-birth-weight infants after hospital discharge. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1997;26:189-97.

Holanda ACOS. *Perfil do ambulatório de recém-nascidos egressos de uma UTI neonatal* [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2002.

Horta BL, Barros FC; Halpern R, Victora CG. Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 1996;12:27-31.

Horwood LJ, Darlow BA, Mogridge N. Breast milk feeding and cognitive ability at 7-8 years. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal.* 2001;84:F23–7.

Hurst NM, Meier PP, Engstrom JL, Myatt A. Mothers performing in-home measurement of milk intake during breastfeeding of their preterm infants: maternal reactions and feeding outcomes. *J Hum Lact.* 2004;20:178-87.

Husserl E. *A idéia da fenomenologia*. Lisboa: Edições 70, 1990.

Husserl E. *Mediações cartesianas*. São Paulo: Madras editora, 2001.

Hylander MA, Strobino DM, Dhanireddy R. Human milk feeding and infection among very low birth weight infants. *Pediatrics*. 1998;102:e38-43

Johnston RB, Williams MA, Hogue CJR, Mattison DR. Overview: new perspectives on the stubborn challenge of preterm birth. *Paediatric Perinatal Epidemiol*. 2001;15:3-6.

Kaarensen KPI, Rønning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*. 2006;118:9-19.

Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev. Saúde Pública*. 2003;37:303-10.

Kipiani T, Tatishvili N, Sirbiladze TS. Long-term neurological development of the preterm newborns. *Georgian Med News*. 2007;142:42-5.

Klaus HM, Kennell JH, Depompei PM. Care of the mother, father, and infant. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC. *Fanaroff and Martin's Neonatal-perinatal medicine: disease of the fetus and infant*. St. Louis: Mosby, 2006. p.645-60.

Klaus HM, Kennell JH. *Pais-bebês: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Klaus HM, Kennell JH. Parents in the preterm nursery and subsequent evolution of care. *NeoReviews*. 2004;5:e397-405.

Klaus MH, Kennell JH; Klaus PH. *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

Kleberg A, Westrup B, Stjernqvist K, Lagercrantz H. Indications of improved cognitive development at one year of age among infants born very prematurely who received care based on the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Early Human Development*. 2002;68:83-91.

Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 1987;65:663-737.

Kuan LW. et. al. Health System factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics*. 1999;104:e28-35.

Kuhn CM, Schanberg SM. Responses to maternal separation: mechanisms and mediators. *Int J Dev Neurosci*. 1998;16:261-70.

Kumar SP, Mooney R, Wieser LJ, Havstad S. The LATCH scoring system and prediction of breastfeeding duration. *J Human Lact*. 2006;22:391-7.

Kupfer MCM, Brant JAC, Pesaro ME. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2003;6:7-25.

Ladomenou F, Kafatos A, Galanakis E. Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica*. 2007;96:1441-4.

Lamounier JA. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 1998;44:319-24.

Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Hennig MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciê. Saúde Coletiva*. 2005;10:659-68.

Lau C. Oral feeding in the preterm infant. *NeoReviews*. 2006;7:e19-27.

Leão Filho JC, Lira PIC. Estudo da proporcionalidade corporal de recém-nascidos a termo segundo o índice ponderal de Rohrer e grau de retardo de crescimento intra-uterino. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19:1603-10.

Lemons JA, Bauer CR, Oh W, Korones SB, Papile LA, Stoll BJ et al. Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, January 1995 through December 1996. *Pediatrics*. 2001;107:e1-8.

Levin A. Humane neonatal care initiative. *Acta Paediatrica*. 1999;88:353-5.

Lima G, Quintero-Romero S, Cattaneo A. Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil. *Annals of Tropical Paediatrics*. 2000;20:22-6.

Lubchenco LO, Hansman C, Dressler M, Boyd E. Intrauterine growth as estimated from live born birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. *Pediatrics*. 1963;32:793-800.

Lucas A, Morley R, Cole TJ, Gore SM, Lucas PJ, Crowle P et al. Early diet in preterm babies and developmental status at 18 months. *Lancet*. 1990;335:1477-81.

Lucas A, Morley RM, Cole TJ, Gore SM. A randomized multicentre study of human milk versus formula and later development in preterm infants. *Arch Dis Child*. 1994;70:F141-6.

Lucas A, Morley RM, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet*. 1992;339:261-4.

Lucas A. Does Early Diet Program Future Outcome? *Acta Paediatrica Scand*. 1993;336:58-67.

Lucas A. Paediatric nutrition as a new subspeciality: is the time right? *Arch Dis Child*. 1997;76:3-6.

Ludington-hoe SM, Cong X, Hashemi F. Infant crying: nature, physiologic consequences and select interventions. *Neonatal Netw.* 2002;21:29-35.

Ludington-hoe SM, Ferreira C, Swinth J, Jennifer J. Safe criteria and procedure for Kangaroo care with intubated preterm infants. *JOGNN.* 2003;32:579–88.

Macedo I, Barros P. *A prematuridade na relação mãe-bebê.* In: VI Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental; 2002. Recife. Brasil. [Abstracts].

Magagna J. O diálogo entre a mãe e seu bebê. In: Lacroix MB, Monmayrant M. [Org.] *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Maguire CM, Veen S, Sprij AJ, Le Cessie S, Wit JM, Walther FJ. Effects of basic developmental care on neonatal morbidity, neuromotor development, and growth at term age of infants who were born at <32 weeks. *Pediatrics.* 2008;121:e239-45.

Marlow N. Neurocognitive outcome after very preterm birth. *Arch Dis Child Fetal Neonatal.* 2004;89:F224-28.

Marques RFS, Lopez FA, Braga JAP. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. *Rev Chil Pediatr.* 2006;77:529-30.

Mathelin C. *O sorriso da Gioconda.* Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 1999.

Matuhara AM, Naganuma M. Impacto de um manual instrucional sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Pediatrics (São Paulo).* 2006;28:91-7.

McEwen BS. Early life influences on life-long patterns of behavior and health. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2003;9:149–54.

Mello RR, Dutra MVP, Silva KS, Lopes JMA. Valores de predição da avaliação neurológica e ultra-sonográfica cerebral neonatal em relação ao desenvolvimento de prematuros de muito baixo peso. *Rev. Saúde Pública.* 1998;32:420-9.

Mena PN, Milad MA. Variaciones en la composición nutricional de la leche materna. Algunos aspectos de importancia clínica. *Rev Chil Pediatr.* 1998;69:116-21.

Meyer K, Anderson GC. Using kangaroo care in a clinical setting with full term infants having breastfeeding difficulties. *MCN - Am J Matern Child Nurs.* 1999;24:190-2.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* Rio de Janeiro: Abrasco - Hucitec, 2000.

Minde K, Goldberg S, Perrotta M, Washington J, Lojkasek M, Corter C, Parker K. Continuities and discontinuities in the development of 64 very small premature infants to 4 years of age. *J Child Psychology Psychiatry.* 1989;30:391-404.

Morin E. Os princípios do conhecimento pertinente. In: Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: UNESCO / Cortez Editora, 2001.

Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. *Birth*. 2007;34:202–11.

Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:S163-72.

NCHS - National Center for Health Statistics; National Center for Chronic Disease Prevention And Health Promotion. CDC 2000 Growth Charts. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/growthcharts>. Acesso em: 30 de maio de 2005.

Neifer MR. Clinical aspects of lactation. Promoting breastfeeding success. *Clin Perinatol*. 1999;26:281-306.

Neiva FCB. *Análise evolutiva do padrão de sucção e da influência da estimulação através da sucção não-nutritiva em recém nascidos pré-termo*. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2003.

Neu J, Valentine C, Meetze W. Scientifically-based strategies for nutrition of the high-risk low birth weight infant. *European Journal of Pediatrics*. 1990;50:2-13.

Nogueira RMD, Marba STM, Gonçalves VMG. Avaliação neurológica de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso. *Rev Paul Pediatr*. 2001;19:139-43.

Nyqvist KH, Ewald U, Sjöden P-O. Supporting a preterm infant's behaviour during breastfeeding: a case report. *J Human Lact*. 1996;12:221-8.

Nyqvist KH, Ewald U. Infant and maternal factors in the development of breastfeeding behaviour and breastfeeding outcome in preterm infants. *Acta Paediatrica*. 1999;88:1194–203.

Nyqvist KH, Sjöden P-O, Ewald U. *The development of preterm infants' breastfeeding behavior*. *Early Human Development*. 1999;55:247-64.

Ohgi S, Fukuda M, Moriuchi H, Kusumoto T, Akiyama T, Nugent JK. Comparison of Kangaroo care and standard care: behavioral organization, development, and temperament in healthy, low-birth-weight infants through 1 year. *J Perinatol*. 2002;22:374-9.

Oliveira MMB, Thomson Z, Vannuchi MTO, Matsuo T. Feeding patterns of brazilian preterm infants during the first 6 months of life, Londrina, Paraná, Brazil. *J Human Lact*. 2007;23:269-74.

Olsen IE, Richardson DK, Schmid CH, Ausman LM, Dwyer JT. Intersite differences in weight growth velocity of extremely premature infants. *Pediatrics*. 2002;110:1125-32.

OMS (Organización Mundial de la Salud). *Método Madre Canguro: guía práctica*. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra, 2004.

OMS (Organización Mundial de la Salud). *Nutrición del lactante y del niño pequeño*. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño [on line]. Ginebra: 2002. [Citado 19 nov 2007]. In: <http://www.who.int/nutgrowthdb>.

OMS (Organização Mundial da saúde)/UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), 1989. *Declaração conjunta: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Brasília: OMS/UNICEF.

Ornelas SL, Xavier CC, Colosimo EA. Crescimento de recém-nascidos pré-termos pequenos para a idade gestacional. *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78:230-6.

Pedromônico MRM, Azevedo MF, Kopelman BI. Recém-nascidos pré-termo-internados em unidade de terapia intensiva: desenvolvimento de conduta interativa no primeiro ano de vida. *J Pediatr (Rio J)*. 1998;74:284-90.

Penalva O, Schwartzman JS. Descriptive study of the clinical and nutritional profile and follow-up of premature babies in a Kangaroo Mother Care Program. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82:33-9.

Perlman JM. The genesis of cognitive and behavioral deficits in premature graduates of intensive care. *Minerva Pediatr*. 2003;55:89-101.

Piccinini CA, Moura MLS, Ribas AFP, Bosa CA, Oliveira EA, Pinto EB. Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2001;14:469-85.

Polberger SKT, Axelsson IA, Räihä NCE. Growth of very low birth weight infants on varying amounts of human milk protein. *Pediatric Research*. 1989;25:414-9.

Procianoy RS, Guinsburg R. Avanços no manejo do recém-nascido prematuro extremo. [editorial]. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:s1-2.

Quasem I, Sloan NL, Chowdhury A, Ahmed S, Winikoff B, Chowdhury AMR. Adaptation of Kangaroo mother care for community-based application. *J Perinatol*. 2003;23:646-51.

Queirós AA. A fenomenologia na investigação: características do método fenomenológico aplicado à investigação. Coimbra, 2005. [Citado em 01/04/2007]. In: <http://ns30795.ovh.net/~anaqueir>

Rades E, Bittar RE, Zugaib M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2004;26:655-62.

Ramanathan K, Paul VK, Deorari AK, Taneja U, George G. Kangaroo mother care in very low birth weight infants. *Indian J Pediatr*. 2001;68:1019-23.

Ramsey PS, Goldenberg RL. Obstetric management of prematurity. In: Martin RJ; Fanaroff AA; Walsh MC. *Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine: disease of the fetus and infant*. St. Louis: Mosby, 2006. p.331-66.

Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:S37-45.

Reale G, Antiseri D. *História da filosofia*. São Paulo: Paulus, 2006. v.6; p.183-4.

Resnik R. Intrauterine growth restriction. *Obstet Gynecol*. 2002;99:490-6.

Rosa MC, Santos S, Godoy C, Martínez MM. Patrones de succión en el recién nacido de término y pretérmino. *Arch Pediatr Uruguay*. 2004;75:36-50.

Rosso P, Winick M. Intrauterine growth retardation. A new systematic approach based on the clinical and biochemical characteristics of this condition. *J Perinat Med*. 1974;2:147-60.

Rugolo LM. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:S101-10.

Ruiz-Peláez JG, Charpak N, Cuervo LG. Kangaroo mother care, an example to follow from developing countries. *BMJ*. 2004;329:1179-81.

Sá FE. *Sentimentos e emoções maternas na vivência do Método Mãe-Canguru*. [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará (UECE); 2004.

Sajaniemi N, Hakamies-Blomqvist L, Katainen S, von Wendt L. Early cognitive and behavioral predictors of later performance: a follow-up study of ELBW children from ages 2 to 4. *Early Child Res Quart*. 2001;16:343-61.

Sanches MTC. *Fatores associados à amamentação exclusiva de recém-nascidos de baixo peso ao nascer integrantes do Método Mãe-Canguru*. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2005.

Sanderson IR. Vascular endothelial growth factor in human milk. *NeoReviews*. 2003;4:e125-6.

Santos AMM, Thomaz ACP, Rocha JES. Crescimento intra-uterino restrito diagnosticado pelo índice ponderal de Röhrer e sua associação com morbidade e mortalidade neonatal precoce. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27:303-9.

Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica*. 2008;97:153-8.

Saunders RB, Friedman CB, Stramoski PR. Feeding preterm infants. Schedule or demand? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1991;20:212-8.

Schanler RJ. Suitability of human milk for the low birth weight infant. *Clin Perinatol*. 1995;22:207-21.

Scochi CGS, Riul MJS, Garcia CFD, Barradas LS, Pileggi SO. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Paul Enferm.* 2001;14:9-16.

Semba RD, Juul SE. Erythropoietin in human milk: physiology and role in infant health. *J Hum Lactation.* 2002;18:252-61.

Shankaran S, Johnson Y, Langer JC, Vohr BR, Fanaroff AA, Wright L, et al. Outcome of extremely-low-weight infants at highest risk: gestational age < 24 weeks, birth weight < 750g, and 1-minute Apgar < 3. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:1084-91.

Siafakas CG, Anatolitou F, Fusunyan RD, Walker WA, Sanderson IR. Vascular endothelial growth factor (VEGF) is present in human breast milk and its receptor is present on intestinal epithelial cells. *Pediatric Research.* 1999;45:652-7.

Silva ES, Nunes ML. The influence of gestational age and birth weight in the clinical assessment of the muscle tone of healthy term and preterm newborns. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2005;63:956-62.

Simmer, K.; Metcalf, R.; Daniels, L. The use of breastmilk in a neonatal unit and its relationship to protein and energy intake and growth. *J Paediatr Child Health.* 1997;33:55-60.

Sisk PM, Lovelady CA, Dillard RG, Gruber KJ, O'Shea TM. Early human milk feeding is associated with a lower risk of necrotizing enterocolitis in very low birth weight infants. *J Perinatol.* 2007;27:428-33.

Sisk PM, Lovelady CA, Dillard RG, Gruber KJ. Lactation counseling for mothers of very low birth weight infants: effect on maternal anxiety and infant intake of human milk. *Pediatrics.* 2006;117:e67-75.

Sontheimer D, Fischer CB, Buch KE. Kangaroo transport instead of incubator transport. *Pediatrics.* 2004;113:920-3.

Sousa CP, Rodrigues DT, Leite ICA, Lima MLN, Brito MHA, Esteves RCC, Zeferino SB - Núcleo de estudos ANDARA. *Estruturação do psiquismo: estudo sobre as capacidades primitivas do bebê e suas relações iniciais.* In: XIX Congresso Brasileiro de Perinatologia; 2007. Fortaleza – Ceará – Brasil [abstracts].

Southgate WM, Pittard WB. Classification and physical examination of the newborn infant. In: Klaus MH, Fanaroff AA. *Care of the high-risk neonate.* Philadelphia: Saunders Company, 2001. p.100-29.

Spitz R. *O primeiro ano de vida.* São Paulo: Martins Fontes; 2000.

Stern DN. *Diário de um bebê.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.

Svensson AC, Pawitan Y, Cnattingius S, Reilly M, Lichtenstein P. Familial aggregation of small-for-gestational-age births: the importance of fetal genetic effects. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194:475-9.

Tessier R, Cristo M, Velez S, Girón M, Calume ZF, Ruiz-Paláez JG et al. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*. 1998;102:e17-24.

Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2001;35:409-14.

Toma TS, Venâncio SI, Andretto DA. Percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após implantação do Método Mãe-Canguru em hospital público da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*. 2007;7:297-307.

Toma TS. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:S233-42.

Trucharte FAR, Knijnik RB. Estudos psicológicos do puerpério. In: Angerami-Camon, V [org.]. *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Pioneira; 1995. p.73-98.

Tsai J, Yu K, Qian C, Lam C, Karumanchi A, Levine R. Association of maternal serum levels of soluble endoglin with small-for-gestational-age and preterm births. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195:S183.

Uauy R, Andraca I. Breastfeeding for optimal mental development. In: Behavioral and metabolic aspects of breastfeeding. *World Ver Nutr Diet* (Karger). 1995. p.1-27,

Uchimura TT. *Fatores de riscos para o baixo peso ao nascer*. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2000.

UNICEF. *Breastfeeding management and promotion in a baby-friendly hospital: an 18-hour course for maternity staff*. New York: UNICEF; 1993.

Venancio SI, Almeida H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80:S173-S180.

Victora CG, Knauth, DR, Hassen MNA. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

Volpe JJ. Brain injury in the premature infant neuropathology: clinical aspects, pathogenesis, and prevention. *Clin. Perinatol*. 1997; 24:567-72.

Wagner CL, Wagner MT, Ebeling M, Chatman KG, Cohen M, Hulsey TC. The role of personality and other factors in a mother's decision to initiate breastfeeding. *J Human Lact*. 2006;22:16-26.

White-traut RC, Nelson MN, Silvestri JM, Vasan U, Littau S, Meleedy-Rey P, Gu G, Patel M. Effect of auditory, tactile, visual, and vestibular intervention on length of stay, alertness, and feeding progression in preterm infants. *Dev Med Child Neurol*. 2002;44:91-7.

WHO - World Health Organization. Appropriate technology for birth. *The Lancet*. 1985;8452:436-437.

Winnicott D. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

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

Wolf M-J, Koldewijn K, Beelen A, Smit B, Hedlund R, Groot IJM. Neurobehavioral and developmental profile of very low birthweight preterm infant in early infant. *Acta Paediatrica*. 2002;91:930-8.

Wooldridge J, Hall WA. Post hospitalization breastfeeding patterns of moderately preterm infants. *J Perinat Neonat Nurs*. 2003;17:50-64.

Xavier CC, Abdallah VOS, Silva BR, Mucillo G, Jorge SM, Barbieri MA. Crescimento de recém-nascidos pré-termo. *J Pediatr (Rio J)*. 1995;71:22-7.

Ziegler EE. Malnutrition in the premature infant. *Acta Paediatr Scand Suppl*. 1991; 80:58-66.