



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá

Brasil

Costa Spehar, Mariana; Fleury Seidl, Eliane Maria
PERCEPÇÕES MATERNAIS NO MÉTODO CANGURU: CONTATO PELE A PELE, AMAMENTAÇÃO
E AUTOEFICÁCIA

Psicologia em Estudo, vol. 18, núm. 4, octubre-diciembre, 2013, pp. 647-656
Universidade Estadual de Maringá
Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287130590007>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

 redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PERCEPÇÕES MATERNAIS NO MÉTODO CANGURU: CONTATO PELE A PELE, AMAMENTAÇÃO E AUTOEFCÁCIA

Mariana Costa Spehar¹

Eliane Maria Fleury Seidl

Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil

RESUMO. O número crescente de nascimentos prematuros no Brasil e no mundo constitui um problema de saúde pública. Diante disso, surgiram modelos de assistência neonatal, como o Método Canguru (MC), que foi adotado no Brasil como política pública para recém-nascidos pré-termo de baixo peso (RNPB). É composto de três etapas - duas hospitalares e uma ambulatorial - e o período pós-natal é um tempo de adaptação e de aprendizagem para a mãe no contexto da prematuridade. O estudo objetivou descrever a realização da posição canguru e as práticas de amamentação, bem como avaliar a percepção de autoeficácia quanto aos cuidados e à interação com o neonato, ao longo das três etapas do MC, de puérperas de RNPB. Participaram dez mães de neonatos internados em uma unidade de referência do MC do Distrito Federal. Os instrumentos foram roteiros de entrevista e uma escala para avaliação de autoeficácia materna, aplicados nas três etapas. Os resultados referentes à posição canguru apontaram relação entre a frequência desse posicionamento no hospital e a prática do MC no domicílio. Sobre a amamentação, os dados indicaram a prevalência do aleitamento materno após a alta. Os dados evidenciaram que as etapas hospitalares do MC contribuíram para a aquisição de autoeficácia das mães em relação aos cuidados com seus filhos e à interação com eles. Com base na percepção de mães que vivenciaram o MC foi possível descrever aspectos relevantes do método ao longo de suas etapas, o que pode contribuir para a qualificação de intervenções da equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Recém-nascido prematuro; autoeficácia; humanização da atenção.

MATERNAL PERCEPTIONS IN THE KANGAROO METHOD: SKIN-TO-SKIN CONTACT, BREASTFEEDING AND SELF-EFFICACY

ABSTRACT. The growing number of premature births in Brazil and in the world has turned into a public health problem. In view of this, neonatal assistance models have been developed. One of them is Kangaroo Method (KM), adopted in Brazil as public policy for newly born preterm low weight babies . It is composed by three phases (two at hospital environment and one at follow-up attendance) when the post-birth period represents adaptation and learning time for premature baby's mother. The study aimed to describe the accomplishment of kangaroo position and the breastfeeding practices, as well as, to evaluate the self-efficacy perception related to care and interaction with premature baby along the KM three phases of NPBW mothers. Ten mothers of premature babies, admitted in KM reference unit of Federal District, Brazil, participated in the study. Data was collected by interview scripts and application of a scale to evaluate maternal self-efficacy in the three phases. The results about kangaroo position pointed out high relation between hospital kangaroo frequency and its practice at home. About breastfeeding, the data indicated a prevalence of its practice after discharge. The data turned evident the value of KM hospital practices to mother's self-efficacy improvement acquisition, allowing interaction and care for their children. On the basis of mother's perception of the experience, it was possible to describe relevant details of the method, along its phases. It is expected the results shall contribute to qualify intervention by multi-professional teams.

Key words: Premature infants; self-efficacy; humanization assistance.

PERCEPCIONES MATERNALES EN EL METODO CANGURO: CONTACTO PIEL A PIEL, AMAMANTAMIENTO E AUTO-EFICACIA

RESUMEN. El número creciente de bebés prematuros en Brasil y en el mundo es un problema de salud pública. Por lo tanto, modelos de asistencia neonatal han sido desarrollados. Uno de ellos es el Método Canguro (MC), adoptado en Brasil como política pública para niños prematuros de bajo peso (NPBP). El método comprende tres etapas (dos en el hospital e

¹ Endereço para correspondência: Coordenação de Psicologia - Hospital Regional de Taguatinga (HRT): QNC - Área Especial n 24, Taguatinga Norte, CEP 72115-902, Taguatinga-DF. E-mail: marispehar@gmail.com

una en el ambulatorio), al mismo tiempo que el período post nacimiento representa una adaptación y aprendizaje para madres de niños prematuros. En este estudio se objetivó describir la realización de la posición canguro (PC) y prácticas de amamantamiento, así como evaluar la percepción de auto-eficacia relacionada al cuidado e interacción con bebe a través de las tres etapas del MC por puérperas de NPB. Diez madres, admitidas en la unidad de referencia para MC en el Distrito Federal (Brasil), participaron del estudio. Los datos recolectados fueron abordados por las metodologías de ruta de entrevista y aplicación de una escala de evaluación de la auto-eficacia materna en las tres etapas. Los resultados de PC indicaron elevada relación entre las frecuencias en hospital y su práctica en el hogar. Acerca de lactancia, los datos indicaron la prevalencia de sus prácticas por las madres después del alta. Los datos evidenciaron el valor de las tareas del MC en hospital para mejorar la auto-eficacia, interacción y cuidados con sus niños. A través de la percepción de la experiencia materna, fue posible describir los detalles relevantes del método en sus etapas. Se espera que los resultados contribuyan para cualificar la intervención por equipos multidisciplinarios.

Palabras-clave: Recién nacidos prematuros; autoeficacia; humanización de la atención.

Por nascimento prematuro se entende aquele que ocorre antes de a gestação completar a 37^a semana, e o recém-nascido de baixo peso é aquele que ao nascer pese menos que 2.500g (Brasil, 2011). No Brasil, o número de partos prematuros aumentou em 13% entre 1995 e 2005 (Barros et al., 2008), o que caracteriza a prematuridade como um problema de saúde pública. No Distrito Federal, em 2008, foi constatado que 61% da mortalidade infantil estiveram associados à prematuridade e ao baixo peso no nascimento (Brasil, 2011).

Os atuais avanços tecnológicos e humanísticos contribuem para o aumento da expectativa de sobrevivência dos recém-nascidos prematuros e de baixo peso. Nessa perspectiva, tem-se consolidado em cerca de 80 países, como estratégia de atenção perinatal, o Método Canguru (MC), também denominado Método Mãe Canguru (MMC) ou *Kangaroo Mother Care* (KMC), como forma de contribuir para a redução da mortalidade infantil e favorecer o desenvolvimento integral da criança e da família em contexto de prematuridade (Costa & Monticelli, 2005). Esta estratégia de assistência neonatal foi criada na Colômbia em 1979, em resposta à superlotação e insuficiência de recursos das unidades de terapia intensiva neonatal aos elevados índices de morbidade e mortalidade entre os recém-nascidos de baixo peso naquele país (Charpak et al., 2005). O método, inicialmente, consistia em colocar o bebê entre os seios maternos, em contato pele a pele, ficando o ventre do bebê em contato com o corpo da mãe, posicionamento denominado “posição canguru”. Observou-se que, mantendo-se aquecido com o corpo da mãe, o bebê poderia sair mais cedo da incubadora e, por consequência, ter alta hospitalar precoce, diminuindo a exposição a infecções e outros

aspectos adversos do ambiente hospitalar (Lamy, Gomes, Gianini, & Hennig, 2005).

O MC representa uma proposta de assistência humanizada, com ênfase no paradigma da não separação entre o bebê e seus pais, especialmente a mãe. Assim, os pais se tornam parceiros nos cuidados com o bebê, o que possibilita a transformação da crise do nascimento prematuro e da internação em uma experiência mais gratificante para toda a família (Nyqvist et al., 2010b).

A literatura também destaca os benefícios psicológicos do MC para os pais, especialmente para a mãe do recém-nascido pré-termo, como aumento da interação e apego dos pais a seus filhos recém-nascidos, redução de sintomas maternos de depressão pós-parto, favorecimento da redução do estresse e da ansiedade materna e da percepção de dificuldade da mãe no que se refere ao cuidado do neonato, possibilitando o aumento da competência materna e o empoderamento dos pais, os quais passam a sentir-se mais sensíveis às demandas do filho (Brasil, 2011; Hall & Kirsten, 2008; Lamy et al., 2005; Nyqvist et al., 2010a, 2010b; Rintaro, Khanna, Pledge, & Nakayama, 2010; Tallandini & Scalembra, 2006).

No Brasil, a implantação do MC ocorreu no início da década de 1990, de forma pontual em algumas cidades. Desde 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu as normas para a implantação do MC, que passou a ser adotado como política pública para a humanização da assistência a recém-nascidos de baixo peso (Caetano, Scuchi, & Angelo, 2005), fato que dá destaque ao país em nível internacional, como afirmam Lamy et al. (2005) e Nyqvist et al. (2010b). Em 2011 o MS publicou a segunda edição do manual técnico do Método Canguru (Brasil, 2011) para treinamento das equipes de saúde. Neste material a definição de “posição

canguru" possui um diferencial da proposta brasileira, em que outras pessoas que não as mães possam realizar o cuidado pele a pele com o recém-nascido. Neste sentido, atualmente no Brasil emprega-se o termo Método Canguru, ao invés de Método Mãe Canguru. Esta mudança terminológica visa destacar a participação do pai e de outros familiares nesses cuidados (Brasil, 2011; Lamy et al., 2005). Recentemente, o MS integrou o MC ao conjunto de estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito de reduzir a mortalidade materna e infantil, denominada Rede Cegonha (Brasil, 2011).

A aplicação do MC na proposta brasileira é composta de três etapas: duas fases hospitalares e uma ambulatorial (Brasil, 2011). A primeira etapa ocorre após o nascimento do bebê que, por estar impossibilitado de ficar junto à mãe no alojamento conjunto, necessita de internação na unidade de cuidados neonatal, seja na Unidade de Terapia Intensiva (UTIN) seja na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), período durante o qual a mãe permanece no hospital. A segunda etapa do MC ocorre quando o recém-nascido se encontra estabilizado clinicamente e em condições de ficar em acompanhamento contínuo com sua mãe na enfermaria. A terceira etapa é a fase ambulatorial, que tem início após a alta hospitalar e segue até que o bebê atinja peso de, pelo menos, 2.500g. Na primeira etapa os cuidados com o neonato estão centrados na equipe de saúde, e à medida que ocorre a melhora clínica a mãe é estimulada a iniciar a realização dos cuidados do filho. Na segunda etapa os cuidados maternos tornam-se mais regulares e a mãe é orientada a manter a posição canguru pelo maior tempo possível, como um "estágio" para a alta hospitalar. Na terceira etapa a orientação do MS é seguir, no domicílio, as ações de cuidado recebidas no âmbito hospitalar. No MC o aleitamento materno exclusivo para os recém-nascidos prematuros ou de baixo peso hospitalizados é outra recomendação do Ministério da Saúde (Brasil, 2011).

AUTOEFICÁCIA E PREMATURIDADE

O período pós-natal é um tempo de adaptação e aprendizagem para a mãe, que necessita desenvolver novos comportamentos

para cuidar eficientemente do filho e obter satisfação no exercício da parentalidade. Uma variável que influencia a puérpera a sentir ter de fato se tornado mãe é sua percepção de autoeficácia para realizar os cuidados com o bebê. A crença da pessoa sobre sua habilidade no que tange a desempenhar de forma bem-sucedida um determinado comportamento é o centro da teoria de autoeficácia de Bandura (1977). Autoeficácia parental percebida se refere às crenças ou julgamentos dos pais sobre sua capacidade para organizar e executar um conjunto de tarefas relacionadas com a parentalidade e os cuidados de uma criança (De Montigny & Lacharité, 2005). O nascimento prematuro e a hospitalização do bebê podem levar a mãe a se indagar sobre a sua capacidade de cuidar de seu filho e esta dúvida pode influenciar as futuras interações mãe-bebê. A adoção de respostas de enfrentamento adaptativas diante de situações adversas também está associada a uma maior autoeficácia percebida (Fortes-Burgos, Neri, & Cupertino, 2008).

A autoeficácia materna percebida é influenciada por experiências anteriores da mulher em cuidar de crianças, pelo compartilhamento de experiências com outras mães que vivenciaram situação semelhante e pelo encorajamento de pessoas significativas e de profissionais de saúde, isto é, a influência do suporte social e de *feedbacks* positivos a respeito do desempenho materno (Leahy-Warren & McCarthy, 2010).

Para conhecer as percepções maternas de autoeficácia no cuidado de neonatos prematuros e de baixo peso hospitalizados, Barnes e Adamson-Macedo (2007) elaboraram e validaram para a população inglesa a escala *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* (PMS-E), que avalia a autoeficácia materna em domínio específico. Os autores destacaram a importância desse instrumento, que permite identificar as mães que necessitam de maior orientação da equipe e de apoio psicossocial.

O presente estudo teve por objetivo descrever a prática da posição canguru e de amamentação, bem como avaliar a percepção de autoeficácia em relação aos cuidados e à interação com o neonato, ao longo das três etapas do Método Canguru, de mães de recém-nascidos prematuros de baixo peso.

MÉTODO

O estudo é descritivo, longitudinal e de curto prazo, com delineamento multimetodológico baseado uso de instrumentos e de técnicas de análise de dados qualitativas e quantitativas.

Participantes

As participantes foram dez mães de bebês hospitalizados em uma unidade de neonatologia referência do MC em um hospital da rede pública do Distrito Federal, no período de abril a novembro de 2012. Estas mães foram nomeadas com a letra M seguida do número de ordem das falas, indo até M10. As características maternas para inclusão no estudo foram: ter escolaridade mínima de quatro anos de estudo; aceitar participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ser mãe de bebê com idade gestacional de 28 a 37 semanas incompletas, ou seja, de prematuridade moderada. Os critérios de exclusão foram ter histórico psiquiátrico ou complicações clínicas importantes no pós-parto e ser portadora de HIV. Quanto aos bebês, foram excluídos neonatos nascidos a termo, prematuros extremos (abaixo de 27^a semana gestacional), com gemelaridade, com anomalias congênitas ou que tivessem ido a óbito.

A caracterização das participantes incluiu dados sociodemográficos e familiares, bem como dados sobre a gestação, o parto e as características do bebê. A média de idade das mães foi de 27,8 anos, sendo que a participante mais nova tinha 18 anos, e a mais velha, 43 anos. Em relação ao local de residência, a maior parte delas (n= 8) morava no Distrito Federal. Quanto à escolaridade, predominou o Ensino Médio completo (n= 6), sendo que a participante com menor escolaridade possuía o Ensino Fundamental completo e a de maior escolaridade tinha curso superior com pós-graduação. Quanto à situação ocupacional, a maioria das mães (n=7) relatou exercício profissional remunerado.

Quanto aos aspectos familiares, houve predomínio das seguintes características: eram primíparas, isto é, tinham tido o primeiro filho (n= 7), e residiam com o pai do neonato (n=8). Três delas relataram a existência de conflitos familiares, como a rejeição de seus pais à gravidez, a separação do pai do bebê e o fato de o genitor do bebê desconhecer a gestação e o nascimento do filho.

Os dados sobre a gestação indicaram que a maioria das participantes (n=6) não planejou a gravidez, seu primeiro parto foi prematuro (n=8), a hospitalização ocorreu antes do parto (n=7) e prevaleceu o parto cesáreo (n=7). As características dos recém-nascidos foram peso ao nascimento variando de 0,945g a 2.347g e idade gestacional com média do grupo igual a 32,5 semanas. Quanto ao tempo de duração das etapas hospitalares, a primeira delas teve duração média de 14,6 dias, com variação de oito a vinte e seis dias; na segunda etapa a média foi de 13,6 dias, variando de quatro a vinte e três dias. O tempo médio de internação dos neonatos foi de 28,2 dias, sendo que a menor duração foi de treze, e a maior, de cinquenta e sete dias. Os neonatos cujas mães participaram do estudo nasceram entre os meses de abril a agosto de 2012.

Na pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Três roteiros de entrevista semiestruturados para cada etapa do MC, compostos de questões abertas e fechadas, que abordaram as características e a rotina de cada etapa do MC. Para o presente estudo, foram analisadas questões relativas à realização do método canguru e à amamentação, sendo que o primeiro roteiro continha questões sociodemográficas.

- A *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* (PMP-E), instrumento elaborado e validado por Barnes e Adamson-Macedo (2007), composto de vinte itens, que solicita à respondente avaliar os temas de acordo com o que acredita conseguir fazer rotineiramente com relação aos cuidados do bebê e à sua interação com ele. As respostas são dadas em escala Likert de quatro pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). O instrumento é composto de quatro subdomínios ou fatores: fator 1 (quatro itens), que se refere aos procedimentos de cuidado da mãe em relação ao bebê, avaliando a percepção materna sobre sua capacidade de executar atividades e tarefas relacionadas às necessidades básicas do bebê como, por exemplo, a alimentação; fator 2 (sete itens), que se refere à avaliação da mãe sobre sua habilidade de eliciar mudanças no comportamento do bebê; fator 3 (6 itens), que avalia as percepções da mãe sobre sua habilidade de compreender e identificar mudanças no comportamento do bebê; e fator 4 (três itens), que representa as percepções

maternas em relação à sua habilidade de manter interação com o bebê, sendo o escore calculado pela média aritmética: quanto mais alto, maior a autoeficácia materna percebida. Para a presente pesquisa, foi realizada a adaptação dessa escala para a língua portuguesa por meio de procedimentos de tradução reversa e análise semântica, com tradutores bilíngues. Não se procedeu à sua validação em razão de ser reduzido o número de participantes. Apesar dessa limitação, considerou-se a utilização do instrumento relevante, pois foi construído e validado com mães de bebês prematuros hospitalizados, população e contexto do presente estudo.

Procedimentos de coleta de dados

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e por ele aprovado (Protocolo 611/11). Para avaliar a adequação e compreensão dos instrumentos, antes do início da coleta de dados houve uma fase piloto, com três mães com as mesmas características de inclusão daquelas que participaram da pesquisa e que se encontravam nas fases hospitalares do MC.

A coleta de dados ocorreu no hospital onde foi realizado o estudo em cada uma das três etapas do MC, isto é, foram realizadas nas duas fases hospitalares e na ambulatorial (as mães responderam aos instrumentos quando vieram ao hospital para consulta do bebê), mediante a aplicação do instrumento de autoeficácia e o respectivo roteiro de entrevista de cada etapa. As entrevistas foram gravadas em áudio com consentimento das participantes.

ANÁLISE DE DADOS

Quanto à análise qualitativa, primeiramente as entrevistas foram transcritas na íntegra e em seguida procedeu-se à leitura flutuante do *corpus*. Os relatos verbais referentes aos eixos temáticos foram categorizados a partir de seu conteúdo (Bardin, 2009), para identificação, denominação e determinação da frequência das categorias. Os relatos verbais das participantes foram comparados em relação aos diferentes momentos da coleta de dados, com vista a identificar possíveis mudanças em crenças, comportamentos e/ou sentimentos das mães. Efetuou-se, ainda, a seleção de trechos de

relatos das participantes como ilustração das categorias identificadas.

O software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 18,5 foi utilizado para a análise quantitativa de dados. Procedeu-se a análises estatísticas descritivas das medidas de autoeficácia para investigação da ocorrência de diferenças nos escores médios, nos três momentos do estudo. Posteriormente foi aplicado o teste não paramétrico *T de Wilcoxon*, que permite comparar médias com medidas repetidas.

RESULTADOS

Realização da Posição Canguru

Foram identificados três eixos temáticos: *Posição canguru (PC) na primeira etapa*, *PC na segunda etapa* e *PC na terceira etapa*. Os dados coletados foram expostos de forma comparativa entre as três fases (as duas hospitalares e a domiciliar) com base nos relatos maternos (Tabela 1). Na primeira etapa, os resultados referentes à frequência da realização indicaram as mães que já faziam a posição canguru naquele momento. Para a segunda etapa, fase em que há aumento da prática canguru, pois as mães estão com seus bebês na enfermaria, os dados foram analisados conforme a frequência de realização, segundo seus relatos, a qual variou de *não fazer a fazer muito*. Os dados da terceira etapa foram descritos a partir da variação da realização da posição canguru em casa.

Tabela 1. Realização da posição canguru pelas participantes nas três etapas

Participantes	Realização da posição canguru		
	primeira etapa	segunda etapa	terceira etapa
M1	Não	Pouco	Pouco
M2	Não	Pouco	Pouco
M3	Não	Pouco	Pouco
M4	Iniciou	Muito	Muito
M5	Iniciou	Muito	Muito
M6	Não	Não	Não
M7	Iniciou	Pouco	Pouco
M8	Não	Muito	Muito
M9	Não	Pouco	Pouco
M10	Não	Muito	Muito

Especialmente ao se analisar a frequência da realização da posição canguru entre a segunda e a terceira etapas, foi possível observar que, de modo geral, as mães que realizavam pouco a posição canguru na fase hospitalar apresentaram tendência à redução da prática do MC no contexto domiciliar, isto é, os dados revelaram a importância da segunda etapa do MC para a efetividade de realização após a alta hospitalar.

O eixo temático *Posição canguru (PC) na primeira etapa* incluiu os relatos sobre a realização da posição quando o bebê estava na UTIN. Os relatos expressaram satisfação da mãe e tranquilidade para o bebê, como verbalizou M4:

É uma sensação boa, gostosa, que ela acalma, acho que ela sente aquele calor, sabe que é a mãe. Tanto ela fica mais calma quanto eu fico mais calma. Meu Deus, que eu faço para ela calar a boca? Não sei o que fazer, mãe de primeira viagem. Maravilhosa. Uma técnica inovadora mesmo, eu não conhecia e que é ótima.

Quanto ao eixo temático *PC na segunda etapa*, foi possível observar que praticamente todas as mães já o realizavam, à exceção de M6, com variação de frequência de pouco a muito (Tabela 1). Algumas mães continuaram a praticá-lo e/ou aumentaram a frequência em relação à primeira etapa, como relata M5:

Ela viciou no canguru, e ela gosta, ela está dormindo em pezinha. É bom, ela fica me olhando assim com o olhão... O coisa boa! Quando ela vai para o quarto ela fica mais é canguru lá, desde lá da UTI eu já fazia lá na UTI mesmo. Ela gostou tanto que agora ela quer ficar só assim.

Outras mães iniciaram a realização da posição canguru nesta fase e mencionaram que o faziam muito, como ilustra a fala de M8: “Aí a gente fez o canguru, coloquei ele deitadinho na minha barriga, aí ele foi e quietou. Agora só no canguru. Quero ver como é que vou fazer em casa”. Em relação às verbalizações relativas a esta etapa hospitalar sobre os sentimentos maternos ao realizar o MC, ficou evidente o predomínio de sentimentos positivos que expressaram satisfação e conexão com o bebê:

Sei lá... eu fico me sentindo mãe. Porque é estranho, sabe, ele fica na incubadora é como se a gente não tem ligação. Quando a gente tem o contato a gente tem o sentimento mais forte” (M2); “Ai, parece tipo... que somos uma só, grudadas(M4).

Para finalizar os dados sobre a Posição canguru na segunda etapa, no aspecto pretensão de realizar o MC em casa prevaleceram respostas positivas (sete relatos), indicando expectativas de continuidade da prática no contexto domiciliar, como verbalizou M3: “aí em casa eu vou me sentir mais tranquila pra fazer”.

Outro dado presente no discurso das participantes sobre a segunda etapa – que explicita motivos acerca da menor frequência na realização da posição canguru no ambiente hospitalar –, refere-se às dificuldades em fazer o posicionamento, por falta de recursos materiais que favoreçam essa prática (faixas, almofadas, etc.) no hospital, como exemplifica a fala de M3:

Eu não fiz mais, mas em casa eu vou fazer, porque eu fiquei com medo é da cama, sabe? Não tem... assim... coisa pra apoiar; tem dois, mas as meninas pegaram a almofada, né? Aí, em casa eu vou fazer, né? (...) Eu fiz, mas eu não tirei a roupa dele. Só botei assim, sem nada, mas não tirei totalmente a roupa dele. E também eu tava sem... tinha que cobrir, né? Como eu tinha só um lençolzinho, aí não tinha condição de fazer.

Com relação ao eixo temático *PC na terceira etapa*, observou-se, de forma geral, o predomínio da realização da posição canguru após a alta hospitalar, como evidencia o relato de M7: “*Ela passou a noite no canguru comigo. É melhor. Você se sente mais à vontade, porque em casa não tem entra e sai de pessoa diferente. Você se sente mais à vontade em casa*”. Outros relatos deste eixo temático evidenciaram, por outro lado, a redução da prática da posição canguru em casa, principalmente em razão de afazeres domésticos, como verbalizou M2:

O canguru diminuiu, e muito, eu quase não faço, porque ele ainda tá pequeno; mas eu já noto que ele tem essa coisa de querer ficar no colo e ele já acorda de três em três horas, e às vezes eu tenho dificuldade até de fazer as coisas dele; então eu não faço tanto canguru por

causa disso, senão o tempo fica totalmente para ele. Até para fazer... por exemplo, lavar a roupinha dele, passar a roupinha dele, fica sem tempo.

Neste eixo temático observou-se também, em quatro verbalizações, a participação de outras pessoas da família (como pai, avó e irmã do bebê) na realização da posição canguru, conforme exemplificou M5: “A J. (irmã do bebê) coloca ela assim por cima dela assim, e ela fica, acha é bom. A bichinha dorme”.

Amamentação

Os resultados sobre amamentação ao longo do MC foram agrupados e também estão apresentados na Tabela 2. Na primeira etapa, a maioria das participantes não realizava estímulo

para amamentação no seio materno, devido à internação, que inviabilizava a estimulação do bebê quanto ao reflexo de sugar. Na segunda etapa os resultados demonstraram mudança em relação ao aleitamento materno, quando cinco mães se encontravam em transição para amamentação, isto é, estavam recebendo orientações e intervenções que ajudassem na amamentação, e outras quatro mães estavam alimentando seus filhos exclusivamente no seio.

Na terceira etapa, seis mães alimentavam seus bebês por meio do aleitamento materno exclusivo, apesar de algumas participantes ainda terem dificuldades com a amamentação e, por isso, utilizarem outras formas de administração da dieta, como mamadeira, ou estavam em acompanhamento no banco de leite humano (Tabela 2).

Tabela 2. Práticas de amamentação das participantes nas três etapas

Participantes	Práticas de amamentação		
	primeira etapa	segunda etapa	terceira etapa
M1	Sem estímulo SM	Transição p/ SM	SM + outras
M2	Sem estímulo SM	Transição p/ SM	SM exclusivo
M3	SM exclusivo	SM exclusivo	SM exclusivo
M4	Sem estímulo SM	SM exclusivo	SM exclusivo
M5	Sem estímulo SM	Transição p/ SM	SM exclusivo
M6	Sem estímulo SM	Transição p/ SM	Transição p/ SM
M7	Sem estímulo SM	SM exclusivo	SM exclusivo
M8	Transição p/ SM	SM exclusivo	SM exclusivo
M9	Sem estímulo SM	Transição p/ SM	SM + outras
M10	Sem estímulo SM	SM + outras	SM + outras

Nota: SM= seio materno; SM + outras = seio materno + outras formas de administração da dieta

Na análise das verbalizações sobre *Amamentação na primeira etapa* perceberam-se preocupações com a produção e a ordenha de leite, principalmente em conseguir tirar a quantidade de leite que o bebê necessitava. Como a quantidade de cuidados que a mãe realiza nesta fase é menor, tirar leite para seu filho ganhava uma dimensão importante. As falas das mães no eixo temático *Amamentação na segunda etapa* foram marcadas pela preocupação e expectativa quanto ao bebê mamar no seio materno, pois nesta fase se inicia ou se intensifica a estimulação do bebê para o aleitamento. Diante disso foram obtidos relatos descrevendo sentimentos de insegurança inicial e de satisfação da mãe ao conseguir realizar a amamentação: “Minha filha vai ficar só mamando

no peito, vai tirar o copinho, já é uma vitória para a gente, sem complemento, entendeu?” (M7).

Outro aspecto que se destacou neste tema foram os relatos acerca de sentimentos de angústia diante da dificuldade do bebê em mamar no seio, por apresentar sonolência ou outras reações. O tempo que cada dia deixa para a efetividade do aleitamento é variável e depende de diversos fatores. Assim, para algumas mães a amamentação pode demorar a se viabilizar, tornando-se uma situação estressora, pois muitas vezes o fato de o bebê mamar é percebido como justificativa para manter a mãe no hospital, como exemplifica a fala de M6: “Às vezes, eu até questiono a condição do hospital 'será que é isso mesmo? Será que eles não estão muito equivocados de

prender a gente? Da gente ficar preso aqui por conta da amamentação?".

No eixo temático *Amamentação na terceira etapa* as falas expressaram a realização das mães ao conseguirem amamentar seus filhos prematuros e quanto a experiência e as orientações no hospital sobre aleitamento contribuíram para esse sucesso, como, por exemplo, verbalizou M8: “*Aí agora não, se tivesse sido normalzinho, se não tivesse passado por isso, acho que não teria insistido tanto. Teria dado, com certeza, mas não teria insistido tanto*”.

Autoeficácia

Tabela 3. Escores das participantes nos três momentos de aplicação da escala de autoeficácia, escores médios e desvios-padrão (DP) nas três etapas

Participante	primeira etapa	segunda etapa	terceira etapa
M1	2,50	3,30	3,40
M2	1,90	2,95	3,55
M3	3,30	3,45	3,70
M4	3,00	3,40	3,80
M5	2,90	2,90	3,50
M6	3,05	2,90	3,20
M7	3,05	2,95	3,00
M8	3,00	3,25	3,65
M9	2,95	3,10	3,75
M10	3,10	3,10	3,40
Escore médio (DP)	2,87 (0,39)	3,13 (0,21)	3,49 (0,25)

Quanto aos escores da terceira etapa, verificou-se também um aumento em relação ao momento anterior, alcançando patamares elevados de pontuação no instrumento, o que, de forma geral, demonstrou aquisição de maior percepção de autoeficácia no contexto domiciliar em comparação com a fase hospitalar. A análise de dados dos escores individuais permitiu concluir que a participante que mais aumentou os índices de autoeficácia percebida em comparação a si mesma, desde o primeiro momento de coleta, foi M2, dado que comprovou que esta mãe teve

O primeiro momento de aplicação da escala mostrou a variação dos escores entre as participantes (Tabela 3). Estes dados evidenciaram que na primeira etapa algumas participantes apresentaram reduzida percepção de autoeficácia em comparação a outras mães, que obtiveram escores maiores já nesta etapa. Os resultados de autoeficácia na segunda etapa, de forma geral, demonstraram aumento em relação aos índices do momento anterior, com menor variabilidade de escores. Nesta fase do MC as mães já estavam realizando os cuidados do bebê, o que pode explicar o aumento da percepção de autoeficácia materna.

importante ganho de autoeficácia em relação aos cuidados e à interação com seu filho (Tabela 3).

Uma análise do grupo de participantes quanto a essa variável foi feita com a aplicação do teste não paramétrico *T de Wilcoxon* referente aos escores médios de autoeficácia, comparando-se a primeira etapa com segunda, a segunda com a terceira e, por fim, a primeira com a terceira etapa. Verificou-se que a diferença dos escores médios da variável *autoeficácia*, nas três análises realizadas, foi estatisticamente significativa (Tabela 4).

Tabela 4. Amostras pareadas, diferença das médias, valores do teste não paramétrico *T de Wilcoxon* e nível de significância da variável autoeficácia (N=10)

Variável	Pares	Diferença das Médias	T de Wilcoxon	p
	primeira etapa – segunda etapa	-0,26	-1,970	0,049*
Autoeficácia	segunda etapa – terceira etapa	- 0,36	-2,809	0,004**
	primeira etapa – terceira etapa	-0,62	-2,703	0,007**

* p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01

DISCUSSÃO

De maneira geral, os dados acerca do método canguru foram positivos, tanto no aspecto de realização do posicionamento quanto nas descrições maternas sobre os sentimentos e emoções associados a essa prática. Essas evidências demonstram que o contato pele a pele com o bebê pode contribuir para uma elaboração positiva da crise do nascimento prematuro e da hospitalização do neonato (Lamy et al., 2005; Tallandini & Scalembra, 2006). O estudo comparativo de Lamy et al. (2011) entre maternidades que adotavam o modelo tradicional de assistência neonatal e as que aplicavam o MC apontou contrastes na construção do papel materno: as unidades de saúde que empregavam o MC possibilitaram a construção da autoimagem materna a partir das experiências decorrentes do contato pele a pele e a participação nos cuidados do bebê, porém os dados referentes às dificuldades de adesão à posição canguru podem contribuir para ações da equipe destinadas a ampliar a realização da prática desde as etapas hospitalares até à fase domiciliar, pois a realização menos frequente do posicionamento canguru no hospital representou forte indício de não adesão às orientações após a alta hospitalar.

Os dados sobre a participação materna ao longo do uso do Método Canguru apontaram também a necessidade de as equipes de saúde estarem atentas para as características individuais das mulheres na realização da posição canguru, para não generalizar e idealizar a participação materna no MC, bem como a importância de fortalecer orientações e fornecer materiais que viabilizem a prática no contexto hospitalar, fase significativa para a manutenção da posição canguru após a alta.

A respeito da amamentação ao longo das três etapas, verificou-se ter predominado o aleitamento materno exclusivo, dado semelhante ao encontrado por Venâncio e Almeida (2004) sobre o impacto positivo do MC para o aleitamento materno no contexto da prematuridade. Este fato mostrou que o Ministério da Saúde alcançou a meta que estabeleceu (Brasil, 2011), fruto do trabalho de orientação e apoio da equipe profissional desde a etapa hospitalar, que mostrou consolidação na etapa ambulatorial. Quanto à amamentação e ao apoio institucional na terceira etapa, um dado merece reflexão: algumas participantes ainda se

encontravam em transição para o aleitamento ao seio materno ou complementavam o aleitamento com outras formas de alimentar o filho. Este dado chama a atenção, pois pode redundar no abandono da amamentação em razão de dificuldades encontradas, o que torna importante o apoio profissional nessa fase. Outro aspecto da análise deste tema diz respeito à expressão da vontade da mulher em amamentar ao seio, desejo que deve ser respeitado.

As análises do instrumento de autoeficácia mostraram que este teve utilidade para mensurar essa variável no contexto do método canguru e pode ser incorporado à prática cotidiana para identificar dificuldades específicas no ato de cuidar do neonato, evidenciando a importância desse instrumento para auxiliar nas intervenções da equipe profissional. Com base nos relatos maternos e nos dados do instrumento, foi possível concluir que as etapas hospitalares do MC, especialmente a segunda, contribuíram de forma relevante para que as mães adquirissem autoeficácia em relação aos cuidados e interação com seus filhos. Esses dados vão ao encontro de achados de outros estudos, como Brasil (2011), Davin et al. (2009), Hall & Kirsten (2008) e Lamy et al. (2011), os quais também revelaram o predomínio de relatos sobre imaginar os cuidados no contexto domiciliar relacionados a avaliações de segurança materna na realização de cuidados do bebê.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o tamanho reduzido da amostra. Uma limitação da escala de autoeficácia materna foi ela não estar validada para a população brasileira, fato que pode ensejar estudos futuros. Outro estudo de interesse para ampliar o conhecimento sobre a aquisição de autoeficácia ao longo do MC seria a comparação desta variável no MC com dados do modelo tradicional de assistência neonatal, tal como fizeram Lamy et al. (2011) em seu estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podem-se perceber as contribuições relevantes do estudo para ampliar o conhecimento sobre o MC, de forma a contribuir para a produção de conhecimento sobre a família que vivencia o MC, especialmente a partir da perspectiva materna. Com base na percepção de mães que vivenciaram o MC foi possível descrever o cotidiano de cada etapa e as dificuldades e características das três fases de

aplicação do método. Outro aspecto a ser destacado é a investigação sobre autoeficácia materna percebida, conceito que amplia a perspectiva de competência materna e auxilia na identificação de mães com maior necessidade de orientação e suporte. É necessário refletir sobre o papel das mães no processo do MC e a importância de a equipe multiprofissional neonatal oferecer uma assistência de qualidade e individualizada, com ênfase no olhar para estas mulheres como sujeitos participantes do processo.

REFERÊNCIAS

- Bandura, A. (1977) Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bardin, L.(2009). Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: LDA.
- Barnes, C. R., & Adamson-Macedo, E. N (2007). Perceived maternal parenting self efficacy (PMP S-E) tool: development and valuation with mothers of hospitalized preterm neonates. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 550-560.
- Barros, F.C., Victora, C.G., Matijasevich, A., Santos, I. S., Horta, B. L., Silveira, M. F. & Victoria, C.G. (2008). Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 957-64.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2011). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Caetano, L.C., Scuchi, C.G.S., & Angelo, M. (2005). Vivendo no Método Canguru a triade mãe-filho-família. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 13(4), 562-568.
- Charpak, N., Ruiz, J.G., Zupan, J., Cattaneo, A., Figueroa, Z., Tessier, R., Cristo, M., Anderson, G., Ludington, S., Mendoza, S., Mokhachane,, M., & Worku, B. (2005) Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Pædiatrica*, 94, 514-522.
- Costa, R., & Monticelli, M. (2005). Método Mãe-Canguru. *Acta Paulista de Enfermagem*. 18(4), 427-433.
- Davin, R. M. B., Enders, B. C., Dantas, J. C., Silva, R.A.R., & Nóbrega, E.J.P.B. (2009). Método Mãe Canguru: vivência de mães no alojamento conjunto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10(1), 37-44.
- De Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 387-396.
- Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégia de enfrentamento, autoeficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 74-82.
- Hall, D., & Kirsten, G. (2008). Kangaroo Mother Care – a review. *Transfusion Medicine*, 18, 77–82.
- Lamy, Z. C., Gomes, M.A.S.M., Gianini, N.O.M., & Hennig, M. A. S. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 659-668.
- Lamy, Z. C., Morsch, D. S., Deslandes, S. F., Fernandes, R.T., Rocha, L. J. L. F, Lamy Filho, F., Gomes, M.A., Silva, A.A.M., & Moreira, M.E. (2011). Construção do papel materno a partir das vivências de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 12(1), 14-21.
- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2010). Maternal parental self-efficacy in postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 802-810.
- Nyqvist, K.H., Anderson, G.C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Ewald, U., Ludington-Hoe, S., Mendoza, S., Pallás-Allonso, C., Peláez, J.G., Sizun, J., & Widström, A. M. (2010). State of the art and recommendations Kangaroo Mother Care: application in a high-tech environment. *Acta Pædiatrica*, 99, 812–819.
- Nyqvist, K.H., Anderson, G.C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Ewald, U., Ludington-Hoe, S., Mendoza, S., Pallás-Allonso, C., Peláez, J.G., Sizun, J., & Widström, A. M. (2010b). Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Pædiatrica*, 99, 820–826.
- Rintaro, M., Khanna, R., Pledge, D., & Nakayama, T. (2010). Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. *Pediatrics International*, 52, 161–170.
- Tallandini, M. A., & Scalembra, C. (2006). Kangaroo Mother Care and mother-premature infant dyadic interaction. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 251–275.
- Venâncio, S.I., & Almeida, H. (2004). Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 80(5), 173-180.

Recebido em 15/04/2013
Aceito em 25/11/2013

Mariana Costa Spehar: psicóloga da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, mestre pelo Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.
Eliane Maria Fleury Seidl: psicóloga, doutora em Psicologia, professora do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.