



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARISA UTZIG COSSUL

EXPERIÊNCIA MATERNA DURANTE A INTERNAÇÃO DO FILHO NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REPERCUSSÕES NO ESTABELECIMENTO DO
VÍNCULO AFETIVO E NA PARENTALIDADE

BRASÍLIA
2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARISA UTZIG COSSUL

EXPERIÊNCIA MATERNA DURANTE A INTERNAÇÃO DO FILHO NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REPERCUSSÕES NO ESTABELECIMENTO DO
VÍNCULO AFETIVO E NA PARENTALIDADE

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem
pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e
Tecnologia em Saúde e Enfermagem.
Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e de
Serviço em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Aline Oliveira Silveira

BRASÍLIA
2021

MARISA UTZIG COSSUL

**EXPERIÊNCIA MATERNA DURANTE A INTERNAÇÃO DO FILHO NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REPERCUSSÕES NO ESTABELECIMENTO DO
VÍNCULO AFETIVO E NA PARENTALIDADE**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Aline Oliveira Silveira
Universidade de Brasília – UnB
Presidente da Banca

Profª. Dra. Monika Wenet
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar
Membro Efetivo

Profª. Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaíva
Universidade Federal do Mato Grosso - UFMT
Membro Efetivo Externo

Profª. Dra. Gisele Martins
Universidade de Brasília - UnB
Membro Suplente

Dedico este trabalho à minha família, meus maiores exemplos e significado de amor.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço à Deus e Nossa Senhora, que me acompanham e guiam desde o nascimento, com seus anjos sempre ao meu lado.

Agradeço à minha família, Paulo Felipe Cossul, Gelsi Rita Utzig Cossul e Felipe Utzig Cossul, que são o retrato do amor verdadeiro, união e lealdade. Obrigada por me apoiarem nas diversas fases da minha vida e por todo amor e cuidado dedicado à nossa família.

Agradeço à família Bazzan Ghisleni (Rose, João Ricardo e Sérgio) pelo incentivo no início dessa caminhada.

Agradeço aos amigos conquistados nesse processo, os “perdidos” da UnB (Renata, Raphael e Thasla), que tanto me apoiaram e tornaram a caminhada mais leve.

Agradeço pelo apoio das “Peixinhas Mestradas”, Camila e Laire, por se tornarem, além de colegas de trabalho e de mestrado, irmãs para a vida.

Agradeço a todos os amigos que me apoiaram nesse caminho: Isabela, Larine, Bianca, Larissa, Ana Paula, Juliana (e obrigada pela alegria de ser madrinha da Isadora, que tantas vezes me trouxe força para continuar), Rayanne e Felipe Campos. Agradeço também ao Douglas, pelo apoio, carinho e acolhimento, sempre contribuindo para meu processo de evolução e trazendo o melhor de mim à tona.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Aline, por acreditar na minha capacidade e por me apoiar e, de fato, me orientar com maestria nesse processo. Obrigada por compartilhar todo o seu conhecimento.

Gratidão!

Em ti confio, à ti entrego e em ti espero!

“Nas curtas viagens do dia-a-dia, todos nós encontramos o próximo, para cuja dificuldade somos o próximo mais próximo. Imaginemo-nos, assim, numa excursão de cem passos que nos transporte do lar à rua. Não longe, passa um homem que não conseguimos, de imediato, reconhecer. “Quem será?” – perguntamos em pensamento. A Lei de Amor no-lo aponta como alguém que precisa de algo: se vive em penúria, espera socorro; se abastado, solicita assistência moral, de maneira a empregar, com justiça, as sobras de que dispõe; se aflito, pede consolo; se alegre, reclama apreço fraterno, para manter-se ajustado à ponderação; se é companheiro, aguarda concurso amigo; se é adversário, exige respeito; se benfeitor, requer cooperação; se malfeitor, demanda piedade; se doente, requisita remédio; se é dono de razoável saúde, precisa de apoio a fim de que a preserve; se ignorante, roga amparo educativo; se culto, reivindica estímulo ao trabalho, para desentranhar, a benefício dos semelhantes, os tesouros que acumula na inteligência; se é bom, não prescinde de auxílio para fazer-se melhor; se é menos bom, espera compaixão, que o integre na dignidade da vida. Ante o ensino de Jesus, pelo samaritano da caridade, poderemos facilmente entender que os outros necessitam de nós, tanto quanto necessitamos dos outros. E, para atender às nossas obrigações, no socorro mútuo, comecemos, à frente de qualquer um, pelo exercício espontâneo da compreensão e da simpatia.”

(Chico Xavier)

COSSUL, M.U. **Experiência materna durante a internação do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: repercussões no estabelecimento do vínculo afetivo e na parentalidade.** 2021. 124f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências em Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

RESUMO

Introdução: O nascimento prematuro pode gerar necessidade de intervenções precoces para a manutenção da vida e hospitalização do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e, conseqüentemente, a separação mãe-filho. A separação dos pais do neonato, gera desafios no processo de construção da parentalidade, apropriação e formação de vínculo, impactando no desenvolvimento social, emocional e cognitivo das crianças, assim como na saúde mental dos pais. **Objetivo:** Compreender, na perspectiva materna, as repercussões da internação do filho pré-termo na Unidade de Terapia Intensiva na construção do vínculo e na parentalidade. **Método:** Estudo de método misto, com adoção do método convergente paralelo. As etapas quantitativas e qualitativas ocorreram simultaneamente, com delineamento transversal, com abordagem qualitativa e quantitativa. A coleta de dados ocorreu por meio das técnicas de observação sistemática não participante, entrevista em profundidade, construção de genograma, preenchimento do questionário de caracterização das mães e pré-termos e o autopreenchimento do instrumento de avaliação do vínculo entre mãe e neonato - *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ). O público alvo foram mães acompanhantes de recém-nascidos internados na UTIN. Em relação aos dados quantitativos, foram realizadas análises descritivas e testes de correlação entre os resultados obtidos no PBQ e algumas variáveis do questionário de caracterização das mães e pré-termos. Para a análise dos dados qualitativos, provenientes das entrevistas em profundidade, optou-se pela pesquisa de narrativa na perspectiva holística com ênfase no conteúdo, tendo como referencial teórico o interacionismo simbólico. **Resultado:** Participaram do estudo 23 mães de pré-termos moderados a tardio. Destas, 23 participaram da etapa quantitativa respondendo ao questionário de PBQ e 15 participaram da etapa qualitativa do estudo. Não foram encontradas evidências nos testes de correlação aplicados. Os resultados quantitativos e qualitativos convergiram para o estabelecimento de vínculo efetivo entre mãe e filho, apesar das barreiras e desafios encontrados neste processo. As mães passam por quatro fases, não lineares, para a consolidação do vínculo, são elas: elaboração do papel materno; aproximação mãe-filho; contato entre mãe-filho e adaptação e consolidação do vínculo. O tempo de hospitalização e a presença de barreiras relacionadas ao ambiente tecnológico, aos profissionais, ao recém-nascido e às crenças maternas foram intervenientes nesse processo. As mães enfrentaram maiores ou menores dificuldades para estar junto, construir vínculo com o filho e desenvolver o processo parental durante a internação, com base nas experiências anteriores de maternidade, relacionamento com a equipe e o apoio social interferindo positiva ou negativamente na vivência. **Conclusão:** O estudo revelou que a vinculação mãe-filho pré-termo ocorreu de forma satisfatória, efetiva e segura, considerando os indicadores obtidos com o PBQ e as entrevistas qualitativas, sendo possível compreender as repercussões da internação do filho pré-termo na UTIN e os riscos para o processo de construção do vínculo e parentalidade.

Descritores: Recém-Nascidos Prematuros; Relação Mãe-Filho; Vínculo Afetivo; Hospitalização.

ABSTRACT

Introduction: Premature birth can generate the need for early interventions to maintain life and lead to the hospitalization of the newborn in the Neonatal Intensive Care Unit and, consequently, the separation between mother and child. The separation of the newborn's parents creates challenges in the process of building parenting, appropriation and bonding, impacting the social, emotional and cognitive development of children, as well as the mental health of the parents. **Objective:** To understand, from a maternal perspective, the repercussions of the hospitalization of a premature child in the Intensive Care Unit in the construction of bonds and parenthood. **Method:** Mixed method study, with adoption of the parallel convergent method. The quantitative and qualitative steps took place simultaneously, with a cross-sectional design. Data collection took place through the techniques of non-participant systematic observation, in-depth interviews, construction of a genogram, filling out the questionnaire to characterize mothers and preterm infants and self-completing the instrument for assessing the bond between mother and newborn - Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). The target audience was mothers accompanying newborns admitted to the NICU. Regarding quantitative data, descriptive analyzes and correlation tests were performed between the results obtained in the PBQ and some variables of the questionnaire for the characterization of mothers and preterm infants. For the analysis of qualitative data from in-depth interviews, narrative research was chosen from a holistic perspective with an emphasis on content. **Results:** Twenty-three mothers of moderate to late preterm infants participated in the study. Of these, 23 participated in the quantitative stage by answering the PBQ questionnaire and 15 participated in the qualitative stage of the study. No evidence was found in the applied correlation tests. Quantitative and qualitative results converged to establish an effective bond between mother and child, despite the barriers and challenges encountered in this process. Mothers go through four non-linear phases to consolidate the bond, namely: elaboration of the maternal role; mother-child approach; contact between mother and child and adaptation and consolidation of the bond. The length of hospital stay and the presence of barriers related to the technological environment, professionals, the newborn and maternal beliefs were involved in this process. Mothers faced greater or lesser difficulties to be together, build a bond with the child and develop the parenting process during hospitalization, with previous experiences of motherhood, relationship with the team and social support interfering positively or negatively in the experience. **Conclusion:** The study revealed that the mother-premature child bonding occurred in a satisfactory, effective and safe way, considering the indicators obtained with the PBQ and the qualitative interviews, making it possible to understand the repercussions of the premature child's hospitalization in the NICU and the risks for the bond building process and parenting.

Keywords: Premature; Mother-Child Relations; Emotional Bond; Hospitalization.

RESUMEN

Introducción: El parto prematuro puede generar la necesidad de intervenciones tempranas para mantener la vida y derivar en la hospitalización del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y, en consecuencia, la separación entre madre e hijo. La separación de los padres del recién nacido crea desafíos en el proceso de construcción de la paternidad, la apropiación y la vinculación, lo que afecta el desarrollo social, emocional y cognitivo de los niños, así como la salud mental de los padres. **Objetivo:** Comprender, desde la perspectiva materna, las repercusiones de la hospitalización de un niño prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos en la construcción de vínculos y paternidad. **Método:** Estudio de método mixto, con adopción del método convergente paralelo. Los pasos cuantitativos y cualitativos se realizaron simultáneamente, con un diseño transversal. La recolección de datos se realizó a través de las técnicas de observación sistemática no participante, entrevistas en profundidad, construcción de un genograma, cumplimentación del cuestionario para caracterizar madres y recién nacidos prematuros y autocompletado del instrumento de evaluación del vínculo entre madre y recién nacido – “*Postpartum Bonding Questionnaire*” (PBQ). El público objetivo fueron las madres que acompañaban a los recién nacidos ingresados en la UCIN. En cuanto a los datos cuantitativos, se realizaron análisis descriptivos y pruebas de correlación entre los resultados obtenidos en el PBQ y algunas variables del cuestionario para la caracterización de madres y prematuros. Para el análisis de datos cualitativos de entrevistas en profundidad, se eligió la investigación narrativa desde una perspectiva holística con énfasis en el contenido. **Resultados:** Participaron en el estudio veintitrés madres de recién nacidos prematuros moderados a tardíos. De estos, 23 participaron en la etapa cuantitativa respondiendo el cuestionario PBQ y 15 participaron en la etapa cualitativa del estudio. No se encontró evidencia en las pruebas de correlación aplicadas. Los resultados cuantitativos y cualitativos convergieron para establecer un vínculo efectivo entre madre e hijo, a pesar de las barreras y desafíos encontrados en este proceso. Las madres pasan por cuatro fases no lineales para consolidar el vínculo, a saber: elaboración del rol materno; enfoque madre-hijo; contacto entre madre e hijo y adaptación y consolidación del vínculo. En este proceso intervinieron la duración de la estancia hospitalaria y la presencia de barreras relacionadas con el entorno tecnológico, los profesionales, las creencias neonatales y maternas. Las madres enfrentaron mayores o menores dificultades para estar juntas, construir un vínculo con el niño y desarrollar el proceso de crianza durante la hospitalización, con experiencias previas de maternidad, relación con el equipo y apoyo social interfiriendo positiva o negativamente en la experiencia. **Conclusión:** El estudio reveló que el vínculo madre-hijo prematuro se produjo de manera satisfactoria, eficaz y segura, considerando los indicadores obtenidos con el PBQ y las entrevistas cualitativas, permitiendo comprender las repercusiones de la hospitalización del niño prematuro en la UCIN y los riesgos para el proceso de creación de vínculos y la crianza de los hijos.

Palabras clave: Recien Nacido Prematuro; Relaciones Madre-Hijo; Vínculo Afectivo; Hospitalización.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Consecução do Papel Materno.....	22
Figura 2 - Ambientes de interação que afetam o processo de se tornar mãe.....	24
Figura 3 - Um microssistema dentro do modelo de Consecução do papel Maternal em evolução.....	25
Figura 4 - Marcos do contato entre mãe e filho pré-termo.....	78
Figura 5- Principais barreiras enfrentadas durante o processo de internação do filho pré-termo.....	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese das fases de coleta de dados, de acordo com os objetivos propostos para cada etapa.....	36
Quadro 2- Caracterização da Amostra das Mães entrevistadas.....	45
Quadro 3- Caracterização da Amostra de Recém-nascidos pré-termos moderados a tardios.....	46
Quadro 4- Etapas do processo de vinculação vivenciados pelas mães entrevistadas.....	63
Quadro 5 – Comparação entre etapas obtidas no presente estudo e fases da Teoria do Tornar-se Mãe.....	91

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Escores obtidos nos quatro fatores do PBQ.....	47
Gráfico 2 – Escores obtidos no Fator 1 e 2.....	47
Gráfico 3 – Escore Fator 1 do PBQ e Tempo de Internação (em dias).....	50

LISTA DE SIGLAS

RNPT	Recém-nascido pré-termo
MC	Método Canguru
RN	Recém-nascido
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
PN	Peso de Nascimento
BAM	<i>“Becoming a mother”</i>
NAHRNBP	Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
BLH	Banco de Leite Humano
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PBQ	<i>“Postpartum Bonding Questionnaire”</i>
IS	Interacionismo Simbólico
ANOVA	Análise de Variância
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
UnB	Universidade de Brasília
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa do Distrito Federal
DV	Dificuldade de Vinculação
PC	Ponto de Corte

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	15
2.	JUSTIFICATIVA	18
3.	OBJETIVOS.....	19
3.1.	Primário:.....	19
3.2.	Secundários:	19
4.	REVISÃO DE LITERATURA	20
4.1.	Prematuridade e Hospitalização.....	20
4.2.	Parentalidade: o tornar-se mãe no nascimento prematuro	22
4.2.	Processo de Criação de Vínculo.....	25
4.4.	O Método Canguru como estratégia para promoção do vínculo	27
4.3.	Teoria do Tornar-se mãe de Ramona Mercer.....	29
5.	METODOLOGIA	36
5.1.	Tipo de Estudo	36
5.2.	Local de Pesquisa	37
5.3.	Participantes da pesquisa	38
5.4.	Coleta de Dados.....	38
5.5.	Análise dos dados qualitativos	42
5.6.	Análise dos dados quantitativos.....	43
5.7.	Mixagem dos Dados	46
5.8.	Aspectos Éticos	46
6.	RESULTADOS	48
6.1.	Resultados Quantitativos	48
6.1.1.	Características das Participantes da Pesquisa e Neonatos.....	48
6.1.2.	Resultados do PBQ	49
6.2.	Resultados Qualitativos	54
6.2.1.	Caracterização da estrutura familiar das mães participantes.....	54
6.2.2.	Experiência Materna de Vinculação e Construção da Parentalidade	66
6.3.	Mixagem dos Dados	86
7.	DISCUSSÃO.....	88
8.	CONCLUSÃO	99
9.	REFERÊNCIAS	101
10.	ANEXOS.....	115

1. INTRODUÇÃO

A prematuridade, nascimento antes de 37 semanas de idade gestacional, é considerada um problema de saúde pública global e complexo. (WHO, 2018; WHO, 2015). De acordo com a World Health Organization, em 2018, aproximadamente 5% a 18% dos nascimentos ocorridos em 184 países são de recém-nascidos (RN) pré-termos e, tais taxas tendem a aumentar (WHO, 2018; DOELLINGER et al, 2017). O Brasil é o décimo país no ranking mundial de nascimentos prematuros, com uma taxa de 11%. (WHO, 2018; ROSA; OLIVEIRA; JANTSCH; NEVES, 2020). Em relação ao Distrito Federal, a média de nascimentos prematuros supera a brasileira, sendo 12%, com cerca de 5.000 recém-nascidos pré-termos, no ano de 2019 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019; DISTRITO FEDERAL, 2021).

O nascimento prematuro pode gerar necessidade de intervenções precoces, em busca de resolução para as possíveis complicações, como por exemplo, alterações respiratórias e infecções sistêmicas (ROSA; OLIVEIRA; JANTSCH; NEVES, 2020). O avanço da medicina, especialmente nos cuidados perinatais, beneficia o aumento das taxas de sobrevivência, principalmente nos casos de prematuridade extrema, muitas vezes sendo necessária uma internação prolongada e a separação dos pais do neonato, o que gera desafios no processo de construção da parentalidade (MEDEIROS; FRANZOI; SILVEIRA, 2020; DOELLINGER *et al*, 2017).

Sabe-se que a prematuridade está relacionada com a ocorrência de maiores morbidades e pior qualidade de vida na fase adulta, e ainda com dificuldades no neurodesenvolvimento. (ADAMS *et al*, 2021) Além disso, diversos autores têm apresentado o impacto que a qualidade das relações pais-criança tem no seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo (ALEXANDRE *et al*, 2016; BOWLBY, 1998). O nascimento prematuro se constitui em fator de risco para a qualidade da interação pais/crianças, devido às vulnerabilidades apresentadas pelos recém-nascidos pré-termos (RNPT), as quais, geralmente, levam à hospitalização e consequente separação do binômio mãe-filho, gerando sentimentos de medo e insegurança maternos e paternos, dificultando a apropriação e a formação de vínculo (MEDEIROS; FRANZOI; SILVEIRA, 2020; DOELLINGER; SOARES; SAMPAIO; MESQUITA; BAPTISTA, 2017; RODRIGUES *et al*, 2019; TREYVAUD *et al*, 2019).

A hospitalização do RNPT leva a separação da mãe e o neonato, prejudicando a construção do *bonding* (ligação única, específica e duradoura formada entre a figura materna e o bebê) materno e a mãe sente, na maioria das vezes, que é uma visitante para seu filho, o que provoca frustração, além das restrições da função da maternagem pela imaturidade e instabilidade do recém-nascido, fazendo surgir diversos sentimentos, como a impotência, incapacidade e incerteza. Neste contexto, a mãe precisa (re) descobrir um novo caminho na aproximação do contato com seu filho, dando continuidade ao processo de construção da parentalidade, processo o qual repercutirá na formação do psiquismo da criança, no estabelecimento da base de sua identidade, na capacidade para confiança básica e no estabelecimento de relações sociais (ALEXANDRE *et al*, 2016; SCHAEFER; DONELLI, 2017; KLAUS; KENNEL, 1976).

Nesse sentido, intervenções que apoiem e auxiliem no manejo dos pais frente à vivência do nascimento pré-termo e no estabelecimento das relações pais-filho são de suma importância, influenciando no desenvolvimento posterior dessas crianças, além de possibilitar melhora das condições fisiológicas e do desenvolvimento neuronal (SCHAEFER; DONELLI, 2017). Ações humanizadas da equipe de saúde, viabilizando um espaço que facilita o contato da mãe com o filho e a utilização do Método Canguru (MC) podem auxiliar positivamente no enfrentamento dos fatores dificultadores e no estabelecimento de vínculo entre mãe e filho (MARQUES; CARVALHO; VEIGA, 2021; BASEGGIO *et al*, 2017). Estudo de revisão sobre os efeitos da utilização do MC sobre os RNPT e suas mães evidencia diversos benefícios, como por exemplo, controle da dor, diminuição do estresse, promoção de sono mais tranquilo e melhora na relação mãe-bebê (MARQUES; CARVALHO; VEIGA, 2021).

Com o decorrer da hospitalização, os fatores dificultadores para o estabelecimento do vínculo tendem a ser ultrapassados pelas mães quando há equipes de saúde acolhedoras, que mediam e facilitam a interação entre mãe e bebê (GOMES; PEREIRA; RODRIGUES, 2021). Práticas de cuidado acolhedoras incluem o fornecimento de informações seguras em relação à saúde do bebê, a inclusão materna na realização dos cuidados básicos com o filho, o auxílio nas atividades de retirada do leite ou amamentação (quando possível) e a realização do Método Canguru (MC). Tais práticas contribuem para o empoderamento materno e auxiliam positivamente na construção do vínculo (GOMES; PEREIRA; RODRIGUES, 2021; SANTOS *et al.*, 2019).

Estudo de revisão de literatura traz que a interação, seja educativa ou informativa, entre pais e o corpo clínico responsável pela internação do recém-nascido (RN) facilita o estabelecimento do vínculo entre pais e o filho pré-termo. Além disso, ações educativas que tratem sobre os procedimentos da unidade e o cuidado com o bebê pré-termo promovem diminuição do estresse parental, aumento da confiança materna para exercer os cuidados do bebê e estimulam a amamentação. (SCHAEFER; DONELLI, 2017).

No contexto da prematuridade, a assistência humanizada é de grande importância para o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. A formação do vínculo inicial mãe-bebê na prematuridade requer tempo para ser construído, com o sentimento de vazio sendo preenchido gradativamente pelo sentimento de pertença. O fato de estar mais próxima ao filho, oferecer cuidados e amor dentro da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) requer muito da mãe, envolvendo resiliência e insistência, para que a relação de afeto se estabeleça de forma concreta e efetiva durante a internação do filho (MARQUES; CARVALHO; VEIGA, 2021; BASEGGIO; DIAS; BRUSQUE; DONELLI; MENDES, 2017).

O apoio da equipe multiprofissional de saúde à mãe durante a vivência da hospitalização do filho pré-termo é fundamental para o processo de vinculação. Ações humanizadas e pautadas na empatia, prestadas pela equipe de saúde, viabilizam um ambiente facilitador para a criação do vínculo entre mãe e filho. O estabelecimento de comunicação efetiva e clara entre a mãe e a equipe, principalmente de enfermagem, proporciona a compreensão materna em relação à prematuridade e suas peculiaridades, ocasionando empoderamento e segurança para a realização de cuidados básicos com o filho no ambiente da UTIN (MARQUES; CARVALHO; VEIGA, 2021; BASEGGIO; DIAS; BRUSQUE; DONELLI; MENDES, 2017; CANEDO, NUNES, GAIVA, VIEIRA, SCHULTZ, 2021; CANTANHEDE *et al*, 2020).

Dessa forma, o presente estudo partiu da seguinte pergunta norteadora: qual a influência do contato precoce entre mãe e RNPT no processo de construção da parentalidade e estabelecimento de vínculo afetivo? Busca-se ao conhecer a experiência materna e construir estratégias que facilitem a construção do vínculo e da parentalidade no contexto da unidade neonatal.

2. JUSTIFICATIVA

A ligação entre mãe e filho se inicia na gestação, e tem no parto e nascimento um marco no processo de construção da parentalidade, representando a separação dos corpos e o início de uma nova forma de interação e execução do papel materno. No momento do nascimento, a ligação entre os dois permanece e passará a ser constituída por um novo momento, a construção do vínculo afetivo. Os primeiros momentos de vida são essenciais e possuem um grande impacto na constituição do ser, na forma como o mundo é apresentado para o recém-nascido e como tal processo é mediado, impactando diretamente na constituição do ser (MEDEIROS; FRANZOI; SILVEIRA, 2020; DOELLINGER *et al*, 2017; BARROSO; MACHADO, 2010).

A humanização do cuidado viabilizando um espaço que facilite o contato da mãe com o filho e a utilização do Método Canguru podem auxiliar positivamente no enfrentamento dos fatores dificultadores e no estabelecimento de vínculo entre mãe e filho, além de atuar no controle da dor, diminuição do estresse e promoção de sono mais tranquilo para o bebê (MARQUES; CARVALHO; VEIGA, 2021; BASEGGIO *et al*, 2017).

O conhecimento sobre os sentimentos maternos envolvidos no processo de internação na UTIN do filho pré-termo estão consolidados na literatura, conforme descrito acima. Porém, a forma como tais sentimentos e como a equipe de saúde influencia positiva ou negativamente na formação do vínculo necessita de aprofundamento, a fim de se compreender em quais dimensões o enfermeiro pode atuar e facilitar a identificação de mães que possam necessitar de intervenções de suporte para construção do vínculo.

É importante ressaltar que a equipe de enfermagem tem papel fundamental na identificação de mães que apresentam dificuldades na criação de vínculo e na prestação de assistência humanizada. Dessa forma, o conhecimento da experiência materna voltada para o entendimento do processo de construção do vínculo pode auxiliar na elaboração de estratégias que possam influenciar positivamente o processo de parentalidade e criação de vínculo, melhorando a qualidade da assistência, gerando consequências positivas para o binômio mãe-filho, além de auxiliar no desenvolvimento futuro dos RNPT.

3. OBJETIVOS

3.1.Primário:

- Compreender, na perspectiva materna, as repercussões da internação do filho pré-termo na UTIN na construção do vínculo e na parentalidade.

3.2.Secundários:

- Descrever a experiência de mães de pré-termos internados na UTIN no estabelecimento de vínculo e na construção da parentalidade
- Identificar possíveis disfunções na relação mãe-filho pré-termo internado na UTIN;
- Verificar a influência dos fatores sociodemográficos e familiares no estabelecimento do vínculo e parentalidade;
- Avaliar a qualidade do vínculo entre mãe e recém-nascido pré-termo internado na UTIN.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Prematuridade e Hospitalização

O avanço da medicina e da tecnologia trouxe novas possibilidades de tratamento para as crianças nascidas prematuras, as quais necessitam, muitas vezes, de internações prolongadas em unidades de terapia intensiva (UTI). Apesar dos grandes avanços, a prematuridade ainda está relacionada diretamente à morbimortalidade infantil e ao desenvolvimento de comorbidades na infância e na vida adulta, sendo considerada um problema de saúde pública complexo e global. (WHO, 2015; SILVA *et al*, 2020; MEDEIROS; FRANZOI; SILVEIRA, 2020; DOELLINGER *et al*, 2017). Pesquisa realizada no Brasil, em 2016, verificou uma taxa de prematuridade de cerca de 11%, com a grande maioria sendo de pré-termos tardios (74%) (LEAL *et al*, 2016). O Distrito Federal possui uma taxa de prematuridade de 12%, acima da média brasileira e, em 2019, obteve cerca de 5.000 recém-nascidos pré-termos, destes 4.300 com idade gestacional entre 32 e 36 semanas e 6 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A Organização Mundial da Saúde considera nascimento pré-termo aquele que ocorre antes das 37 semanas de gestação, podendo o neonato ser classificado de acordo com a idade gestacional e peso de nascimento. A Sociedade Brasileira de Pediatria traz a seguinte classificação: pré-termo extremo: < 28 semanas; muito pré-termo: 28 a <32 semanas; pré-termo moderado: 32 a <34 semanas e pré-termo tardio: 34 a < 37 semanas. Em relação ao peso de nascimento (PN), temos as seguintes categorias: extremo baixo peso (PN<1000g); muito baixo peso (PN1000g – 1499g); baixo peso (PN 1500g – 2499g); macrosomia (PN ≥ 4000g) (WHO, 2018; SBP, 2012).

Os fatores associados às altas taxas de prematuridade no Brasil se relacionam com a vulnerabilidade social, gravidez na adolescência, baixo nível de escolaridade e pré-natal inadequado (LEAL *et al*, 2016). Estudo recente trouxe que idade materna igual ou superior a 30 anos, menos de 8 anos de escolaridade materna e renda mensal menor que 4 salários mínimos está relacionado com o dobro de chances de ocorrer um parto pré-termo ou baixo peso ao nascer (PITILIN *et al*, 2021).

Ressalta-se que durante a pandemia de COVID-19 ocorreu uma importante diminuição dos números de nascimento de pré-termos extremos em alguns países, como Dinamarca e Irlanda. Acredita-se que os fatores influenciadores na queda dos números estão relacionados

ao menor estresse relativo ao trabalho, à menor exposição a infecções, suporte nutricional e exercícios adequados. Caso se verifique o mesmo fenômeno em outros países, os fatores de risco e mecanismos causais da prematuridade serão melhor entendidos e intervenções mais eficazes poderão surgir (BRASIL, 2019).

Estudos trazem diversas consequências da prematuridade e do baixo peso de nascimento para o desenvolvimento infantil devido às dificuldades intrínsecas, além da hospitalização prolongada. Inicialmente, os pré-termos, principalmente os de idade gestacional menor que 32 semanas, apresentam alterações neurológicas e atraso de desenvolvimento nos primeiros anos de vida, geralmente atingindo a normalidade com 2 anos de vida. Na idade escolar, são crianças que podem apresentar problemas educacionais, comportamentais e psicológicos, com as dificuldades podendo persistir até a adolescência e vida adulta. Além disso, comprometimentos relacionados a motricidade, atrasos na linguagem, dificuldade de aprendizagem, distúrbios comportamentais, problemas de audição e no processamento de informações são frequentemente relatados (HORTA; SOARES, 2020; ANTUNES; FUERTES; MOREIRA, 2021; SILVA; ZILLY *et al*, 2020).

As complicações relacionadas ao neurodesenvolvimento são as que mais prejudicam o desenvolvimento. Tais complicações estão associadas às hemorragias intraventriculares, comuns em pré-termos extremos e de muito baixo peso. Outro problema comum de afetar crianças prematuras é a displasia broncopulmonar, entre outros problemas pulmonares, os quais estão relacionados com a idade gestacional de nascimento e o uso prolongado do oxigênio (ANTUNES; FUERTES; MOREIRA, 2021).

Ademais, o pré-termo apresenta dificuldades intrínsecas à sua condição, de responder de acordo com o esperado aos estímulos maternos em busca de interação mãe-bebê, dificultando a criação de vínculo. Além disso, o perigo de morte, a hospitalização prolongada e o afastamento neonatal aumentam o estresse parental, gerando medo e insegurança, prejudicando a o processo de desenvolvimento da parentalidade. Diante do contexto vivido, a sensibilidade materna pode levar a vinculações entre a díade mãe-filho inseguras, facilitando o aparecimento de alterações comportamentais, dificuldade de adaptação social e alteração do desenvolvimento cognitivo, além de gerar um desequilíbrio emocional e dificuldades no exercício da parentalidade (ANTUNES; FUERTES; MOREIRA, 2021).

A hospitalização ocasiona a separação do binômio mãe-filho, gerando estresse familiar e sentimentos de medo e insegurança maternos e paternos, dificultando a apropriação e a

formação de vínculo. Ressalta-se que a boa participação dos pais, o envolvimento emocional e o ambiente familiar são reguladores essenciais para o desenvolvimento das competências psicológicas, emocionais e sociais dos pré-termos, proporcionando uma melhor qualidade de vida futura a estes (ANTUNES; FUERTES; MOREIRA, 2021; MEDEIROS; FRANZOI; SILVEIRA, 2020; DOELLINGER *et al*, 2017; HORTA; SOARES, 2020).

4.2. Parentalidade: o tornar-se mãe no nascimento prematuro

O processo de construção da parentalidade é considerado uma etapa desafiadora do desenvolvimento humano, se caracterizando como um conjunto de atividades que buscam assegurar a sobrevivência e desenvolvimento da criança em ambiente seguro e promotor de autonomia (BARROSO; MACHADO, 2010; RODRIGUES, 2021). A família é o primeiro contexto social que a criança faz parte, exercendo um papel vital no comportamento e desenvolvimento biopsicossocial (RODRIGUES, 2021).

O termo parentalidade começou a ser utilizado pela literatura psicanalítica francesa, a partir da década de 1960 (ZORNIG, 2012). Os primeiros escritos que surgiram associados à parentalidade se relacionavam ao estudo das formas como os pais criam seus filhos, sendo estas mais ou menos democráticas, destacando-se três modelos de estilos parentais, o autoritário (regras impostas e pouco apoio à criança), o permissivo (poucas exigências e grande apoio) e o autoritário (regras fixas e incentivo à autonomia). Apenas a partir da década de 1970 os estudos relacionados a esse tema ganharam força (MACARINI *et al*, 2010).

Em 1975, HOFFMAN definiu duas categorias de práticas educativas, indutivas e coercitivas. As primeiras se caracterizam por apontar/explicar às crianças as consequências de seus atos, com consequente reflexão da criança sobre suas ações, enquanto as práticas coercitivas incluem atitudes disciplinares e punitivas, podendo envolver punição física, força e privações (MACARINI *et al*, 2010). De acordo com o autor, o uso constante de práticas coercitiva e pouca utilização de práticas indutivas, fazem com que a criança necessite das reações punitivas dos pais para moderar seus comportamentos, limitando a sua capacidade de autor-regulação (processo de regular o comportamento e afeto diante do contexto) (ALVARENGA; PALMA, 2012). Pesquisas referentes aos valores, conceitos e crenças que conduzem os comportamentos das pessoas, assim como características que os pais desejam que seus filhos apresentem, foram desenvolvidas por KOHN (1977) e posteriormente aprimoradas por outros autores (MACARINI *et al*, 2010).

DARLIN e STEINBERG (1993), buscaram entender os efeitos da parentalidade no desenvolvimento infantil, propondo que, para tal compreensão, é necessário entender como o processo ocorre no contexto familiar e analisar a influência da cultura, classe social e composição familiar no desenvolvimento da parentalidade (MACARINI *et al*, 2010). Segundo os autores, os estilos parentais estão ligados às crenças dos pais sobre o modo como devem educar seus filhos, porém envolvem influências mais amplas que somente as crenças, englobando uma série de comportamentos que descrevem as interações pais – crianças em diferentes contextos (TUDGE; FREITAS, 2012). HARKNESS e SUPER (1992), dialogando com as propostas de DARLIN e STEINBERG (1993), desenvolveram um modelo em que o crescimento das crianças se dá em um nicho de desenvolvimento, o qual tem a função de mediar sua inserção em um ambiente cultural mais amplo (MACARINI *et al*, 2010).

Em 2007, KELLER elaborou um modelo teórico para compreender o comportamento parental. O foco deste consiste nas relações entre cuidadores e crianças em fases de desenvolvimento (de 0 a 1 ano), sendo os cuidados dispensados pelos pais à criança organizados em categorias nomeadas de *sistemas parentais*. De acordo com a autora, os pais proporcionam às crianças cuidados primários e também estímulos para facilitar o desenvolvimento psicológico em diferentes domínios, consentindo que as crianças desenvolvam sua matriz social e aprendam modos distintos de relacionamento social. Suas pesquisas sinalizam uma relação entre componentes específicos dos sistemas parentais e orientações culturais. (MACARINI *et al*, 2010).

O papel parental vem sofrendo modificações ao longo do tempo. A função materna era entendida com um papel mais restrito e relacionado aos deveres domésticos, enquanto a função paterna se relacionava à estabilidade financeira e manutenção da ordem. Tais concepções ainda estão presentes em diversos contextos, porém com o desenvolvimento da autonomia da mulher em diversas áreas, o papel paterno no processo de parentalidade tem se tornado mais ativo, reforçando a importância equitativa e colaborativa (coparentalidade) de ambos. Diversos fatores podem influenciar positiva ou negativamente no desenvolvimento da parentalidade, dentre eles a história de vida e as circunstâncias individuais. Diante disso, o contexto da prematuridade e hospitalização podem gerar impactos diretos no processo parental (RODRIGUES, 2021).

O modelo ecológico de Bronfenbrenner, elaborado em 1999, busca decifrar fatores que podem influenciar no desenvolvimento humano e baseia-se em em quatro componentes

(pessoa, processo, contexto e tempo), resultando da interação entre diversos níveis de ambiente. Dessa forma, a parentalidade afeta a família como um todo e o desenvolvimento de cada membro integrante. Para o autor o desenvolvimento ocorre a partir da interação progressivamente mais complexa e recíproca entre os humanos e entre os humanos e o ambiente (MOREIRA *et al.*, 2007; RODRIGUES, 2021).

Quesitos utilizados para definir uma parentalidade “suficiente” são definidos socialmente, envolvendo crenças culturais, impressões subjetivas e preocupações relacionadas a contextos específicos. Segundo BELSKY e JAFFE (2006), três determinantes influenciam diretamente na parentalidade, sendo eles: fatores individuais dos pais, como por exemplo, personalidade e psicopatologia; características individuais da criança, como por exemplo, o temperamento; e fatores do contexto social em que a relação pais – criança está inserida, como por exemplo, redes de suporte sociais e ocupação parental (BARROSO; MACHADO, 2010). A construção da parentalidade perpassa a infância dos pais até o nascimento dos filhos, desse modo, não se pode reduzir a parentalidade à gestação e o nascimento do bebê (ZORNIG, 2012).

GOLSE (2002) propõe quatro tipos de representações parentais sobre o bebê: a criança imaginária como uma imagem menos inconsciente do casal, incluindo sexo e traços imaginados, por exemplo; a criança narcísica relacionada à representação de seus ideais, de como o filho irá cumpri-los; a criança fantasmática, associada à imagem da criança que cada um dos pais tem em mente a partir da sua própria história; e a criança mítica ou cultural, a qual alude a grupo de representações coletivas de uma sociedade específica em um determinado momento. As representações podem tanto facilitar como dificultar o processo de instauração de vínculos afetivos seguros entre o bebê e seus cuidadores, ressaltando que a presença real do bebê pode modificar a noção de parentalidade. É importante lembrar que o processo parental é uma via de mão dupla, onde pais e bebês se auxiliam, envolvendo a ideia de mutualidade, permitindo a criança iniciar o processo de subjetivação e aos pais se apossarem de seu lugar de pais (ZORNIG, 2012).

O desenvolvimento cognitivo e afetivo do bebê é beneficiado pelo estabelecimento de laços entre pais e filho, assim como a vivência em um ambiente sensível às necessidades do bebê e afetivo, faz com que o potencial inato do bebê se aprimore e atualize. Práticas educativas tem peso significativo no ajuste psicológico das crianças (ZORNIG, 2012; BARROSO; MACHADO, 2010).

O pré-termo está associado à figura de um bebê frágil e pequeno, nascido antes do tempo, causando mais estresse e ansiedade que o usual em seus pais, os quais estão vivenciando uma parentalidade, de certa forma, conferida antes do tempo (SHERMANN; BRUM, 2012; ALMEIDA *et al.*, 2020). Assim, a prematuridade é vivida pelos pais com enorme sofrimento, experienciando vários sentimentos negativos, como a ansiedade, impotência e receio pela sobrevivência do bebê (MEDEIROS; FRANZOI; SILVEIRA, 2020; DARRIF; BORTOLIN; TABACZINSKI, 2020). Com essa situação, os pais se sentem desorganizados, cansados e desorientados, não conseguindo compreender e responder adequadamente à situação. Brazelton (1988), diz que em situações de risco como essas, é muito difícil para os pais conservarem seu vínculo com o bebê, o que podemos considerar normal frente à situação vivida (SHERMANN; BRUM, 2004).

Considerando o modelo bidirecional da interação social de SCHERMANN (2001), interações satisfatórias são mediadas por sentimentos mútuos de eficácia, como por exemplo, entre os pais e seu bebê. Nesse sentido, o bebê saudável consegue prover experiências satisfatórias, através de comportamentos legíveis, responsivos e preditivos. Assim, os pais conseguem compreender os sinais do bebê e agir de forma sensível e eficaz, criando um ciclo de interações gratificantes. Dentro do contexto da prematuridade, inúmeros fatores podem afetar este ciclo, como o comportamento particular das crianças nascidas prematuras, o seu estado de saúde, a necessidade de modificações psicológicas dos pais e a dificuldade de estarem em contato com seu bebê quando ele se encontra na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (ANTUNES; FUERTES; MOREIRA, 2021; HORTA; SOARES, 2020; SHERMANN; BRUM, 2012).

4.2. Processo de Criação de Vínculo

O processo de criação de vínculo entre pais e filho e o desenvolvimento da prematuridade é influenciado por diversos fatores. O nascimento prematuro e a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) geram insegurança nos pais e separação do binômio mãe-filho, proporcionando a vivência de sentimentos de insegurança e tristeza, além de frustração das expectativas e impotência diante da condição do recém-nascido. Diante da fragilidade parental e da internação do filho, os pais, principalmente a mãe, passam a viver uma relação de dependência com a equipe de saúde da UTIN, buscando autorização para o estabelecimento de qualquer forma de interação física ou afetiva com seus filhos, o que pode

dificultar o processo de criação de vínculo e desenvolvimento da parentalidade (DADALTO; CUNHA; MONTEIRO, 2019).

A relação entre o binômio mãe e filho repercute no desenvolvimento físico e psicológico da criança e é estudado por diversos autores. A Teoria do Apego, de John Bowlby (1969), busca compreender as primeiras relações de apego desenvolvidas entre o binômio mãe e filho, tendo como cerne a compreensão da relação afetiva do binômio a partir do conceito de apego – comportamento sócio afetivo de busca do sujeito por uma figura de apoio ou apego, que o mantém em segurança (BOWLBY, 1988; DADALTO; CUNHA; MONTEIRO, 2019).

A “Teoria do Apego” traz que a interação e as experiências vividas desde o nascimento com a figura de apego embasam o desenvolvimento socioemocional e, assim, a capacidade de envolver-se em relacionamentos futuros. Nessa perspectiva, a figura materna tem papel principal, apesar de considerar o risco de desenvolvimento infantil multifatorial. Consequentemente, experiências que afetam a mãe podem representar um risco ao desenvolvimento do bebê (DADALTO; CUNHA; MONTEIRO, 2019).

A premissa transversal da Teoria do Apego se baseia na ideia de que os seres humanos têm uma tendência natural e primária para construir vínculos afetivos (BECKER; VIEIRA; CREPALDI, 2019). Assim, a criança tem desde o nascimento, a necessidade de uma figura de referência, com maiores habilidades para lidar com o mundo, mantendo-a segura e assegurando a sua sobrevivência, além de garantir seu desenvolvimento emocional e social, esta figura é conhecida como “figura de apego”. Acredita-se que os bebês já nascem com um sistema inato de comportamento de apego, caracterizado pelo chorar, sorrir e se aconchegar em relação à figura de apego, mantendo contato íntimo, principalmente diante de situações ameaçadoras ou desconfortáveis (fome, por exemplo) (PARAVENTI, 2018).

Porém, de acordo com Bowlby, a qualidade do apego construído irá sofrer mais influência das capacidades da figura de apego em relação aos comportamentos da criança. Dessa forma, a qualidade do apego construído está diretamente relacionada à capacidade da figura em responder de forma sensível e adequada às necessidades da criança, proporcionando autonomia e confiança para que ela seja capaz de explorar o mundo em que vive (PARAVENTI, 2018).

A Teoria do Apego traz ainda diferenças entre os estímulos proporcionados pelo pai e pela mãe. A mãe ativa o sistema de apego (transmissão de segurança) e o pai o sistema de exploração (vivência de situações que desenvolvem a autonomia e define limites), que são complementares entre si e proporcionam proteção e possibilidade de descobrimento do mundo pela criança (PARAVENTI, 2018).

Um padrão de cuidado sensível, seguro e com assertividade de resposta garante uma organização básica para a sobrevivência da criança e proporciona assistência emocional, sendo aceita como modelo de cuidado que deve ser realizado por qualquer cuidador. O apego saudável tem sido diretamente relacionado à um melhor desenvolvimento de competência social e a menor quantidade de problemas de internalização e externalização nas crianças (PARAVENTI, 2018). Dessa forma, o padrão de cuidado e as representações desenvolvidas pela criança irão influenciar nas relações construídas na vida adulta, as quais serão embasadas nas suas primeiras vinculações afetivas, impactando nas diversas funções da vida adulta, como por exemplo a relação parental, conjugal e profissional (BECKER; VIEIRA; CREPALDI, 2019).

4.4. O Método Canguru como estratégia para promoção do vínculo

Considerando a importância do estabelecimento do apego na vida futura da criança, em especial do pré-termo, passamos a discutir a seguir o MC como uma estratégia para promoção do vínculo das crianças nascidas prematuras.

Na tentativa de melhorar os cuidados prestados aos recém-nascidos pré-termo surge, na Colômbia, em 1979, o Método Canguru (MC). O MC buscou inicialmente reduzir os custos dos cuidados com os RNPT, sendo verificados posteriormente os seus benefícios em relação à redução das consequências da separação do binômio mãe-bebê, gerando fortalecimento de laços e estimulando a amamentação. No Brasil, O MC foi implementado nos anos 2000, baseando-se na experiência Colombiana, através da “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (NAHRNBP) – Método Canguru”, tornando-se uma política de saúde pública. (CANEDO, 2017; BRASIL, 2017).

O Método Canguru brasileiro possui orientações que envolvem o cuidado hospitalar e ambulatorial, passando por cuidados técnicos voltados para o recém-nascido e desenvolvimento do bebê, acolhimento da família e estímulo à amamentação e fortalecimento vínculo entre pais e filhos. O MC é dividido em três etapas, a primeira se inicia no contexto

do pré-natal de alto risco, nascimento de um pré-termo e internação desse RNPT na unidade de terapia intensiva neonatal ou unidade de cuidados intermediários convencional. Nesse momento, apesar de grande parte do cuidado ser realizado pelos profissionais de saúde, a equipe deve estar atenta à momentos em que possam estimular e encorajar a família na participação do cuidado com seu filho o mais precocemente possível. Além disso, é necessário entender o pré-termo como uma pessoa, observando o choro e as formas de demonstrar insatisfação, buscando adequar o cuidado às reações percebidas tanto pelos pais quanto pela equipe. Dessa forma a primeira etapa objetiva encorajar e dar suporte a participação dos pais nos cuidados neonatais, realizar o contato pele a pele o mais precocemente possível, estimular o aleitamento materno e garantir condições físicas de acesso livre e permanência dos pais na unidade (BRASIL, 2017).

Após atingir os critérios de elegibilidade (nutrição enteral plena, estabilidade clínica e peso mínimo de 1.250g) o bebê poderá ir para a segunda etapa do MC, a internação na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa). Esta etapa consiste em reforçar as práticas realizadas na primeira etapa, em estimular a amamentação e praticar o contato pele a pele o maior tempo possível (BRASIL, 2017).

Ao atingir o peso de 1.600g, obter ganho de peso três dias consecutivos e ter sucção exclusiva no peito ou habilitação na realização da complementação, o bebê passa para a terceira etapa, a alta hospitalar, onde serão acompanhados tanto pela equipe hospitalar quanto pela atenção básica. Ao alcançarem 2.500g, os bebês são avaliados e, caso possuam os critérios de elegibilidade, passam para o acompanhamento especializado nos ambulatórios de seguimento e na Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Saputri e Ernawati (2019), em revisão de escopo, traz que os efeitos positivos do MC vão muito além dos fisiológicos, com benefícios na ligação entre a mãe e bebê. Dentre os efeitos fisiológicos do MC, os estudos trazem: redução da dor, melhora do desenvolvimento neurocomportamental e diminuição das infecções hospitalares. Em relação ao binômio mãe-filho, o MC favorece a criação de vínculo afetivo, diminui a separação entre pais e neonatos e aumenta as taxas de aleitamento materno (TESTONI; AIRES, 2018; FERREIRA *et al*, 2019).

Os efeitos do MC na conexão entre mãe e filho é relatada em diversos estudos (SAPUTRI; ERNAWATI, 2019). Pesquisa recente ressalta a influência do MC no empoderamento materno e na concretização do sonho de serem mães, necessitando que a

equipe deixe a mãe protagonizar o processo de internação do filho (TESTONI; AIRES, 2018; FERREIRA *et al*, 2019.; SAPUTRI; ERNAWATI, 2019).

A realização do contato pele a pele durante a internação do pré-termo, traz para as mães a sensação de prover proteção para o filho, transmitindo carinho e afeto ao filho, proporcionando momentos prazerosos para este. Dessa forma, através do contato físico e psicológico entre a mãe e o bebê, ocorre o fortalecimento da conexão entre a mãe e o filho e o desenvolvimento da compreensão materna em relação à linguagem não verbal do bebê (CANTANHEDE *et al*, 2020).

A vivência do MC durante a internação, proporciona para os pais o empoderamento da manutenção da utilização da posição canguru (PC) no cuidado domiciliar com o RNPT. A realização da PC no domicílio traz o fortalecimento da conexão entre a mãe e o bebê, visto que o vínculo, muitas vezes, se encontra fragilizado devido ao longo período de hospitalização enfrentado pela mãe e pelo bebê (CANEDO, NUNES, GAIVA, VIEIRA, SCHULTZ, 2021).

A equipe de enfermagem possui papel central na realização do MC, fornecendo orientações com linguagem clara e ações assistenciais empáticas e humanizadas sobre a posição canguru, contribuindo para a compreensão dos pais em relação à importância desse cuidado. A interação empática e efetiva entre a equipe de saúde e a mãe favorece o desenvolvimento de sentimentos de segurança, tranquilidade e aumento da autoconfiança materna para realizar o cuidado com o filho pré-termo, tanto durante a internação quanto no cuidado domiciliar (CANEDO, NUNES, GAIVA, VIEIRA, SCHULTZ, 2021; CANTANHEDE *et al*, 2020).

Dessa forma, o MC se configura como uma importante ferramenta para o estímulo e fortalecimento do vínculo entre pais e pré-termos, podendo mitigar as dificuldades vividas no contexto da internação hospitalar.

4.3. Teoria do Tornar-se mãe de Ramona Mercer

A construção da teoria de Ramona Mercer teve seu início no final da década de 1960 e início de 1970, com base em extensas pesquisas relacionadas à compreensão da conquista do papel materno, descrição do processo de ligação e identidade do papel materno, realizadas pela mentora e estimuladora Reva Rubin (TOMEY; ALLIGOOD, 2004). A vinculação entre

mãe e filho é o tema central da Teoria da Consecução ou Tornar – se mãe, de Ramona Mercer. A teoria busca compreender como ocorre o processo de interação entre mãe e filho, em que ocorre a aquisição de competências na realização de atividades de cuidado diárias e desenvolvimento da identidade materna, exprimindo prazer em realizar esse papel (SANTOS et al, 2017).

Ao tornar-se mãe, a mulher passa por um processo de adaptação e transformação, construindo uma identidade materna que passa por evoluções diante dos desafios do desenvolvimento da criança (MERCER; WALKER, 2006). Diversos fatores influenciadores e conceitos foram selecionados para o desenvolvimento do modelo de realização do papel materno, sendo utilizados os círculos em ninho de Bronfenbrenner (1979) como base para o quadro geral, conforme pode ser visualizado na Figura 1, sendo o primeiro modelo desenvolvido por Mercer (TOMEY; ALLIGOOD, 2004):

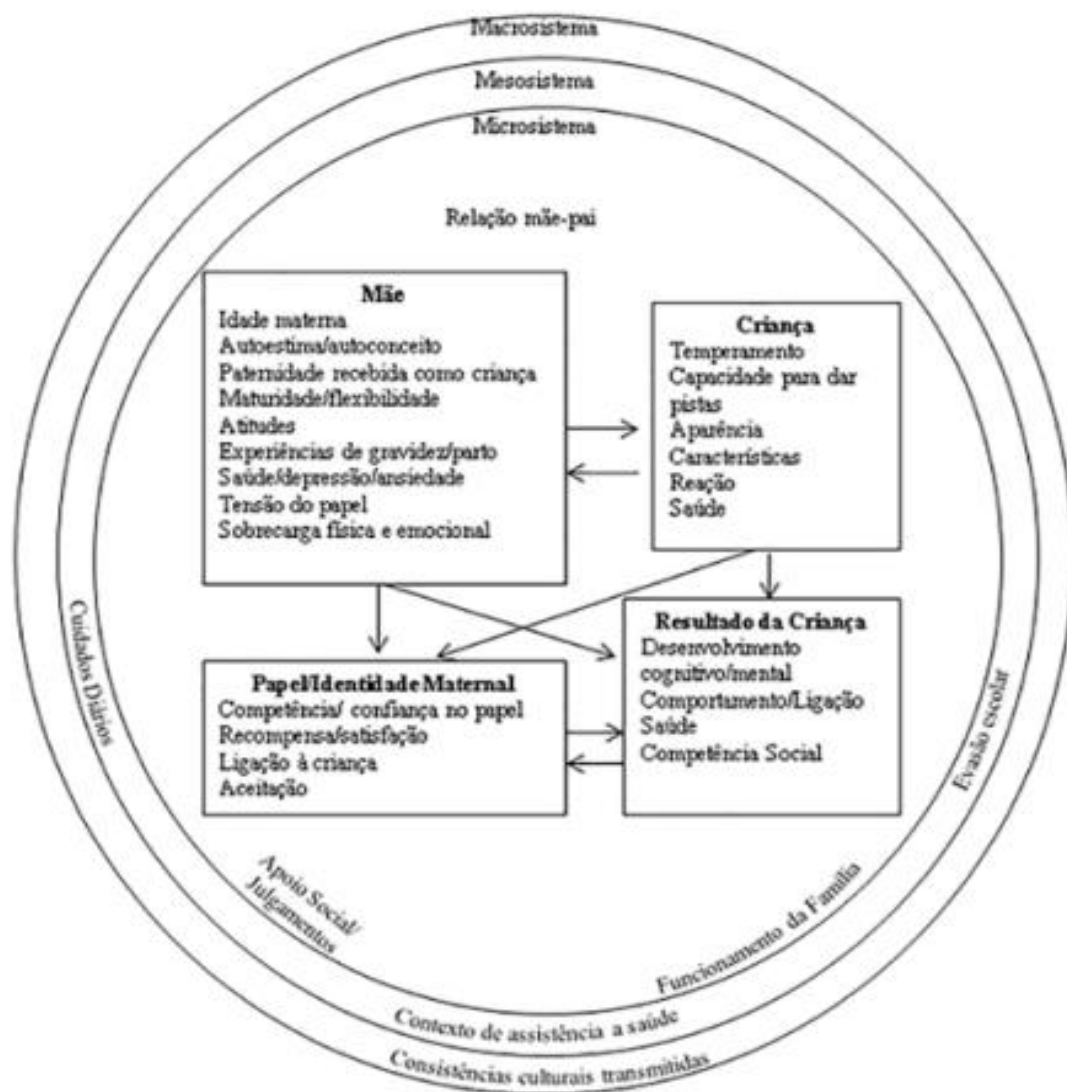


Figura 1 - Modelo de Consecução do Papel Materno - Adaptado (Mercer, 1991). Artigo apresentado no Simpósio de Modelos e Consequências, Conferência Internacional de Pesquisa, Conselho de Pesquisadores de enfermagem e Associação Americana de Enfermeiras, Los Angeles, 24 de outubro de 1991. Fonte: SANTOS; MENÊSES; PINHO; JESUS, 2020.

A Figura 1 nos traz a visualização do macro, meso e microsistema. O macrosistema envolve os conceitos culturais ou consciências culturais transmitidas, incluindo as influências sociais e políticas, além do impacto que o atual sistema de saúde tem sobre a consecução do papel materno. O mesosistema é representado pela família extensa, escola, trabalho, igreja e outras comunidades mais próximas à mãe. O microsistema é o ambiente mais próximo da mãe e, dessa forma, o maior influenciador no processo de tornar-se mãe, sendo representado pela família e suas interações, além da figura do pai ou parceiro íntimo, que auxilia a difundir a tensão mãe-bebê. O tornar se mãe é vivenciado dentro do

microsistema, com maior influência da relação do pai, mãe e bebê, conforme pode ser verificado no centro da Figura 1 (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Em processo de continuidade do estudo e aprimoramento da teoria, ocorreu renomeação dos ambientes ecológicos em ninho, onde microsistema passou a ser família e amigos, mesosistema passa a ser chamado de comunidade e macrossistema, de sociedade. (MERCER, 2004). Ainda em processo de revisão, Mercer e Walker (2006) apresentaram uma nova descrição detalhada da interação de fatores ambientais que afetam o processo de “*becoming a mother*” (tornar-se mãe), com base no modelo original de se tornar mãe e em uma construção de Keller, Strohschein, Lia-Hoagberg (MERCER; WALKER, 2006), conforme Figura 2:

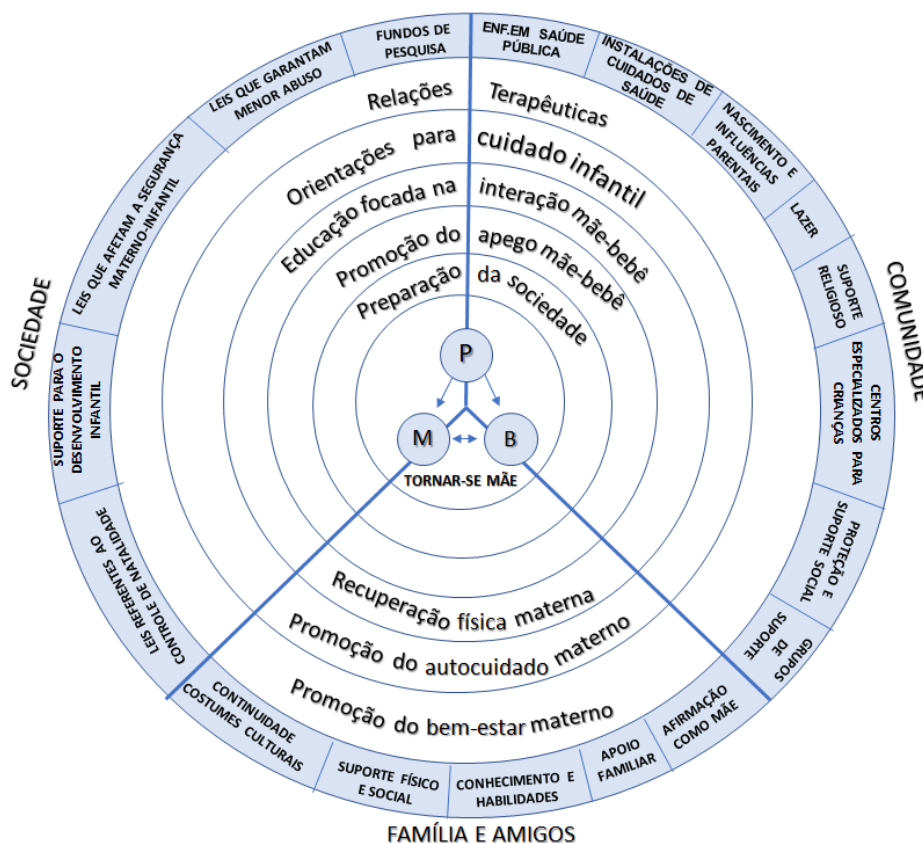


Figura 2 - Ambientes de interação que afetam o processo de se tornar mãe. Uma revisão das intervenções de enfermagem para promover a maternidade. “P” – PAI; “M” – MÃE; “B” – BEBÊ. Fonte: Adaptado de Mercer, Walker (2006).

Para adquirir o papel maternal, quando a mãe sente harmonia interna com o papel e suas expectativas (MERCER, 2004), a mulher passa por 4 fases (ALLIGOOD, 2014; MERCER, 2006), indicadas na Figura 3 e descritas a seguir:

- a. Comprometimento e preparação: se inicia durante a gestação e perpassa as adaptações sociais e emocionais. A mulher cria as expectativas do papel, fantasia sobre o mesmo, refere-se ao feto no útero e inicia o desempenho do papel.
- b. Conhecimento, prática e restauração física: começa com o nascimento do filho e envolve a aprendizagem e desenvolvimento do papel materno. Os comportamentos do papel são conduzidos pelas expectativas formais, consensuais dos outros no sistema social da mãe. Ocorre aproximadamente nas duas primeiras semanas após o parto.
- c. Aproximação da Normatização: engloba a forma como a mulher enfrenta o novo papel e determina os melhores cuidados para o filho. A mãe desenvolve formas únicas de lidar com o papel não transmitidas pelo sistema social. A mulher adequa o seu novo papel ao seu estilo de vida com base em experiências passadas e objetivos futuros. Ocorre entre cerca de 2 semanas e 4 meses após o parto.
- d. Integração da identidade materna: também conhecida como identidade do papel, ocorre na medida que a mulher vai interiorizando o seu papel. A mãe experimenta um sentido de harmonia, confiança e competência na forma como desempenha o papel e ele é atingido. Ocorre aproximadamente 4 meses após o parto.

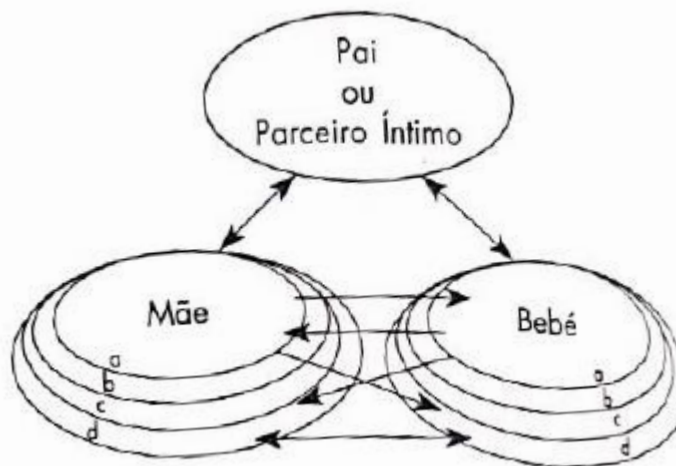


Figura 3 - Um microsistema dentro do modelo de Consecução do papel Maternal em evolução. Fonte: Adaptado de Mercer (1991).

O processo de tornar-se mãe sofre influência do apoio social, estresse, funcionamento da família e relação entre pai-mãe/parceiro íntimo. Além disso, traços de comportamento

materno e do bebê e alguns fatores podem interferir na identidade do papel materno e gerar efeitos na criança (ALLIGOOD, 2014):

- Traços e fatores maternos: Empatia, sensibilidade aos sinais do bebê, autoestima, paternidade vivenciada como criança, maturidade, flexibilidade, postura, gravidez e experiência do parto, saúde, depressão e conflito de função, idade no primeiro parto, a primeira separação da criança, o estresse social, o apoio social, os traços de personalidade, o autoconceito, posturas na educação da criança, relação com o pai, status socioeconômico, experiência de nascimento, estresse no papel, estado de saúde, preparação durante a gravidez, relacionamentos com a própria mãe (avó materna do filho), depressão e ansiedade (MERCER, 2006; ALLIGOOD, 2014).
- Traços e fatores do bebê: Temperamento, capacidade para enviar pistas, aparência, características gerais, reação e saúde, aspecto, reação, estado de saúde da criança e a capacidade para dar pistas (MERCER, 2006; ALLIGOOD, 2014).

Dessa forma, para atingir o papel maternal é necessário que a mulher sinta uma harmonia interna em relação ao papel e suas expectativas. Há três componentes principais para o papel: ligação ao bebê; obtenção de competência nos comportamentos de maternidade e expressão de recompensa pelas interações materno-infantil. O efeito na criança inclui desenvolvimento cognitivo, ligação, saúde e competência social (ALLIGOOD, 2014).

O tornar-se mãe não é um processo linear, podendo as fases se sobrepor ou serem alteradas com o processo de crescimento e desenvolvimento do bebê. Inicialmente, Mercer estabeleceu um tempo máximo para o desenvolvimento da ligação entre mãe e bebê, porém, com o decorrer do aprofundamento dos estudos, percebeu que o contexto da mãe poderia prolongar, principalmente na situação da prematuridade ou malformações do bebê, ou acelerar o processo, desde a gestação (MERCER, 2006).

Tal motivo fez com que a teórica ajustasse o nome da teoria para “*Becoming a Mother*” (Tornar-se mãe), com o processo de adoção do papel materno sendo construído ao longo da relação entre mãe e filho. Além disso, a autora estudou também a capacidade da mãe em lidar com o bebê com alterações congênitas, necessidades e preocupações maternas quanto a amamentação, gestação na adolescência, doenças maternas pós parto, estresse e complicações durante o processo de engravidar (ALLIGOOD, 2014).

Em relação ao papel do enfermeiro no âmbito da Teoria do Tornar-se Mãe, a autora aponta este como fundamental durante o processo, destacando o apoio social deste profissional, principalmente nos âmbitos de apreciação e informacional, mediando conflitos e oferecendo recursos para a adoção eficaz do papel materno (MERCER, 2006).

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de método misto. O método misto é um procedimento que combina coleta, análise e técnicas qualitativas e quantitativas em uma mesma pesquisa, oferecendo uma possibilidade na compreensão de problemas complexos (MARTHA; SOUSA; MENDES, 2007; CRESWELL; CLARK, 2013). Na pesquisa mista, o pesquisador coleta tanto dados qualitativos quanto quantitativos de maneira sistemática, podendo ou não priorizar um dos tipos de dados. A coleta e análise dos dados envolve suposições filosóficas que direcionam tanto a abordagem qualitativo quanto o quantitativo (CRESWELL; CLARK, 2013).

Na construção de um estudo misto, quatro pontos principais devem ser definidos: o nível de interação entre os elementos; a prioridade relativa dos elementos, o momento certo de aplicação dos elementos e os procedimentos para a mistura dos dados. Após o estabelecimento dos pontos principais, podem ser adotados seis tipos básicos de projetos: paralelo convergente, sequencial explanatório, sequencial exploratório, incorporado, transformativo e multifásico (CREWELL; CLARK, 2013).

Neste estudo, foi adotado o projeto convergente paralelo. O projeto convergente paralelo com a variante de bases de dados paralelas foi o tipo de projeto adotado por este estudo, o qual teve como configurações um nível de interação independente, prioridade dos elementos com ênfase igual, momento certo simultâneo, ponto de interface sendo a interpretação, com a variante de base de dados paralela (CREWELL; CLARK, 2013).

O projeto paralelo convergente segue quatro passos, segundo Creswell e Clark (2013):

1. Coleta simultânea e independente dos dados qualitativos e quantitativos;
2. Análise dos dois conjuntos de dados separada e independentemente, utilizando-se procedimentos analíticos quantitativos e qualitativos usuais;
3. Alcance do ponto de interface, onde com os dois conjuntos de dados coletados ocorre a fusão dos resultados dos dois conjuntos;
4. Interpretação dos dados, compreendendo até que ponto e de quais maneiras os dois conjuntos de dados são convergentes, divergentes ou se relacionam um com o outro.

Tais passos foram seguidos para a análise dos dados e a construção dos resultados desta pesquisa.

As etapas quantitativas e qualitativas (pesquisa narrativa com ênfase no conteúdo) ocorreram simultaneamente, com delineamento transversal.

5.2. Local de Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais da rede pública de saúde da cidade de Brasília – Distrito Federal.

Ambos locais de coleta se inserem dentro da rede de saúde terciária do Distrito Federal. Os hospitais possuem dormitórios para as mães permanecerem mais próximas dos filhos, por meio do Programa de Assistência à Mãe Nutriz. Além disso, contam com Banco de Leite Humano (BLH), o qual fornece apoio no processo de coleta e ordenha de leite humano materno. O acesso materno nas unidades é livre durante 24h por dia e o paterno pode ocorrer todos os dias até as 21h, nos dois locais de pesquisa. Tal rotina, não sofreu alterações durante a pandemia de COVID-19, exceto nos casos de mães ou recém-nascidos com testagem positiva para o coronavírus. As visitas externas foram interrompidas, devido à pandemia, permanecendo suspensas até o presente momento.

Um dos hospitais é referência na rede pública do Distrito Federal (DF) e entorno para pré-natal, parto e nascimentos de alto risco, possui o selo de qualidade Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e é referência para o Método Canguru no DF. Conta, atualmente, com 25 leitos de UTIN, 08 de UCIN-Interna (Unidade de Cuidados Intermediários – Interna) e 15 de UCIN-externa. A unidade UCIN-Interna, se localiza dentro da UTIN, a qual visa o aumento do peso do RN até 1.250g, para o encaminhamento para a UCIN-Externa ou UCINCa.

O segundo local de coleta, conta com 10 leitos de UTIN, possui o Método Canguru implantado e BLH. Após a alta da UTIN, os binômios são encaminhados para maternidade, a qual também está apta a realizar o MC.

Os profissionais de ambas as unidades possuem treinamento na para aplicação do Método Canguru, com conhecimento sobre a importância do seguimento das etapas, bem como do acolhimento e empatia necessários para a realização de ações humanizadas com o binômio mãe-bebê. A incorporação da filosofia do MC pelos profissionais de saúde da

unidade ainda possui entraves. Assim, muitas vezes, o MC é realizado mecanicamente e quando julgam ser possível, de acordo com as demandas que possuem.

5.3.Participantes da pesquisa

O público alvo foram mães de recém-nascidos internados na UTIN, tanto as que tiveram o contato precoce com o RN, quanto as que não tiveram. Ressalta-se que, neste estudo, o contato precoce é definido como o contato físico entre RNPT e mãe dentro das primeiras 24h de vida do recém-nascido (MOORE *et al*, 2016).

Participaram da coleta de dados qualitativa 15 mães e a amostra da fase quantitativa foi de 23 mães. A amostragem foi não probabilística (intencional) e a coleta de dados qualitativos foi guiada pelo método da amostragem por saturação (FONTANELLA *et al*, 2011; GLASER; STRAUSS, 1967; MINAYO, 2017; FUSH; NESS, 2015).

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: mães com idade igual ou superior a 18 anos, na ocasião do nascimento do bebê e ser mãe de RNPT moderado (32 a <34 semanas) ou tardio (34 a < 37 semanas) (WHO, 2018).

Como critérios de exclusão adotaram-se: mães com comprometimento da saúde física ou mental, que interfiram no contato precoce ou vinculação com o neonato e mães de neonatos com malformações congênita (todos os tipos) e síndromes genéticas em investigação ou já diagnosticadas.

5.4.Coleta de Dados

As técnicas de coleta de dados foram aplicadas simultaneamente e ocorreu entre os meses de outubro de 2020 até outubro de 2021, de acordo com o quadro 1. Ressalta-se que toda a coleta de dados ocorreu durante a pandemia de COVID-19.

FASES DE COLETA DE DADOS		
Técnica de coleta	OBJETIVO	TIPO DE ABORDAGEM
Observação sistemática não participante	Verificar quais mães estabeleceram o contato precoce e quais não estabeleceram.	Qualitativa
Questionário de caracterização das mães e pré-termos (ANEXO A)	Obter a caracterização sociodemográfica e familiar da amostra.	Quanti e qualitativa

Entrevista aberta em profundidade e construção do genograma	Obter a caracterização familiar e conhecer e aprofundar no fenômeno de estudo, através da questão norteadora: <i>como têm sido para você criar laços com seu filho na UTIN?</i>	Qualitativa
Autopreenchimento PBQ (ANEXO B)	Avaliar a qualidade do vínculo no pós-parto entre mãe e neonato pré-termo moderado ou tardio	.Quantitativa

Quadro 1 - Síntese das fases de coleta de dados, de acordo com os objetivos propostos para cada etapa. Brasília (DF), 2021.

A observação não sistemática ocorreu no ambiente da UTIN, com foco em visualizar quais mães conseguiam acompanhar o filho com mais assiduidade. A presença da mãe na UTIN faz com que ela vivencie a hospitalização mais intensamente, podendo, dessa forma perceber a realidade e os fatores dificultadores e fortalecedores de maneira mais clara.

Após o alcance da compreensão dos resultados qualitativos da pesquisa, a partir das entrevistas com 15 mães, buscou-se ampliar o conjunto amostral de dados quantitativos, aplicando o questionário de caracterização das mães e pré-termos e o PBQ com mais 8 mães, totalizando 23 participantes no total.

A entrevista em profundidade teve como pergunta norteadora: *como têm sido para você criar laços com seu filho na UTIN?* Perguntas intermediárias foram introduzidas quando identificada a necessidade de ampliar descrições, reflexões ou articulações entre os aspectos narrados (GREENHALGH, RUSSELL, SWINGLEHURST, 2005). As entrevistas foram realizadas em local oportuno e privado no espaço físico da UTIN com gravação do áudio. A gravação foi realizada com o objetivo de não perder dados relevantes. As mesmas foram transcritas na íntegra e as mães entrevistadas foram identificadas como “M1, M2...”, de acordo com a ordem cronológica.

O questionário de caracterização das mães e pré-termos é composto de duas partes: (1) identificação, com os seguintes itens: idade, escolaridade, estado civil, profissão, número de filhos, renda média familiar. A segunda parte, (2) saúde da criança e história pertinente consiste nos itens: idade atual da criança, classificação da prematuridade, condições de nascimento, tempo de hospitalização da criança e tempo decorrido entre o nascimento e o primeiro contato físico entre mãe e filho. Essa etapa teve como objetivo obter a caracterização sociodemográfica de todas as participantes do estudo.

Na etapa de coleta de dados qualitativos, após a obtenção dos dados para caracterização da amostra, foi construído o genograma da família, a partir das informações fornecidas pela mãe, a fim de obter a caracterização familiar das participantes. O genograma é um instrumento utilizado para a avaliação e representação da estrutura interna da família, o qual permite ter uma visão geral da estrutura familiar, relações e laços afetivos positivos ou negativos (WRIGHT, LEAHEY; 2012).

Brockington, Fraser e Wilson (2006), desenvolveram o *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ), um instrumento de avaliação do vínculo no pós-parto entre mãe e bebê.

O PBQ é uma escala multidimensional de autopreenchimento, composta por 25 itens distribuídos em quatro dimensões: ligação prejudicada (fator 1 – 12 itens); rejeição e raiva patológica (fator 2 – 7 itens), ansiedade sobre o bebê/ansiedade acerca do cuidado com o bebê (fator 3 – 4 itens) e abuso iminente/risco de abuso (fator 4 – 2 itens). Os itens são respondidos de acordo com uma escala *Likert*, de 6 pontos, que varia de 0 (“nunca”) a 5 (“sempre”). Respostas positivas, como por exemplo “*Com que frequência você fica feliz quando seu bebê dá um sorriso ou uma gargalhada?*”, são pontuados de zero (“sempre”) a 5 (“nunca”). Respostas negativas, como por exemplo “*Com que frequência você gostaria de voltar ao passado, ao tempo em que você ainda não tinha um bebê?*”, são pontuados de 5 (“sempre”) a zero (“nunca”) (BALDISSEROTTO et al., 2018; BROCKINGTON; FRASER; WILSON, 2006). Perrelli et al. (2014) realizaram estudo de revisão que observou a existência de consistência interna adequada do instrumento. Baldisserotto et al. (2018) realizaram a adaptação transcultural do PBQ para o português brasileiro, disponibilizando os itens para uso em outros estudos, a qual foi utilizada para a realização desta pesquisa.

O Fator 1 (Ligação Prejudicada) é um fator geral, que objetiva indicar algum tipo de problema na relação entre mãe e bebê, apontando a necessidade de investigação mais aprofundada. É composto por 12 itens para autopreenchimento, com pontuação máxima de 60 pontos. Até a pontuação 11, o resultado é considerado normal. Pontuação igual ou maior que 12 é considerado alto e indica a necessidade de entrevista, a fim de explorar a qualidade do relacionamento entre mãe e filho, presença de ansiedade, raiva ou obsessões relacionadas ao bebê. O fator 1 é um dos mais eficazes para verificar a vinculação entre mãe e filho, de acordo com estudo de validação (BALDISSEROTTO et al., 2018; BROCKINGTON; FRASER; WILSON, 2006).

O Fator 2 (Rejeição e Raiva Patológica) tem o objetivo de identificar mães com graves transtornos no relacionamento com seu filho. É composto por 7 itens, com pontuação máxima de 35 pontos. A somatória dos itens até 12 é considerada normal, dessa forma, resultados maiores ou iguais a 13 são considerados altos e indicam, no mínimo, uma ameaça de rejeição, necessitando de investigação mais aprofundada. Juntamente com o Fator 1, são considerados mais eficazes na identificação de possíveis distúrbios de vinculação entre mãe e filho, de acordo com estudo de validação (BALDISSEROTTO et al., 2018; BROCKINGTON; FRASER; WILSON, 2006).

A ansiedade em relação ao bebê (Fator 3) é composto por 4 itens, todos relacionados à ansiedade focada no bebê. Sua pontuação máxima é de 20 pontos, sendo considerada até 9 pontos uma pontuação normal e pontuações maiores ou iguais a 10 como altas. É importante ressaltar que este fator não possui uma boa sensibilidade para identificar mães com ansiedade severa, sendo mais sensível apenas na identificação de mães com rejeição estabelecida (a mãe expressa desgosto, ressentimento e desejo de livrar-se totalmente dos cuidados em relação ao filho). (BALDISSEROTTO et al., 2018; BROCKINGTON; FRASER; WILSON, 2006)

O Fator 4 (Abuso Incipiente) é composto apenas por duas questões e tem o objetivo de identificar mães com comportamentos potencialmente perigosos e que necessitam de investigação mais aprofundada com urgência. A pontuação máxima é de 10 pontos, sendo considerado até 1 uma pontuação normal e resultados maiores ou iguais a 2 pontos necessitam de investigação. Ressalta-se que sua sensibilidade não é satisfatória, dessa forma, qualquer pontuação deve ser investigada, com os resultados altos necessitando de investigação urgente. (BALDISSEROTTO et al., 2018; BROCKINGTON; FRASER; WILSON, 2006)

Outra forma de interpretação dos escores obtidos pelo PBQ é a utilização da pontuação total, somando-se os resultados encontrados nos fatores. O ponto de corte 26, considerando-se abaixo de 26 como vinculação satisfatória e acima como DV.

Ressalta-se que o PBQ é um instrumento eficiente e válido para triagem de binômios mãe-bebê, indicando os que necessitam de uma atenção e investigação aprofundada sobre possíveis desenvolvimentos de distúrbios relacionados à formação de vínculo e relacionamento. (BALDISSEROTTO et al., 2018) No presente estudo, foi considerada como dificuldade de vinculação (DV) mães que apresentaram resultados maiores que 11 no fator 1 ou resultados maiores que 13 no Fator 2 ou pontuação igual ou superior à 26 na somatória geral.

5.5. Análise dos dados qualitativos

Para a análise dos dados qualitativos, provenientes das entrevistas em profundidade, optou-se pela pesquisa de narrativa na perspectiva holística com ênfase no conteúdo. A pesquisa narrativa tem como objetivo o estudo da experiência, o “entender” o conteúdo da vida humana. A narrativa busca capturar e investigar as experiências vividas no tempo, no pessoal e no social. Dessa forma, a pesquisa narrativa atende três dimensões: temporal, espacial e sócio pessoal (CLANDININ; CONNELLY, 2015).

A análise do material foi realizada com redução gradativa do texto, utilizando a condensação de sentido e generalização, em que divide-se o conteúdo em três colunas: transcrição, primeira redução e palavras-chave. A seguir, são desenvolvidas categorias para cada uma das entrevistas e, posteriormente, foram classificadas em um sistema coerente de todas as entrevistas, com o produto final sendo a interpretação concomitante dos aspectos importantes dos informantes e pesquisadores (MUYLAERT et al., 2014).

Para a categorização, foram utilizados procedimentos de codificação baseados em dados e em conceitos. A revisão de literatura acerca do fenômeno de pesquisa proporcionou a prévia definição de algumas categorias: contato visual e físico como fortalecedor e sentimento de pertença enfraquecido e materno limitado. Com o material obtido na investigação, novas categorias foram construídas, as quais estão descritas nos resultados. Por fim, compararam-se as categorias e foram estabelecidas as semelhanças existentes entre os casos individuais, gerando a identificação de trajetórias coletivas (MUYLAERT et al., 2014).

O referencial teórico que sustentou o processo analítico do subprojeto de cunho qualitativo foi o Interacionismo Simbólico (IS), pelo fato deste referencial buscar conhecer os fundamentos e causas das ações humanas e conceber que o ser humano define e age na situação de acordo com significações ali estabelecidas, as quais são processadas e atualizadas na interação social (BLUMER, 1969). Segundo esse referencial, é no presente de cada vivência que a definição da realidade ocorre, e, com isto as ações vão se concretizando, influenciadas pelo *self*.

O *self* é uma entidade social, gerada e mantida no processo de interação, auto reflexiva, conectada à resolução de problemas. Ele possui duas fases, a saber: o “eu” e o “mim” (CHARON, 2004). A fase “eu” tem o próprio indivíduo como sujeito, é mais espontânea e impulsiva. A fase “mim” é a fase mais social, surge na auto interação ao pensar, analisar,

conversar privativamente consigo próprio.

O processo de significação, desencadeado na interação com o *self*, é comunicado por meio de símbolos às outras pessoas, os quais visam a representação de algo no processo comunicativo (BLUMER, 1969). A percepção e a definição ocorrem por meio da atividade da mente e, em resposta à atividade de interpretação aí formada é que ocorre a ação (CHARON, 2004).

À medida que se vive o processo contínuo da interação social, as pessoas intercambiam coisas entre si e consigo, aferem significações, apreciam e estabelecem perspectivas, realizam tomadas de ação. Dessa maneira, a interação social constitui-se em uma ação social mútua, dialógica, com transmissão de significações simbólicas, instigando o papel do outro, a ação da mente e a interpretação de atos entre si, o que reflete em um processo contínuo de construir a ação (CHARON, 2004).

Assim, o Interacionismo Simbólico nos traz a ideia de constante construção e reconstrução dos objetos pelos atores sociais, com o significado construído a partir das interações que cada indivíduo vive. Dessa forma, procura-se compreender como os indivíduos percebem e dão sentido a realidade a sua volta e como agem em relação a esta, tendo como base seu contexto, convicções e significados atribuídos (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

5.6. Análise dos dados quantitativos

A análise dos dados foi realizada com o auxílio de um profissional estatístico, sendo utilizado o software R versão 4.1.1 para obtenção da caracterização da amostra, de acordo com os dados obtidos através do questionário de caracterização das mães e pré-termos. Os dados obtidos através do PBQ, foram analisados após o estabelecimento dos escores totais e por fator de cada participante da pesquisa.

Foram realizados testes de correlação entre os resultados obtidos no Fator 1 (Ligação prejudicada) e os seguintes itens do questionário de caracterização das mães e pré-termos :

- Tempo de hospitalização da criança;
- Idade da mãe;
- Idade da criança;
- Escolaridade materna (ensino fundamental completo e incompleto; ensino

médio completo e incompleto; ensino superior completo e incompleto; pós-graduação completa e incompleta);

- Tempo entre o primeiro contato entre a mãe e a criança (em horas)

Os testes de correlação e medidas de associação entre os dados obtidos pelo questionário de caracterização das mães e pré-termos e PBQ que melhor se aplicaram foram o coeficiente de correlação de Spearman e a análise de variância (ANOVA).

O coeficiente de correlação de Spearman consiste em uma estatística não paramétrica que avalia a dependência dos postos das variáveis ordinais que estão sendo avaliadas. O coeficiente de correlação de Spearman é representado pela letra grega *rho* (ρ) e seu domínio varia de -1 a 1, indicando tanto intensidade, quanto direção da correlação: quanto mais próximos dos extremos (-1 ou 1) maior a intensidade da correlação e o sinal indica a direção (positiva ou negativa). Coeficientes próximos a 0 indicam que não há relação entre as variáveis em estudo. O cálculo para o coeficiente é dado por:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)},$$

Onde:

d_i : é a diferença entre os postos de cada observação;

n : É o tamanho total da amostra.

Para testar a significância da estatística do teste, tem-se como hipóteses:

$$\begin{cases} H_0: \text{Não há correlação entre as duas variáveis em estudo } (\rho = 0) \\ H_1: \text{Há correlação entre as duas variáveis em estudo } (\rho \neq 0) \end{cases}$$

Para o cálculo do p-valor, é utilizado um algoritmo denominado *algorithm AS 89*. Para testar a significância do teste, determina-se um nível de significância α (utilizado o valor de 5%). Se o p-valor for inferior ao nível de significância, rejeita-se a hipótese de que não há relação entre as variáveis, ou seja, a correlação existe e é significativa; se superior ao nível de significância, não há evidências suficientes para afirmar que há relação entre as variáveis.

A análise de variância (ANOVA) consiste em uma técnica estatística para comparar três ou mais grupos ao mesmo tempo. Tem-se como hipóteses:

$$\begin{cases} H_0: \mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu_t \\ H_1: \mu_i \neq \mu_k, \text{ para pelo menos um par } (i, k) \end{cases}$$

Onde,

μ_i, μ_k : Média do i-ésimo/k-ésimo grupo em análise.

Tem-se como estatística do teste:

$$F = \frac{MS_G}{MS_E} \sim F_{g-1, g(n-1)}$$

Onde,

MS_G : Variação entre as médias amostrais,

MS_E : Variação dentro das amostras,

$F_{g-1, g(n-1)}$: Distribuição F de Fisher, onde os graus de liberdade são determinados pelo número de grupos (g) e o tamanho da amostra (n).

Como trata-se de uma técnica paramétrica, a mesma possui alguns pressupostos. São eles:

- Independência entre as observações;
- Normalidade dos resíduos do modelo;
- Homocedasticidade (variância homogênea dos grupos).

Cada análise de correlação foi realizada isoladamente. Vale ressaltar que a natureza das variáveis que foram analisadas determina a técnica ideal para análise. Portanto, inicialmente, foram analisadas as correlações em que ambas as variáveis são quantitativas, ou seja, numéricas. Nestas, foi aplicado o coeficiente de correlação de Spearman, sendo elas:

- Escore de Fator 1 X Tempo de hospitalização da criança;
- Escore de Fator 1 X Idade da mãe;
- Escore de Fator 1 X Idade da criança;
- Escore de Fator 1 X Tempo para o contato entre a mãe e a criança (em horas);

Posteriormente, foi realizada a correlação “Escore de Fator 1 X Escolaridade da mãe”, dado de natureza qualitativa (categórica), sendo aplicada a análise de variância (ANOVA).

5.7.Mixagem dos Dados

O estudo foi desenvolvido com as etapas quantitativas e qualitativas ocorrendo simultaneamente, com delineamento transversal. Foi adotado o projeto convergente paralelo, o qual busca a obtenção de dados diferentes, mas complementares sobre um mesmo tópico de estudo. Como variante, teremos a base de dados paralela.

Dessa forma, as características principais do estudo em relação à mixagem dos dados são que o ponto de interface foi a interpretação, considerando-se a variante de base de dados paralela.

O ponto de interface da interpretação se caracteriza quando os dados qualitativos e quantitativos são mixados no final do processo de pesquisa, após a coleta e análise dos dois conjuntos de dados separadamente. Envolve a extração de conclusões e inferências que refletem o que foi compreendido com a combinação dos resultados das duas bases de dados, comparando ou resumindo os resultados em uma discussão (CRESWELL; CLARK, 2013).

A variante da base de dados paralela é a abordagem em que os dados são conduzidos independentemente e são reunidos apenas durante a interpretação. São usadas as duas bases de dados (quanti e quali) para examinar os diversos ângulos de um fenômeno e os dois conjuntos de resultados independentes são resumidos ou comparados (CRESWELL; CLARK, 2013).

5.8.Aspectos Éticos

Os aspectos éticos da pesquisa foram assegurados durante todas as etapas de execução do estudo. Foi obtida a anuência das duas UTIN participantes e a coleta de dados somente teve início após obtenção da aprovação do projeto junto aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília (UnB) e da Fundação de Ensino e Pesquisa do Distrito Federal (FEPECS), representativos das instituições participantes da pesquisa, de acordo com os pareceres nº 4.058.686 (CEP/UnB) e nº 4.662.891(CEP/FEPECS).

A aceitação dos participantes na pesquisa foi oficializada por meio da leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C) e do Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz (ANEXO D). A autonomia das participantes foi respeitada durante todo o processo de pesquisa, ficando clara a não interferência no atendimento da criança, independente da decisão da mãe em participar

ou não da pesquisa. Foi realizada parceria com o serviço de psicologia de ambos os locais, podendo ser oferecido suporte psicológico, em caso de necessidade materna. A identidade das mães foi preservada, identificando-as apenas com as iniciais e com as entrevistas sendo identificadas como M1, M2...e assim progressivamente.

6. RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 23 mães de pré-termos moderados a tardio. Destas, 23 participaram da etapa quantitativa respondendo ao questionário de PBQ e 15 da etapa qualitativa do estudo, ou seja, das entrevistas em profundidade.

6.1. Resultados Quantitativos

6.1.1. Características das Participantes da Pesquisa e Neonatos

Os dados referentes à caracterização da amostra materna estão descritos no quadro 2.

Quadro 2- Caracterização da Amostra das Mães entrevistadas, Brasília, 2021

Características	Média/Porcentagem
Idade das mães	29,57 anos
Escolaridade da mãe	Ensino Fundamental Completo: 13,04% (N=3)
	Ensino Fundamental Incompleto: 4,35% (N=1)
	Ensino Médio Completo: 30,43% (N=7)
	Ensino Médio Incompleto: 8,7% (N=2)
	Ensino Superior Completo: 30,43% (N=7)
	Ensino Superior Incompleto: 8,7% (N=2)
	Pós-graduação Incompleta: 4,35% (N=1)
Profissão das mães	Administradora: 4,35% (N=1)
	Atendente: 4,35% (N=1)
	Autônoma: 4,35% (N=1)
	Biomédica: 4,35% (N=1)
	Cabeleireira: 4,35% (N=1)
	Contadora: 4,35% (N=1)
	Cozinheira: 4,35% (N=1)
	Desempregada: 8,7% (N=2)
	Doméstica: 13,04% (N=3)
	Dona de casa: 17,39% (N=4)
	Educadora Física: 4,35% (N=1)
	Estudante: 4,35% (N=1)
	Gestora de mídias: 4,35% (N=1)
	Manicure: 4,35% (N=1)
	Pedagoga: 4,35% (N=1)
	Psicóloga: 4,35% (N=1)
Técnica de Enfermagem: 4,35% (N=1)	
Número médio de filhos	2 filhos
Estado civil das mães	Solteira: 4,35% (N=1)
	União Estável: 47,83% (N=11)
	Casada: 43,48% (N=10)

	Divorciada: 4,35% (N=1)
Renda familiar média	R\$ 3.171,43

Em relação aos recém-nascidos, segue abaixo o quadro 3 com as principais características:

Quadro 3- Caracterização da Amostra de Recém-nascidos pré-termos moderados a tardios, Brasília, 2021

Características	Média/Porcentagem
Idade atual da criança	13,30 dias
Idade gestacional	34,19 semanas
Classificação de prematuridade	Moderado: 43,48% (N=10)
	Tardio: 56,52% (N=13)
Intercorrências ao nascimento	Asfixia perinatal: 8,7% (N=2)
	Baixo peso: 17,39% (N=4)
	Desconforto respiratório: 52,17% (N=12)
	Infecção: 4,35% (N=1)
	Nasceu em parada cardiorrespiratória: 4,35% (N=1)
	Parada cardíaca + hospitalização: 4,35% (N=1)
	Sofrimento fetal: 4,35% (N=1)
	Suspeita de sepse: 4,35% (N=1)
Tempo de hospitalização da criança	10,74 dias

¹Baixo peso: peso de nascimento entre 1500g e 2499g.

Ressalta-se que as intercorrências ao nascimento descritas foram os motivos que levaram o RN à necessidade de internação na UTIN.

Em relação ao tempo médio do nascimento até o primeiro contato físico entre mãe e filho, obtivemos uma média de 32,5 horas. Com 30% (N=7) das mães tendo contato com seus filhos mais de 24h depois do nascimento.

6.1.2. Resultados do PBQ

Foram preenchidos 23 questionários de PBQ por mães de bebês pré-termos moderados a tardios. Foi considerada como dificuldade de vinculação (DV) mães que apresentaram resultados maiores que 11 no fator 1 ou resultados maiores que 13 no Fator 2 ou pontuação igual ou superior à 26 na somatória geral.

Em relação ao escores total, não obtivemos nenhuma mãe com pontuação acima de 26. Segue abaixo o Gráfico 1, representando os escores obtidos nos quatro fatores avaliados, ressaltando que os fatores que não estão sinalizados, obtiveram escore 0.

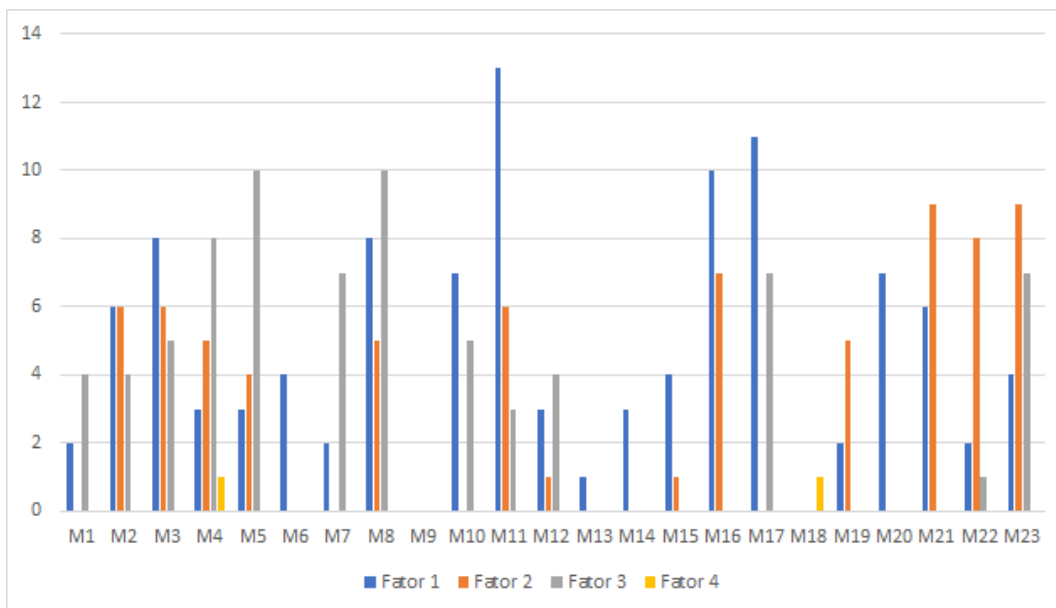


Gráfico 1 - Escores obtidos nos quatro fatores do PBQ. Brasília, 2021.

No presente estudo, foi considerada como dificuldade de vinculação (DV) mães que apresentaram resultados maiores que 11 no Fator 1 ou resultados maiores que 13 no Fator 2, conforme recomendado e utilizado em estudo semelhante realizado no Brasil (PINTO; FILGUEIRAS, 2020). No gráfico 2 são apresentados os escores obtidos no Fator 1 e 2 e seus respectivos pontos de corte (PC Fator 1 = 11 e PC Fator 2 = 12). Observa-se que 95,6% (N=22) da amostra não apresentou alterações nos escores obtidos, indicando que não necessitam de investigação mais profunda sobre a construção do vínculo.

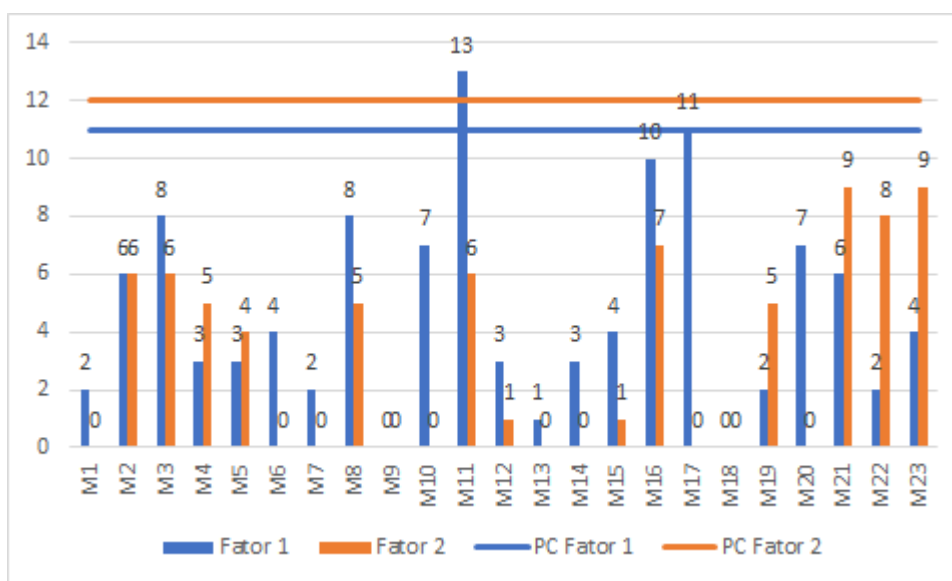


Gráfico 2 – Escores obtidos no Fator 1 e 2, Brasília, 2021.

Percebe-se que apenas uma mãe (M11) ultrapassou o ponto de corte do Fator 1 (Ligação Prejudicada), indicando necessidade de investigação aprofundada sobre a construção

do vínculo. Nenhuma entrevistada alcançou o ponto de corte do Fator 2 (Rejeição e Raiva Patológica).

O Fator “Ligação Prejudicada” (Fator 1) é composto por 12 perguntas, descritas a seguir: *Com que frequência você se sente emocionalmente ligada ao seu bebê?; Com que frequência você gostaria de voltar ao passado, ao tempo em que você ainda não tinha um bebê?; Com que frequência você sente que esse bebê não parece ser seu?; Com que frequência seu bebê te dá nos nervos?; Com que frequência seu bebê te irrita?; Com que frequência você fica feliz quando seu bebê dá um sorriso ou uma gargalhada?; Com que frequência você sente que ama o seu bebê?; Com que frequência o seu bebê chora demais?; Com que frequência você se sente presa como mãe, não tendo mais tempo e ou liberdade para fazer coisas que fazia quando não tinha o seu bebê?; Com que frequência você fica magoada com o seu bebê?; Com que frequência você acha que seu bebê é o mais lindo do mundo?; Com que frequência você gostaria que houvesse uma maneira do seu bebê deixar de existir?.*

O item que apresentou maior quantidade de mães pontuando mais que zero foi “*Com que frequência o seu bebê chora demais?*”, com 9 mães respondendo “às vezes” (pontuação 2) e 9 mães respondendo “raramente” (pontuação 1). A interpretação deste item é inversa, se caracterizando como um item de resposta negativa, ou seja, quanto maior a pontuação, mais negativo é o resultado. O segundo item com maior pontuação foi “*Com que frequência você se sente presa como mãe, não tendo mais tempo e ou liberdade para fazer coisas que fazia quando não tinha o seu bebê?*”, com 5 mães respondendo “às vezes” (pontuação 2) – este item também possui resposta negativa, sendo interpretado inversamente.

O questionamento “*Com que frequência você se sente emocionalmente ligada ao seu bebê?*” nos revelou que a grande maioria das mães (N=18) “sempre” (pontuação 0) se sentem emocionalmente ligadas aos seus filhos, com apenas 4 mães respondendo “frequentemente” (pontuação 2) e uma entrevistada “muito frequentemente” (pontuação 1). A resposta deste item é positiva, ou seja, quanto menor o resultado obtido, mais positiva é a interpretação.

Outro item relevou boa vinculação entre mãe e filho foram as respostas obtidas no item “*Com que frequência você sente que ama o seu bebê?*”, com 21 mães respondendo que “sempre” (pontuação 0) sentem que amam seus bebês. Apenas duas mães responderam que “frequentemente” (pontuação 2) amam seus filhos.

O Fator 2 (Rejeição e Raiva Patológica) é composto por sete questionamentos, a seguir: “*Com que frequência você se sente emocionalmente distante do seu bebê?*”; “*Com que frequência você adora ninar o seu bebê?*”; “*Com que frequência você se sente arrependida de ter tido seu bebê?*”; “*Com que frequência você gosta de brincar com o seu bebê?*”; “*Com que frequência você sente que o seu bebê te incomoda?*”; “*Com que frequência você se sente sem condições emocionais de cuidar do seu bebê e que, por isso, a única solução seria outra pessoa cuidar dele?*”; “*Com que frequência você fica com raiva do seu bebê?*”.

O questionamento “*Com que frequência você se sente emocionalmente distante do seu bebê?*” também é um item de resposta negativa, ou seja, quanto maior a pontuação, mais negativo é o resultado e, conseqüentemente, quando menor o resultado, mais efetiva é a aproximação entre mãe e filho. Neste item, 13 mães tiveram como resposta “nunca” (pontuação 0) e 10 mães tiveram alguma pontuação: 3 mães pontuaram 2 (“às vezes”); 2 mães pontuaram 3 (“frequentemente”); 1 mãe pontuou 4 (“muito frequentemente”) e 4 mães pontuaram 5 (“sempre”). Dessa forma, pode-se perceber uma contradição de sentimentos, com as mães se sentindo ligadas emocionalmente aos seus bebês, conforme citado acima, e, ao mesmo tempo, distantes emocionalmente, podendo indicar dificuldades do processo de criação do vínculo emocional.

Os outros itens do Fator 2 não apresentaram valores significativos.

O estudo nos revelou que, apesar da existência de fatores dificultadores, a vinculação entre mãe e filho ocorreu de maneira efetiva e sem necessidade de investigação mais aprofundada em grande parte da amostra, podendo ter sido influenciada pela adesão de ambos os hospitais ao Método Canguru (MC).

Quando realizamos a comparação entre o tempo de hospitalização e o escore do Fator 1 (Ligação Prejudicada) do PBQ, temos o gráfico 3, onde percebe-se que a tendência é que quanto maior o tempo de hospitalização, menores os escores de ligação prejudicada (Fator 1), indicando uma melhora no processo de enfrentamento da hospitalização do RNPT e, conseqüentemente, desenvolvimento do vínculo entre mãe e filho.

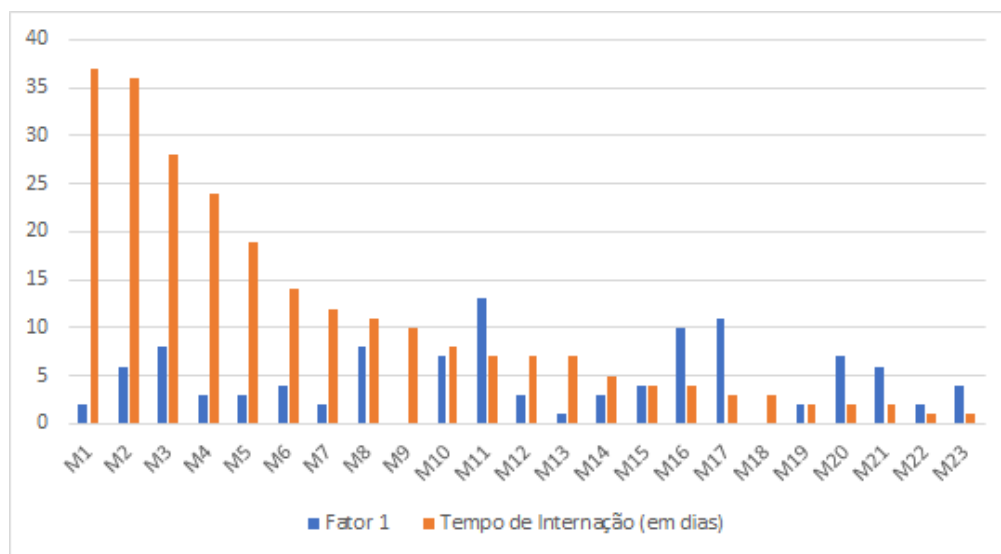


Gráfico 3 – Escore Fator 1 do PBQ e Tempo de Internação (em dias), Brasília, 2021.

Na aplicação dos testes de correlação entre os dados descritivos e o PBQ, não foi obtido nenhum resultado significativo. Em relação ao Escore do Fator 1 X Tempo de Hospitalização, obtivemos o coeficiente de correlação de Spearman, sendo este igual a 0,12, indicando uma relação muito fraca entre as variáveis e um p-valor igual a 0,58, ou seja, não há evidências suficientes para afirmar que há correlação entre o Escore de Fator 1 com o tempo de hospitalização da criança.

Os resultados obtidos nos testes de correlação entre o Escore do Fator 1 X Idade da mãe não indicaram correlação entre eles, com o coeficiente de correlação de Spearman igual à 0,09 e p-valor igual a 0,67. Quando realizados os testes entre o Escore do Fator 1 X Idade da criança (em dias), obteve-se um coeficiente de correlação de Spearman igual a 0,11 e p-valor de 0,61. A análise do Escore Fator 1 X Tempo para contato entre mãe e criança (em horas) obteve um coeficiente de Spearman igual à 0,068 e um p-valor de 0,75.

Para análise da escolaridade materna X Escore do Fator 1 foi realizado o teste de ANOVA, obtendo-se um p-valor de 0,75.

Os testes de correlação não obtiveram resultados significativos. Dessa forma, não foi possível rastrear fatores descritivos que possam influenciar positiva ou negativamente no vínculo entre mãe e neonato pré-termo.

6.2. Resultados Qualitativos

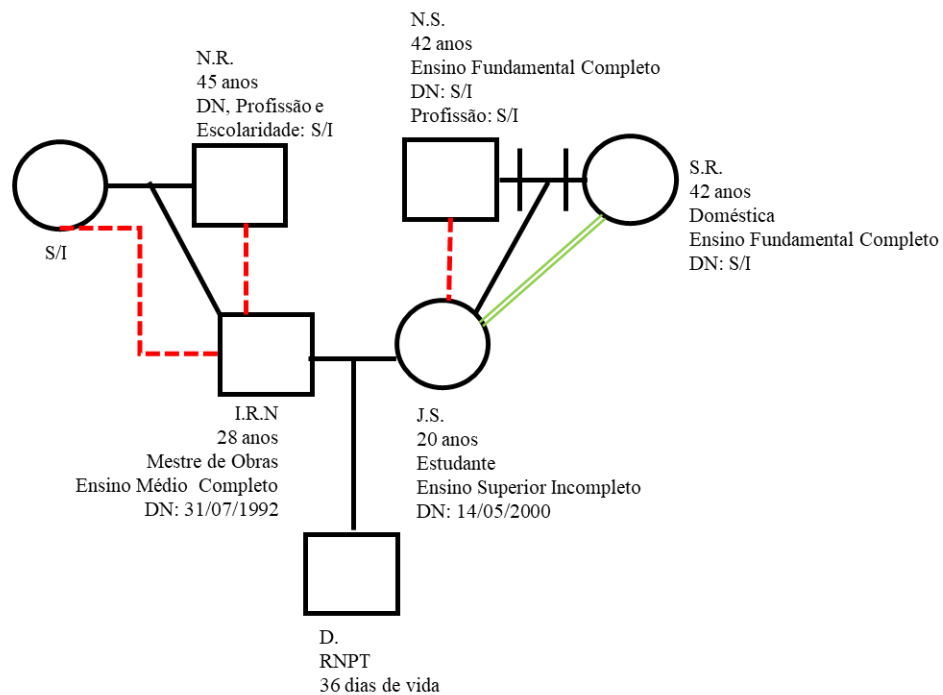
6.2.1. Caracterização da estrutura familiar das mães participantes

Mãe 1 (M1)

Mãe, estudante, com 20 anos e com apenas um filho (pré-termo). Casada, com Ensino Superior Incompleto. Possui renda familiar entre R\$ 1.500,00 e 2.000,00.

Seu filho nasceu com 35 semanas e 02 dias (pré-termo tardio), ocorrendo uma parada cardiorrespiratória ao nascimento, a qual levou a internação na UTIN que, no dia da entrevista, tinha 36 dias. Após o nascimento do filho, o contato, inicialmente visual, ocorreu com 48h de vida do recém-nascido, se caracterizando como contato tardio.

Segue abaixo o genograma da família da entrevista 1.



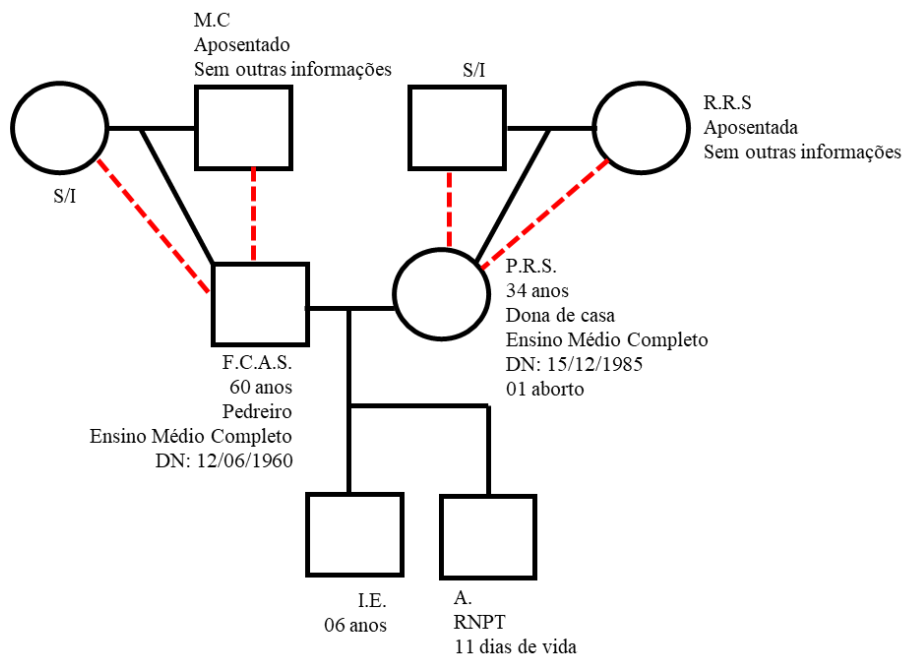
Mãe 2 (M2)

Mãe, dona de casa, 34 anos e com dois filhos (o RNPT e um com 06 anos). Vive em união estável e possui Ensino Médio Completo. Não possui renda familiar fixa, não informando a renda média.

Seu filho nasceu com 36 semanas e 01 dia (pré-termo tardio), apresentando desconforto respiratório ao nascimento e necessitou de intubação orotraqueal. Foi conduzido

para internação na UTIN, que durava, até a data da entrevista, 11 dias. A M2 teve contato, inicialmente visual, com o filho cerca de 26h após o nascimento, se caracterizando como contato tardio.

Segue abaixo o genograma da família da M2.

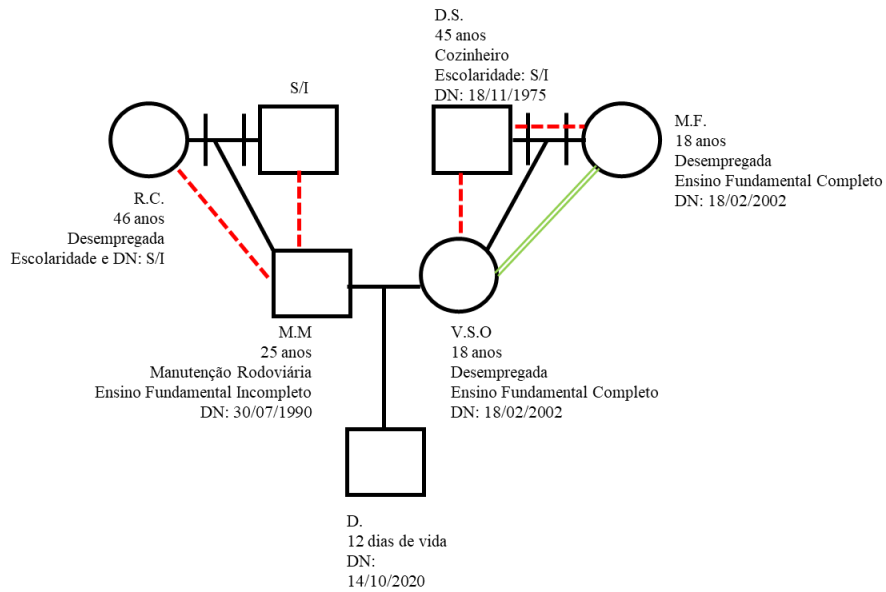


Mãe 3 (M3)

Desempregada, 18 anos e com um filho (RNPT). Vive em uma união estável e possui Ensino Fundamental Completo. A renda familiar é entre R\$ 1.000,00 – 1.500,00 reais.

Seu filho nasceu com 32 semanas e 6 dias (pré-termo moderado) e apresentou desconforto respiratório, sendo necessária a intubação orotraqueal ao nascimento e posterior transferência para a UTIN onde segue internado há 12 dias. O contato entre mãe e filho ocorreu com 24h de vida pré-termo, se caracterizando como contato precoce.

Segue a estrutura do genograma da família.

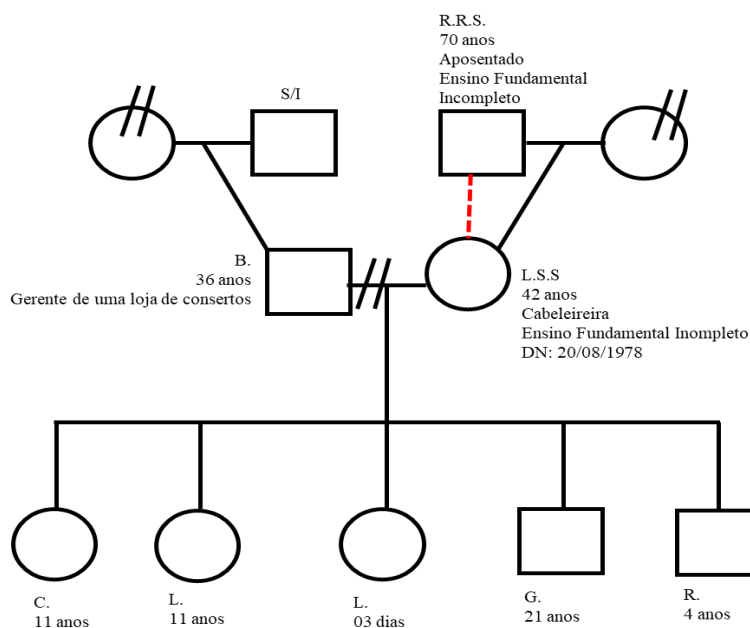


Mãe 4 (M4)

Mãe, cabeleireira, 42 anos, com 05 filhos (sendo um RNPT). Solteira, possui Ensino Fundamental Incompleto e uma renda família média entre R\$ 1.500,00 - 2.000,00.

Seu filho pré-termo nasceu bem com 34 semanas (pré-termo tardio). Foi internado na UTIN há três dias, devido à suspeita de sepse (mãe com bolsa rota há 15 dias). Teve contato com o recém-nascido no mesmo dia, cerca de 12h após o nascimento (contato precoce).

Não apresentou disponibilidade para fornecer muitas informações para a construção do genograma familiar. Dessa forma, segue conforme informado:

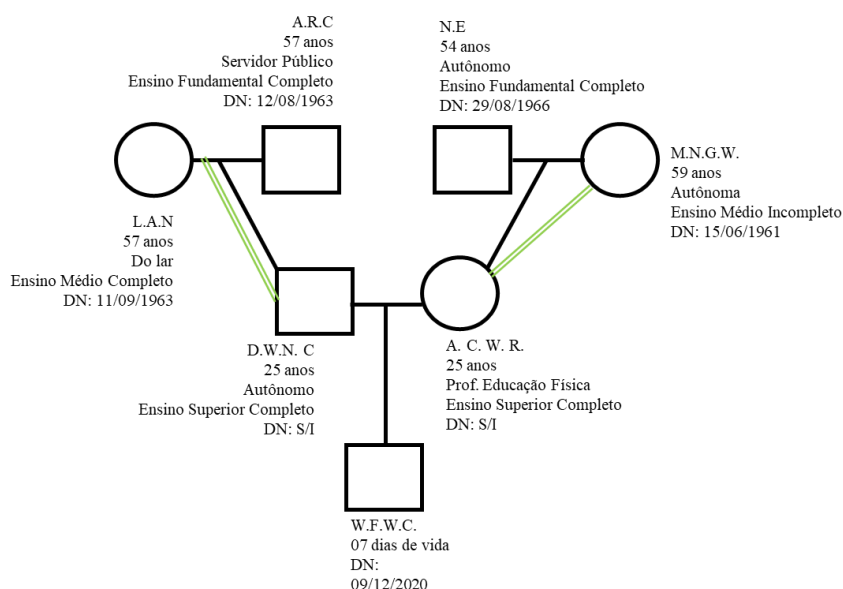


Mãe 5 (M5)

Mãe, professora de educação física, 25 anos e um filho (RNPT), em união estável com o pai do filho. Possui Ensino Superior Completo e uma renda familiar média entre R\$ 2.000,00 – 2.500,00.

O seu filho nasceu com 32 semanas e 4 dias (pré-termo tardio) e com baixo peso de nascimento, sendo encaminhado à UTIN desde o nascimento por este motivo, permanecendo internado por 7 dias. O contato com o filho ocorreu cerca de 13h após o nascimento, se caracterizando como contato precoce.

As informações mais próximas estão retratadas no genograma:

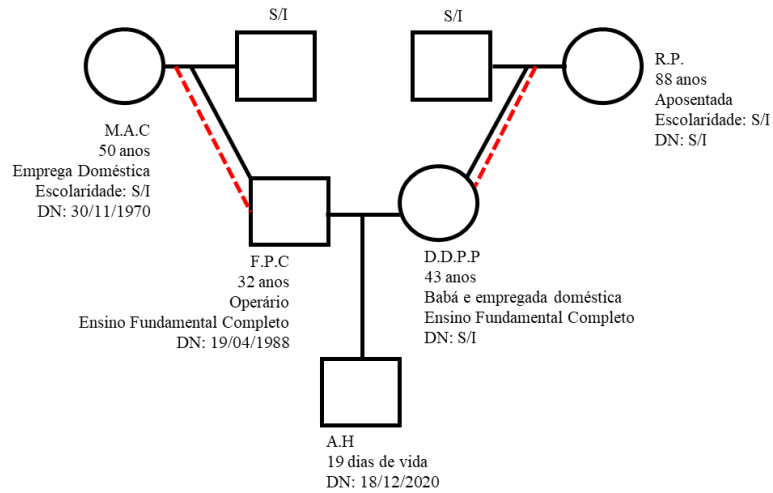


Mãe 6 (M6)

Mãe de um filho (RNPT), 43 anos de idade, trabalha como babá e empregada doméstica e vive em união estável com o pai da criança. Possui renda familiar média de R\$ 2.000,00 – 2.500,00.

O filho nasceu com 33 semanas e 4 dias (pré-termo moderado) e apresentou desconforto respiratório ao nascimento, permanecendo internado na UTIN desde o nascimento, com 19 dias de vida na data da entrevista. O contato entre mãe e filho ocorreu cerca de 10h após o nascimento, se caracterizando como contato precoce.

Segue caracterização do genograma familiar.

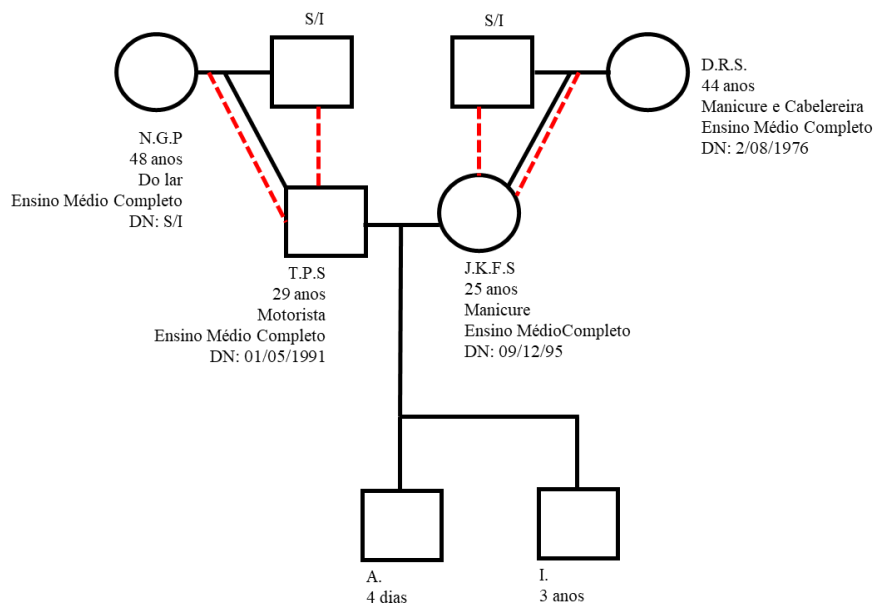


Mãe 7 (M7)

Mãe de dois filhos (um pré-termo), com 25 anos, casada e manicure. Possui Ensino Médio Completo e renda familiar entre R\$ 2.500- 3.000,00.

O filho nasceu com 35 semanas (pré-termo tardio) e apresentou desconforto respiratório ao nascimento, permanecendo internado na UTIN desde o nascimento (04 dias, na data da pesquisa). O contato entre mãe e filho ocorreu tardiamente, cerca de 26h após o nascimento.

O genograma familiar segue abaixo:

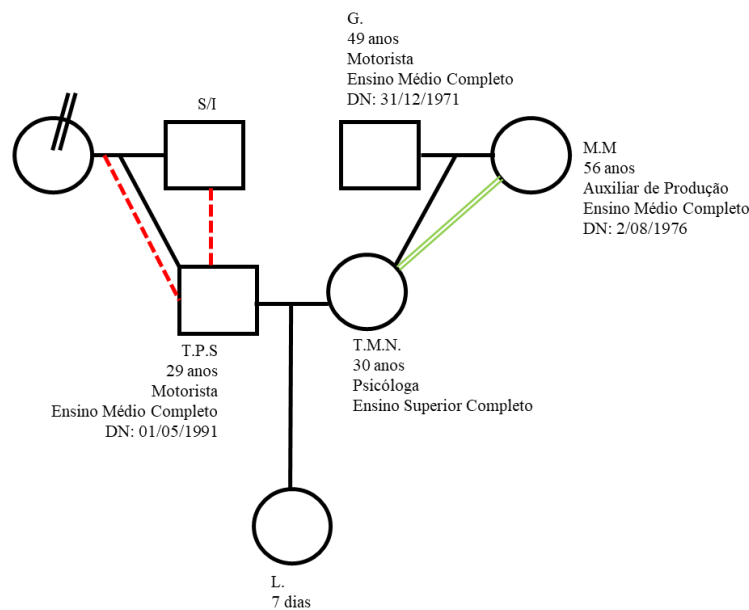


Mãe 8 (M8)

Mãe de um filho (RNPT), 30 anos de idade, casada, psicóloga, Ensino Superior Completo. Possui renda familiar média entre R\$ 5.000,00.

O filho nasceu com 35 semanas, sendo classificado como pré-termo tardio, apresentou baixo peso ao nascimento, necessitando de internação na UTIN para ganho de peso. Está a sete dias internado na UTIN e o primeiro contato entre mãe e filho ocorreu com cerca de 24h depois do nascimento, se caracterizando como contato precoce.

O genograma revela os familiares mais próximos:

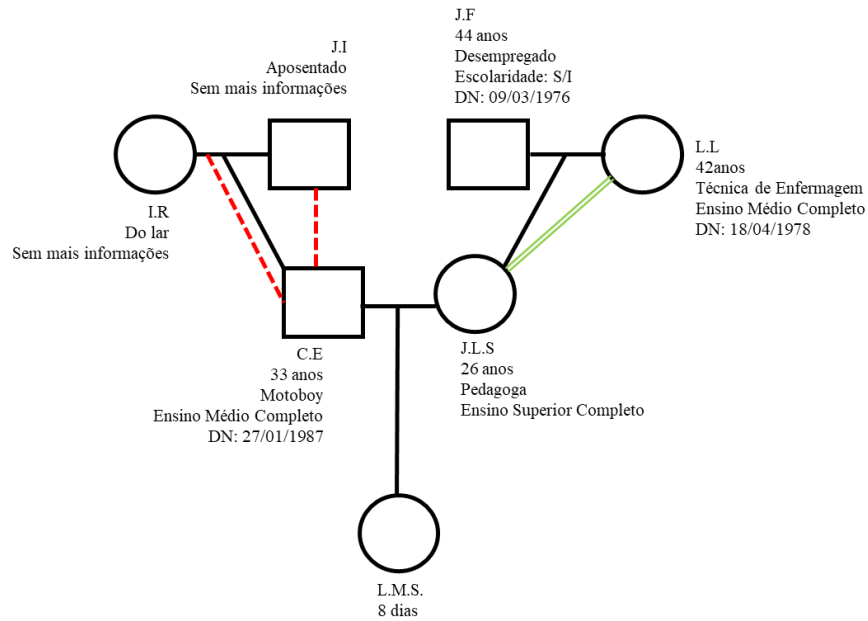


Mãe 9 (M9)

Mãe de um filho (pré-termo), 26 anos (data de nascimento não informada), casada e pedagoga (Ensino Superior Completo). Possui uma renda familiar de cerca de R\$ 1.200,00.

Seu filho nasceu com 32 semanas (pré-termo moderado), chorou ao nascimento, mas apresentou desconforto respiratório posteriormente – necessitando de internação na UTIN, onde permanece desde o nascimento (8 dias). Teve contato com o filho cerca de 20h após o nascimento, caracterizando o contato precoce.

Segue abaixo o genograma da família:

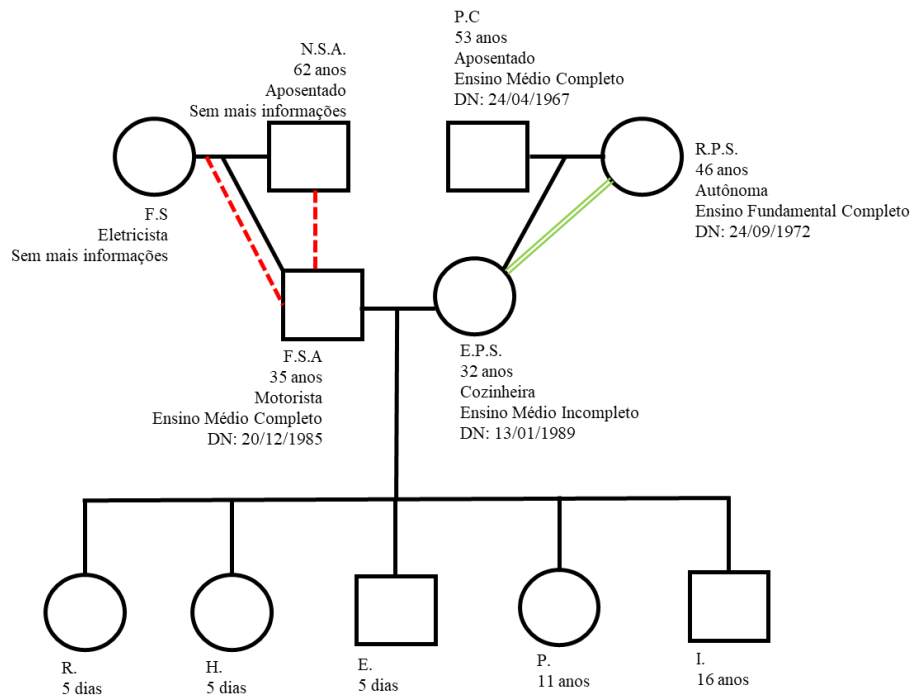


Mãe 10 (M10)

Mãe de 5 filhos (trigêmeos pré-termos), 32 anos, cozinheira, vivendo em união estável com o pai dos filhos. Possui Ensino Médio Incompleto e uma renda familiar média entre R\$ 1.500,00 – 2.000,00.

Os trigêmeos nasceram com 32 semanas e 4 dias (pré-termos tardios), necessitando de internação na UTIN para ganho de peso. Estão internados desde o nascimento, ou seja, por 5 dias. O contato entre mãe e filhos ocorreu com cerca de 12h após o nascimento (contato precoce).

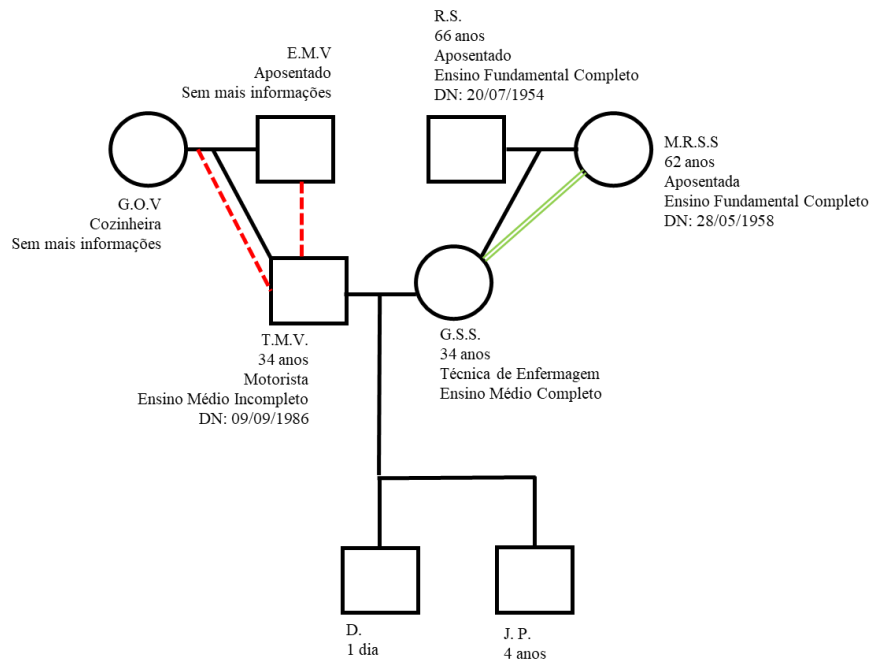
O genograma da família segue abaixo:



Mãe 11 (M11)

Mãe com 34 anos, dois filhos (um pré-termo), em união estável com o pai dos filhos. Possui Ensino Médio Completo e trabalha como técnica de enfermagem. A renda familiar é em torno de R\$ 2.000 – 2.500,00 reais.

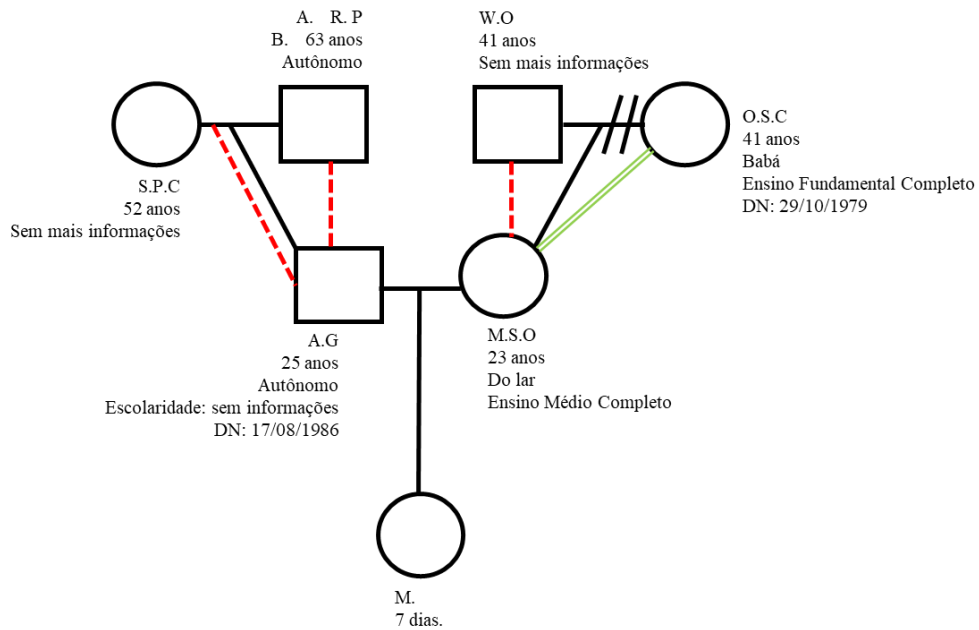
O filho pré-termo nasceu com 34 semanas (pré-termo tardio), necessitando de internação na UTIN para ganho de peso. Está internado há um dia e desde o nascimento. O contato entre mãe e filho ocorreu cerca de 12h após o nascimento, se caracterizando como um contato precoce. O genograma abaixo representa as relações familiares da M11.



Mãe 12 (M12)

Mãe de um filho (RNPT), com 23 anos (não fornecida data de nascimento), vivendo em União Estável com o pai do filho. Possui Ensino Médio Completo e cuida do lar. A renda familiar média é entre R\$ 2.000,00 – 2.500,00.

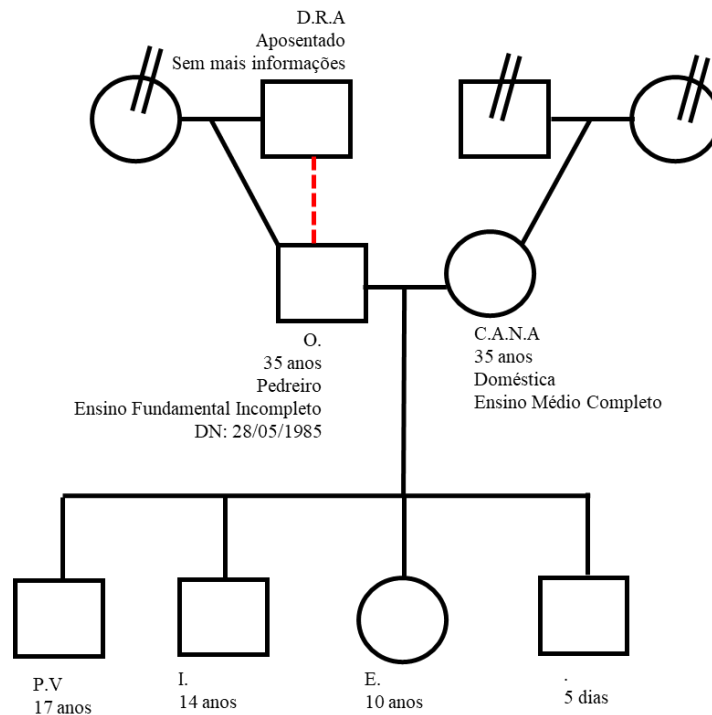
O filho nasceu com 35 semanas e 2 dias (pré-termo tardio) apresentando desconforto respiratório grave ao nascimento, sendo necessária a internação na UTIN. Nasceu há 7 dias e passou todo o período na UTIN. O contato entre mãe e filho ocorreu cerca de 24h após o nascimento (contato precoce). O genograma representa a família próxima da M12.



Mãe 13 (M13)

Mãe de 4 filhos (um pré-termo), 35 anos (não fornecida data de nascimento) e casada com o pai dos filhos. Trabalha como doméstica e possui Ensino Médio Completo. Não informou a renda familiar média.

O nascimento do filho pré-termo ocorreu com a idade gestacional de 36 semanas e 5 dias (pré-termo tardio), de parto normal e necessitou de internação na UTIN devido à episódios de hipoglicemia após dois dias de nascimento. O RNPT está internado há dois dias na UTIN. O contato entre mãe e filho ocorreu com cerca de 2h após o nascimento, sendo um contato precoce. Segue o genograma:

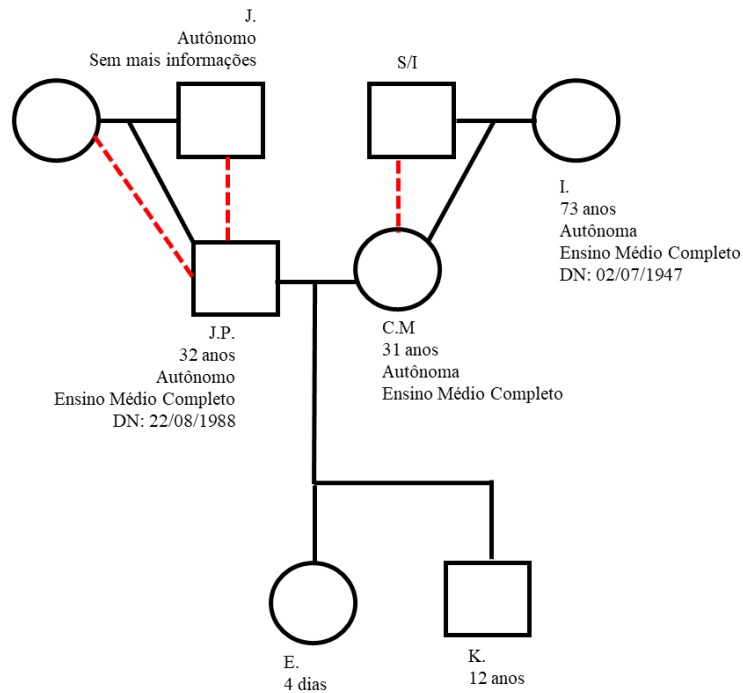


Mãe 14 (M14)

Mãe, 31 anos (não fornecida data de nascimento), possui dois filhos, em união estável com o pai dos filhos. Trabalha como autônoma e possui Ensino Médio Completo. Possui renda familiar entre R\$ 4.500,00 – 5.000,00.

Seu filho nasceu com 34 semanas e 3 dias (pré-termo tardio), necessitando da UTIN para ganho de peso. Está internado desde o nascimento, há 4 dias. O contato entre mãe e filho ocorreu com cerca 12h após o nascimento, se caracterizando como contato precoce.

Segue abaixo o genograma da família:

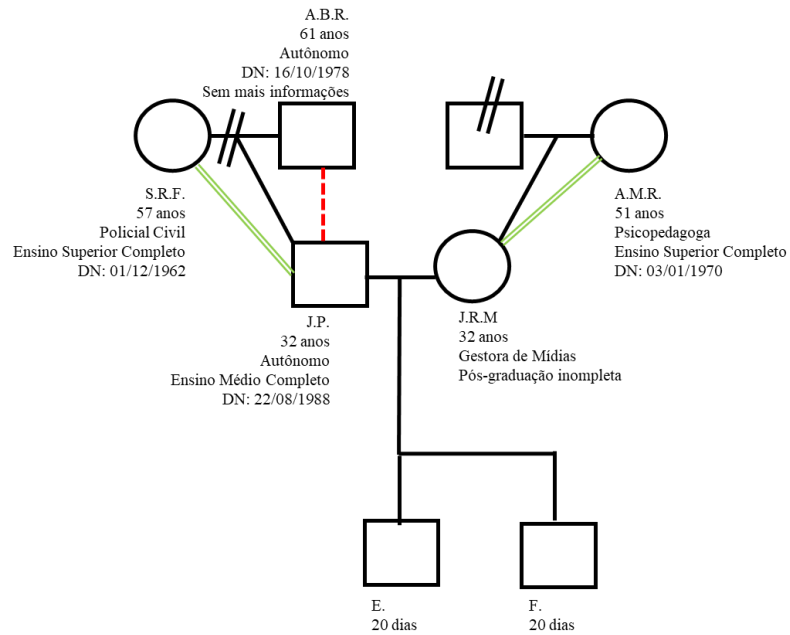


Mãe 15 (M15)

Mãe de gêmeares, com 32 anos, casada com o pai dos filhos. Possui pós-graduação incompleta e trabalha na área de gestão de mídias (formada no curso de comunicação). A renda familiar média é entre R\$ 2.500,00 – 3.000,00.

Os gêmeos nasceram com 33 semanas e 2 dias, com ambos apresentando desconforto respiratório ao nascimento e necessitando de internação na UTIN. Um dos filhos ficou internado por 6 dias e o outro por 18 dias. O contato entre mãe e filhos ocorreu cerca de 26h após o nascimento, se caracterizando como um contato tardio.

O genograma retrata a família da M15.



6.2.2. Experiência Materna de Vinculação e Construção da Parentalidade

A experiência materna em relação a criação de vínculo com o filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal foi compreendida, podendo ser visualizados fatores facilitadores, como por exemplo, inclusão da mãe na realização dos cuidados, e dificultadores, como a falta de acolhimento da família na admissão do neonato na UTIN. Foram reveladas interações fundamentais no processo de criação de vínculo durante a internação: contato visual, contato físico, auxílio no processo de fornecimento de alimentação e amamentação.

Durante o processo de criação de vínculo, observou-se que as mães que não realizaram o contato precoce enfrentaram maiores dificuldades para o estabelecimento do vínculo. Porém, apesar das dificuldades enfrentadas, com o decorrer da hospitalização, a vinculação entre mãe e filho pré-termo ocorreu de forma satisfatória, efetiva e segura em toda a amostra entrevistada.

A análise das entrevistas permitiu a identificação de etapas vivenciadas pela mãe durante o processo de vinculação, conforme quadro 4.

Etapas do Processo de Vinculação mãe-filho, no contexto da internação na UTIN		
Etapa	Descrição	Fatores Influenciadores

Elaboração do papel materno	Se inicia durante a gestação, onde a mãe elabora as expectativas em relação ao parto, nascimento, encontro e cuidado do filho. Quando há internação prévia ao nascimento, as expectativas são reelaboradas e a prematuridade começa a ser compreendida. Esta etapa perpassa a gestação, parto e nascimento e normalmente é marcada por sentimentos negativos, como por exemplo: medo, angústia e tristeza.	Apoio da equipe de saúde Parto emergencial ou programado Contato entre mãe e filho logo após o nascimento Espiritualidade materna
Aproximação mãe-filho	É representada pelo início do contato entre mãe e filho pré-termo no contexto da internação, com a mãe compreendendo mais profundamente a prematuridade e aceitando a internação do filho, elaborando o estado de saúde do filho e descobrindo novas formas de exercer o papel materno. O contato visual se faz muito presente nesta fase.	Presença de tecnologias em uso pelo RNPT Responsividade e aparência do pré-termo Traços de personalidade materna Manejo da equipe de saúde Tempo de internação Espiritualidade materna
Contato entre mãe-filho	Após compreender o contexto da prematuridade e da internação, a mãe se sente empoderada e capaz para iniciar o contato físico (toque, colo) e realização de alguns cuidados, como por exemplo o fornecimento de alimentação para o filho. Esta fase representa o marco no estabelecimento de vínculo e a concretização do “tornar-se mãe”.	Abordagem da equipe de saúde Estado de saúde da criança Traços da personalidade materna Método Canguru Possibilidade de Amamentação Espiritualidade Materna
Adaptação e consolidação do vínculo	Esta fase se inicia quando a mãe consolida o sentimento de pertença e o vínculo com o filho, compreendendo que, apesar da internação e da prematuridade, novas formas de maternagem foram desenvolvidas e seus cuidados são determinantes, gerando sentimento de harmonia e confiança para o desempenho do seu papel dentro da UTIN.	Estado de saúde da criança Abordagem da equipe Espiritualidade Materna

Quadro 4 - Etapas do processo de vinculação vivenciados pelas mães entrevistadas, Brasília - DF, 2021.

Foram identificadas 4 categorias e 2 subcategorias temáticas representativas da experiência materna de vinculação com o filho pré-termo na UTIN e desenvolvimento da parentalidade, são elas:

- Categoria 1: Nascimento prematuro e vínculo mãe-filho
- Categoria 2: Espera e desejo materno na vivência da internação do filho na UTIN
- Categoria 3: Construção do papel materno no contexto da hospitalização do filho pré-termo
 - Subcategoria: *Interação mãe-filho pré-termo*

- Subcategoria: *Barreiras e fatores fortalecedores do vínculo entre mãe-filho pré-termo*
- Categoria 4: Ressignificação e consolidação do papel materno no contexto da hospitalização do RNPT

Categoria 1: Nascimento prematuro e vínculo mãe-filho

A gestação representou um período preparatório, sendo o início de uma mudança de valores e visões de vida e da criação de vínculo entre mãe e filho. O período é permeado de expectativas em relação ao parto, nascimento, encontro e cuidado do filho. A internação materna inesperada e precoce a data esperada para o nascimento, representou um fator estressante, gerando angústia em relação à saúde da criança, ao momento do parto (questionando-se quanto ao choro e a possibilidade de ver o filho) e ao desfecho do nascimento.

A equipe de saúde buscou preparar as mães internadas previamente em relação à possibilidade de não escutarem o choro ou não ser possível o contato visual com o filho logo após o parto, devido à incerteza das condições de nascimento. O preparo prévio sobre os possíveis cenários durante o nascimento representou para as mães suporte da equipe e facilitou a vivência do parto e nascimento, mesmo nas situações em que a preparação envolveu a projeção, pelos profissionais de saúde, de cenários mais negativos do que os que realmente ocorreram.

O parto prematuro e emergencial trouxe para as mulheres os sentimentos de desespero, desamparo e temores pela sua saúde e do filho. O não entendimento dos motivos pelos quais estava acontecendo o parto prematuro e a falta de acompanhante (devido à emergência) dificultaram a vivência da experiência e repercutiram negativamente na criação do vínculo, representando a quebra do *continuum* da vivência do “preparo” (gestação) para a concretização da relação mãe-filho com o nascimento.

O momento do nascimento é representado pelas mães como a concretização do “ser mãe”. Quando vivenciado o parto emergencial ou o programado (nos casos de internação materna prévia), a escuta do choro e/ou contato visual entre mãe e recém-nascido após o nascimento contribuíram para materialização da maternidade. A não vivência da experiência citada (choro e contato visual ao nascimento) gerou dificuldade materna em reconhecer o filho, causando questionamentos em relação à pertença do filho e sentimentos de vazio.

Dessa forma, percebeu-se que a gestação representa o início da criação do vínculo e o princípio das mudanças de valores que acompanham o processo de desenvolvimento da parentalidade. O momento do parto e nascimento concretizam o sentimento de “ser mãe”, porém quando ocorrem de forma precoce, nasce, além de um RNPT, também uma mãe “prematura” (maternidade precoce), que não vivenciou todo “preparo” (gestação) para a maternidade. A vivência da experiência da prematuridade é, normalmente, permeada de circunstâncias adversas e fatores dificultadores para o desenvolvimento parental, como por exemplo, o afastamento físico, dificuldade de interação satisfatória entre mãe e filho e obstáculos frente a realização dos cuidados. Tais fatores são barreiras também para o desenvolvimento do sentimento de pertença, representado pelo reconhecimento do filho como seu, bem como tê-lo sobre sua proteção e autonomia para tomada de decisões e/ou participação nelas.

Seguem abaixo alguns trechos representativos da categoria descrita:

M15: *“O meu processo de maternidade foi sendo construído assim, eu antes não me pensava como mãe e a partir do momento que eu engravidei, eu...que eu passei por essa parte da gravidez, eu fui criando um vínculo mesmo...acho que já foi dentro da barriga, eu fui aprendendo a ser mãe nesse processo...Então quando eles nasceram, que eu escutei o choro, validou pra mim assim, sacou?”*

M4: *“E quando ela saiu da barriga, a primeira coisa que ela fez foi chorar...Então assim, isso foi bem bem legal né...Então eu consegui ver ela né, porque eles falaram que provavelmente eu não iria ver também né e eu ainda consegui ver ela...Então assim, foi lindo! (sorriso)”*

M07: *“ Não sei...eu tava olhando ele assim...é porque foi muito rápido, teve que tirar né...não vi ele nascer né...não vi...eu até falei pro meu marido “Meu Deus, mas é nosso filho” e ele “É!”...eu falei “Meu Deus...Nasceu, foi muito rápido”.*

Categoria 2: Espera e desejo materno na vivência da internação do filho na UTIN

A vivência do processo de hospitalização do filho pré-termo é perpassada pela necessidade da quebra da ideia do bebê ideal e da maternidade ideal. Tal rompimento ocorre

de forma gradativa e é marcado por desejos, expectativas e necessidades maternas, as quais foram, em sua maioria, sendo satisfeitas com o decorrer do processo de internação, aproximação com a equipe e realização de cuidados e contato com o filho. É importante ressaltar que esta categoria é transversal à todas as etapas descritas no processo de vinculação mãe-filho, no contexto da internação na UTIN (quadro 4).

Os primeiros desejos relatados pelas mães se referem ao entendimento do motivo de internação do filho, da situação clínica do bebê, previsão de alta, sinais de melhora e quais são os procedimentos realizados durante a hospitalização. O entendimento da situação se mostrou relacionado ao sentimento de pertença. O desejo de presença física por todo o tempo (24h) ao lado do filho é marcante, buscando satisfazer a necessidade de contato físico com a presença física e fornecer proteção para o filho. Trechos representativos seguem abaixo:

M11: *“Sim! No primeiro instante eu pensei muitas coisas né...eu fiquei pensando “será se é o meu mesmo?”...tudo novamente acontecendo...porque o primeiro foi prematuro também né, mas deu tudo certo. A gente aguarda, pra logo logo ele poder estar nos meus braços né...e é isso.”*

M11: *“...toda mãe quando o bebê nasce né...a gente quer ter aquele primeiro contato, de abraçar, cuidar e estar o mais perto né...protegê-lo né...de tudo e todos...”*

M11: *”Sim...eu ficaria mais feliz né...mas ninguém vem dar uma explicação mais ao certo né...pra você entender melhor o que está acontecendo, se realmente só foi isso...Porque até o momento não explicaram nada.”*

M13: *“A, quando eu chego aqui e pergunto...como está a glicemia? “A, Tá boa!”...Os resultados que ele vem apresentando e cada vez mais sucesso, isso é tudo pra mim. Sabe?”*

M6: *“Olha, assim...gostaria que fosse em casa e tudo né...mas ela tem que estar lá, com o cuidados dos médicos...ela nasceu prematura...mas é maravilhoso, eu estou todos os dias, tenho livre acesso...pra ir na hora que eu quiser...ela falaram que a noite, qualquer hora que eu quiser eu posso ir . Isso já me deixou livre e eu sempre fiquei pertinho dela né...aí toda hora eu estou lá... Aí eu já aprendi com as meninas como botar o leitinho dela e eu queria ficar lá sempre...”*

M6: *“Aí tudo eles fazem, tudo eles vem conversar com a gente, explica as coisas pra gente também...tudo direitinho. Aí a gente pode ficar nervosa as vezes, vendo algum procedimento fazendo, aí ela chega explica...ela não estava usando o aparelhinho do CPAP...aí foi e teve que colocar e falou que era pro bem dela que ela estava sentindo mais falta de ar né...”*

M15: *“Eu me sentia confortável por eles não estarem desamparados...Mas ao mesmo tempo me dava essa aflição de não estar 24h junto com eles né assim...”*

A execução de cuidados básicos (troca de fraldas e banho) é desejada e esperada desde o início da internação, sendo permeada por sentimentos ambíguos: desejo de realizar os cuidados e insegurança diante da condição do filho. O sentimento de pertença foi diretamente relacionado, pelas mães, com a realização de cuidado habituais e rotineiros, configurando-se como um dos momentos de maior proximidade entre mãe e filho. Quando a execução de tais cuidados é negada, sentimento de impotência surge nas mães. Tais descrições podem ser verificadas a seguir:

M11: *“Sim, porque, nossa é muito diferente...porque todos que nascem já vem pro seu lado né...estão ali. Então você tem o cuidado, a troquinha de fraldas, o banho...aquela aproximação mais perto né...Porque a mãe...não sei...todo mundo cuida, mas a mãe...Eu acho que o cuidado é mais intenso, a mãe ali do lado e tudo...a distância é muito ruim...”*

M6: *“Ah, é na hora do banho, na hora do lanche...né...que eu fico lá e ela está tomando pela sonda, aí eles botam a seringa e pergunta se quer segurar...eu sempre estou lá nesse horário pra mim dar pra ela.”*

M15: *“Então, é...eu até sai de lá e falaram “ué, mas você podia trocar fralda, você podia fazer essas coisas”...aí eu “podia? Eu nem sabia...”, então assim essa falta de informação prejudicou um pouco essa questão do meu contato maior, principalmente com o F. , eu me sentia culpada”*

A necessidade da mãe de obter a autorização da equipe para a realização dos cuidados habituais e para aproximação física do filho foi percebida em algumas falas, revelando que a equipe de saúde, muitas vezes, limita o materno e não incentiva o protagonismo materno nos cuidados com seu filho, devido à falta de acolhimento.

M11: *“Sempre tem uma técnica e..ninguém explica não.”*

M15: *“Eu ia, via né...sempre tentava tocar assim...demorou um pouco pra eu ter a informação de que podia pegá-lo, de que podia mexer nele, segurar...então assim, acho que dois, três dias depois eu comecei a abrir a incubadora e me falaram “ah, você pode mexer, sabia?” aí eu “não, não sabia...”...Aí quando começaram a me dar mais as informações eu comecei a me sentir mais aliviada que eu falei “nossa, pelo menos eu posso tocar meu filho”, sabe?*

M15: *“Não...eu fiquei meio perdida alguns dias na verdade. Chegava lá, ia, via eles...aí via pelo lado de fora da incubadora. Conversava com eles e tal e ia embora, porque eu não sabia o que eu podia fazer... Aí a partir do momento que começaram a me ver perto aí...” Ah, você é a mãe dele? Sou! Ah...você pode fazer isso, pode fazer aquilo, você pode.”*

As expectativas em torno da amamentação e da ida para casa (alta hospitalar) foram visualizadas em diversas falas, ocorrendo comparação com as experiências vividas por outras mães e com outros filhos. O momento de amamentar o filho é extremamente esperado e desejado, se configurando como um momento de maior aproximação – aumentando o sentimento de pertença - e de melhora do filho, sendo um passo a mais para a alta hospitalar. Seguem algumas falas representativas da situação descrita:

M11: *“A, para mim está sendo muito difícil, porque o meu primeiro também foi prematuro...só que ele não precisou ficar na UTI. Nasceu saudável né...e assim é muito ruim a distância que está entre eu e ele...ir até lá...está bem difícil pra mim.”*

M11: *“O momento mais esperado é tê-lo em meus braços e a gente ter alta né...para casa...aí eu vou ficar muito feliz.”*

M11: *“Pegar ele no colo e amamentar...esse é o momento mais esperando, que eu estou querendo fazer com ele, só que ainda não está liberado ainda...”*

M13: *“Foi ótimo, ele ter nascido. Ele já era prematuro né, peso baixo...daí em diante que a gente pega o vínculo. Como eu já tive três gestações, nunca isso aconteceu, aí isso me abalou emocionalmente, de ver que ele estava nessa situação...de peso baixo, aí depois veio que ele estava com a glicemia baixa, já ia já ia para essas coisas aí (aponta para a incubadora) , essas UTIs, isso me abalou muito. Mas é aí que a gente pega o vínculo mesmo, porque ele está precisando né...”*

M6: *“...mas eu queria que ela tivesse dado alta né. Mas, como diz, é melhor ela ficar aqui do que você voltar amanhã de novo com ela.”*

Esta categoria revelou que as expectativas e desejos maternos estão em torno da realização de cuidados básicos e contato físico por tempo indeterminado, semelhante ao que poderiam realizar no cuidado domiciliar. A comparação com a experiência de outras mães (de bebês que não necessitaram de hospitalização) ou com outros filhos ocorreu, desejando vivenciar a atual experiência da mesma forma, porém diante da não possibilidade, o desejo de informações clínicas, presença física e participação nos cuidados básicos se tornou de extrema importância. A amamentação foi o momento mais desejado e esperado pelas mães, por representar a concretude do cuidado materno e da proximidade.

Categoria 3: Construção do papel materno no contexto da hospitalização do RNPT

Após o parto e nascimento, inicia-se a vivência da internação do filho pré-termo, normalmente longa. Inicialmente, o processo é permeado por sentimentos negativos, novas informações e cenários inesperados de vivência da maternagem, necessitando que ocorra tanto o rompimento da ideia do bebê ideal quanto da maternidade ideal, para que a aproximação entre mãe e pré-termo ocorra e, conseqüentemente, o vínculo comece a ser fortalecido e a mãe inicie seu papel dentro da UTIN inicie sua construção.

A categoria abrange duas etapas do processo de vinculação mãe-filho, no contexto da internação na UTIN, a “Aproximação mãe-filho” e “Contato entre mãe-filho”. Tais etapas são marcadas pela presença de fatores dificultadores e facilitadores, descritos na subcategoria *“Barreiras e fatores fortalecedores na vinculação mãe-filho prematuro”*. O contato entre mãe-filho é um marco na vivência e se configura como o principal veículo de fortalecimento de vínculo, conforme pode ser verificado na descrição da subcategoria *“Interação mãe-filho pré-termo”*.

Subcategoria: Interação mãe-filho pré-termo

O primeiro momento de contato visual, contato físico (o toque) e o primeiro colo se revelaram como grandes momentos para as mães entrevistadas, originando sentimentos de pertença e posse, sendo o primeiro estímulo para criação de vínculo e do “sentir-se mãe”, como pode ser visualizado abaixo:

M3: *“Quando eu vi ele a primeira vez...quando eu peguei no colo né...que eu realmente senti uma coisa diferente...um sentimento...”*

Entrevistadora: *“Sentiu que...”*

M3: *“Era meu bebê.”*

M6: *“Quando eu vi ela ali...porque quando ela nasceu foi muito rápido...foi muito rápido que eles me mostraram...foi quando...a ansiedade quando eu sai da anestesia e ela falou, você vai poder jantar tal hora, vai ficar até tal hora descansando, depois toma banho e pode ir ver a neném...Então aquilo estava na minha cabeça, eu tomei banho e “vamos embora vamos embora” (risos), aí já fui ver a neném...naquele dia eu fui ver ela umas duas vezes já...Muita emoção ali, vendo ela pequenininha ali...e que saiu de mim...risos...”*

Entrevistadora: *“Qual foi a primeira coisa que deixaram você fazer?”*

M15: *“Tocar...falaram “ah, você pode abrir e tocar nele, conversar com ele...”*

Entrevistadora: *“E como você se sentiu nessa primeira vez?”*

M15: *“Nossa, a sensação de meu Deus, eu posso segurar, pegar meu filho...! Tipo assim, primeiro você quer fazer, pegar, abraçar...sei lá, nasceu e você quer sentir o cheiro dele, qualquer coisa que seja e eu não tive nenhuma dessas oportunidades, então, quando eu segurei nele me bateu uma emoção muito forte assim...”*

Ocorreu a progressão dos tipos de contato entre mãe e filho, iniciando-se com o contato visual, seguido de toque, colo, auxílio no processo de alimentação por sonda e amamentação. O colo ocorreu após a estabilização clínica do bebê, sendo a penúltima etapa do processo de contato físico. As práticas de amamentação – pega e posição - se iniciaram após o colo, porém nem todas as mães tiveram sucesso na amamentação. Dessa forma, o vínculo foi sendo reforçado e estimulado, a cada progressão de contato, trazendo sentimentos de satisfação, reconhecimento e alegria para as mães, conforme revelado abaixo:

M2: *“No começo não podia muito manusear o bebê, mas depois eu consegui pegar no pezinho, na mão...Quando saiu do respirador ele foi pro colo, aí assim veio a etapa de dar leitinho...essas coisas...pra mim foi bom.”*

M11: *E muito! Só de chegar e vê-lo, mesmo longe e sem poder tocá-lo...mas, é uma diferença e tanto.”*

O momento do colo se apresentou como um dos melhores momentos ocorridos durante a internação e como o grande marco de vínculo, proporcionando maior união e conexão afetiva entre mãe e filho. Os relatos foram marcados por sentimentos positivos e fortalecedores, em especial gerados pela realização do método canguru, o qual proporcionou momentos de maior tempo de contato físico entre mãe e filho. As mães significaram esse tempo junto do filho como a vivência mais marcante desde o nascimento e identificam os benefícios imediatos do contato, como cessão do choro e adormecimento do filho, além da possibilidade de auxiliar na alimentação durante o contato pele a pele. Dessa forma, a realização da posição canguru trouxe satisfação materna e floresceu nas mães o sentimento de pertença e, conseqüentemente, fortaleceu o vínculo. As falas abaixo retratam o exposto:

M3: *“Mas depois que eu peguei ele no colo a primeira vez né...passou uns dias que eu fui começando a tocar, segurar o leite...aí eu fui criando um vínculo maior com ele né... ..quando eu peguei no colo a primeira vez também”*

M5: *“Ah, teve! Foi no primeiro dia que eu peguei ele...que ele apertou meu dedo...e parecia que era comigo e que com outra pessoa não ia ser... Quando eu peguei ele pela primeira vez também foi muito emocionante...”*

M7: *“Mas antes foi bem difícil, difícil porque eu só podia pegar com a mão, não podia ter contato assim... Agora ele tá vindo no meu colo de três em três horas, estou pegando...ajudando. Às vezes eu vou lá e elas estão trocando, aí eu ajudo...”*

M8: *“Eu acho que quando eu peguei ela no colo, acho que foi assim...surreal a primeira vez, é como se ela tivesse sido apresentada a primeira vez pra mim, então...esse momento foi importante.”*

M15: *“Sim, quando eu peguei o F. no colo pra amamentar...naquele momento foi assim, antes até do amamentar...foi eu poder alimentar ele no meu colo, mesmo com a sondinha...de poder pegar e sentir ele no meu colo...”*

Entrevistadora: *“Colocar no colo?”*

M15: *“Isso...aí foi muito importante pra mim a questão do canguru, porque eu senti muito ele e vi que ele adormeceu né, serenamente ali e tal e eu me vi dando paz pro meu filho assim.”*

M4: *“Sim...ajuda, ajuda muito! É toda vez que eu coloco ela aqui (MC), eu sinto que ela fica emocionada...ela dá suspiros assim...Eu gosto demais de chegar lá e poder ficar com ela aqui dentro de mim, assim...nossa, é muito bom. Bem gratificante.”*

M6: *“Ah, quando eu boto no colo e fico olhando pra ela...nas vezes que eu chego pertinho dela...e é um momento maravilhoso, o momento que a gente fica ali...quando bota assim...e bota a cabecinha, chega fica naquele calorzinho da gente assim...”*

A presença da estratégia “Mãe Nutriz”, trouxe alívio para as mães dos bebês internados na UTIN, deixando-as mais seguras quanto a proximidade física do filho, estimulando o contato entre eles, conseqüentemente, auxiliou positivamente no processo de criação do vínculo:

M6: *“E também a minha preocupação no começo era quando eu ia receber alta...era ficar longe dela...mas aí quando eles disseram não...aí eu fiquei lá embaixo um tempão, só quando não teve mais...porque eles precisaram pra outras pessoas, aí disseram: não, a gente tem um lugar lá em cima e você pode ficar lá...aí ishi, eu fiquei feliz da vida!”*

O desenvolvimento do último estágio de contato entre mãe e filho, o auxílio no fornecimento da alimentação e a amamentação, se configurou como o terceiro marco da vivência da internação na UTIN, gerando fortalecimento e consolidando o sentimento de “sentir-se mãe”. Além disso, a alimentação do filho foi diretamente relacionada com melhora no seu estado de saúde e um passo em direção à sua alta, ocasionando sentimentos positivos e encorajando o sentimento de esperança em relação à alta da criança. O ato de alimentar o filho foi trazido como uma das principais funções maternas, conseqüentemente, quando ocorre a

privação da execução desses atos, as mães são marcadas pelo sentimento de insegurança em relação ao papel de mãe. Seguem abaixo alguns trechos representativos:

M7: *“Na hora dele mamar, eu acho que foi a hora melhor...risos .”*

M10: *“Quando eu, eu coloquei dois já pra mamar. É o melhor...”*

Entrevistadora: *“E o que mais você consegue fazer que você se sente mãe?”*

M13: *“Amamentação...”*

Entrevistadora: *“O que você acredita que faria você se sentir mais mãe dela?”*

M12: *Ah, eu acho que a parte da...de poder alimentar né, porque como ela está na sonda, aí não pode mamar ainda...aí tem que ficar tirando leite e trazendo para ela...”*

M5: *“Mas no sentido de cada vez mais querer ver mais, cada vez que tira o leite quer tirar mais leite, pra conseguir amamentar ele cada vez mais...acho que é isso.”*

M3: *“Aí eu fui criando um vínculo maior com ele né...quando eu peguei no colo a primeira vez também...agora que eu dei peito a primeira vez também.”*

O início do processo de amamentação durante a internação na UTIN é, muitas vezes, postergado devido ao quadro clínico do bebê, sendo necessário o fornecimento de alimentação por leite materno ordenhado (fresco ou de banco de leite) ou fórmula de leite específica para prematuros, através de sonda orogástrica (SOG). A passagem do leite pela SOG ocorre por gravidade, dessa forma, sendo necessário segurar a seringa acima do nível do estômago do neonato. O ato de segurar a seringa, auxiliando no fornecimento da alimentação para o filho, se mostrou como importante para as mães, devido a sua inclusão na realização dos cuidados e no fornecimento de alimento. Tal fato pode ser verificado nos relatos a seguir:

M4: *“Quando eu vou também, eu ajudo a dar o mamazinho dela, que é na seringa..Isso para mim também é importante, ver que ela está se alimentando de leitinho né...e...é isso! (Risos)”*.

M15: “*Eu recebi a informação de que “Ah, você pode ordenhar e alimentar com ele no seu colo...”. Então, cada informação dessa me dava mais alívio assim, porque eu podia me sentir mais conectada...*”

M7: “*É quando eu dou de “mamá” que ele deita assim...e fica quietinho, aí dorme...*”

Segue abaixo, a figura 4, representativa dos marcos do contato entre mãe e filho, que se mostraram como fatores fortalecedores de vínculo.



Figura 4 - Marcos do contato entre mãe e filho pré-termo. Fonte: Autora

Subcategoria: Barreiras e fatores fortalecedores na vinculação mãe-filho pré-termo

Os sentimentos maternos que permeiam a internação do filho pré-termo são o medo, a tristeza, a angústia, a insegurança, o choque em relação à necessidade da internação, dificuldade de compreender o processo da prematuridade e dor física (relacionada à realização do parto cesárea). Tais sentimentos foram enfrentados de diferentes formas, como por exemplo, através da religiosidade e o “viver agora”. Muitas vezes, tais sentimentos foram fatores dificultadores para o estabelecimento do contato físico entre as mães e os filhos, podendo tais sensações se caracterizarem como barreiras para a criação do vínculo. Com o decorrer da internação, a interação entre equipe e mãe e o fornecimento de informações,

fortalece a mãe para enfrentamento dos sentimentos de barreira, apoiando-as durante o processo de construção de vínculo e fornecendo segurança para o protagonismo materno, através, inicialmente, do contato físico e posterior inclusão na realização dos cuidados.

O desconhecimento inicial diante do que é a prematuridade e quais os seus possíveis impactos no desenvolvimento do filho, geram sentimentos de desamparo e desespero potencializados pela necessidade da internação, a qual é, geralmente, marcada pela grande quantidade de procedimentos invasivos e pela necessidade de tecnologia (respiradores, incubadoras, dispositivos venosos, dispositivos para alimentação, fototerapia, entre outros) para a estabilização e manutenção do RNPT até o desenvolvimento ideal para a alta. Tais tecnologias se configuram como uma das primeiras formas de barreiras de contato entre mãe e filho, relacionadas ao ambiente, podendo ser caracterizada como uma barreira tecnológica.

O relato materno em relação às tecnologias nos mostra que muitas se sentem impactadas e assustadas diante de tantos aparelhos utilizados em seu filho, além de gerar insegurança e tristeza em relação à impossibilidade de contato físico. Com o desenvolver do processo de internação e o entendimento das mães diante de cada aparelho e da explicação e acolhimento da equipe, tais sentimentos tendem a se tornarem mais amenos ou desaparecerem, causando empoderamento materno e proporcionando um ambiente mais favorável para o processo de criação de vínculo. Seguem abaixo algumas falas maternas:

M10: *“ Aquela sonda lá também, que Deus me livre, na boca...quando não é na boca é no nariz...Hoje mesmo eu cheguei lá aí um estava com um calombo aqui na testa, aí eu perguntei o que era...mas eu não sabia que tinha aquele exame que faz aqui...Só é ruim mesmo ver eles naquela incubadora lá...”*

M15: *“Ah...é esse tempo inteiro assim...é como eu te falei, como eu fui recebendo as informações gradualmente e não de uma vez, então quando dava uma permissão, aí eu ia lá e fazia...porque na minha cabeça era “ele está na UTI, então eu só posso ir lá olhar”...Depois falaram “Não, J..você pode fazer isso, fazer aquilo outro...pode pegar, pode tocar, pode...Eu ia, via né...sempre tentava tocar assim...demorou um pouco pra eu ter a informação de que podia pegá-lo, de que podia mexer nele, segurar...então assim, acho que dois, três dias depois eu comecei a abrir a incubadora e me falaram “ah, você pode mexer, sabia?” aí eu “não, não sabia...”...Aí quando começaram a me dar mais as informações eu comecei a me sentir mais aliviada que eu falei “nossa,*

pelo menos eu posso tocar meu filho”, sabe? E aí eu comecei a criar mais vínculo, então quando eu soube que eu tinha mais essa permissão de estar mesmo próximo”.

M11: *“Sim...só de não poder pegá-lo né...o distanciamento é tão ruim...você acha que é uma visita né...que está ali só “oi e tchau”... é muito ruim a sensação.”*

Entrevistadora: *“Você já conseguiu se sentir mãe dele?”*

M11: *“Ainda não! Risos...porque ainda não tive em meus braços né...é muito ruim isso.”*

M8: *“Ela estava muito...com icterícia né...então acho que esses dois dias que ela ficou sobre aquela luz eu me senti muito....muito...parece que eu não poderia fazer nada. Eu saberia que aquilo ali era pro bem dela, mas ver ela agoniada e chorando, que eu não tinha visto ela chorando no parto, aí depois eu vi ela chorando com aquela luz, pra mim foi agonizante...foi uma sensação de impotência assim....foi marcante.”.*

M1: *“Quando eu vi ele né, com 48h, foi susto né...porque eu vi ele entubado, nos aparelhos...aí eu entrei em pânico, comecei a chorar. Aí depois que as médicas foram explicando que era assim que os bebês prematuros passam pelos procedimentos...aí eu não consegui pegar nele. Ontem que eu fui conseguir pegar, segurar no colo...aí já estão tirando os aparelhos...”.*

Percebeu-se que o acolhimento da equipe, fornecendo informações não apenas médicas, mas quanto à função de cada aparelho, a rotina da unidade e as possibilidades de contato entre mãe e filho foram fatores facilitadores para o enfrentamento da internação e aproximação mãe-filho. A cordialidade da equipe e o entendimento de que o filho pertence a mãe, representados pela inclusão da mãe na realização dos cuidados com o filho, pelo contato físico e pelo auxílio nas atividades de alimentação, foram fatores descritos como de suma importância, auxiliando positivamente na criação do vínculo, no desenvolvimento do sentimento de pertença e da parentalidade. Porém, quando a inclusão materna nas atividades e cuidados diários não foram realizados pela equipe, podemos encontrar a segunda forma de barreira enfrentada pelas mães no processo de internação, as barreiras relacionadas à equipe,

representadas pela falta de acolhimento e empatia, pelo não fornecimento de informações e não inclusão materna nos cuidados. Seguem algumas falas representativas:

M5: *“Ah, o que deixa a gente assim é no sentido de não poder trocar a fralda e de...de amamentar, de ficar sempre junto...fazer as coisas que normalmente seria...que toda mãe faria né...”*

M8: *“Às vezes a gente se sente meio impotente né...em não poder pegar, não poder fazer aquilo que todas as mães fazem, que é dar o peito...É engraçado...é a mesma...é uma sensação de ter e não poder né...Você tem, mas você não pode tocar, você não pode pegar no colo...é sua, é registrada no seu nome, saiu do seu ventre...mas você ver ali e não poder pegar, é uma sensação muito ruim! Parece que está faltando alguma coisa, parece que estão arrancando de você né...com esse processo, mas é como eu te disse...é trabalhar isso e saber que é por um tempo e que daqui a pouco ela já estará em casa.”*

M11: *“Pegar ele no colo e amamentar...esse é o momento mais esperando, que eu estou querendo fazer com ele, só que ainda não está liberado ainda..”*

M11: *“Sim...eu ficaria mais feliz né...mas ninguém vem dar uma explicação mais ao certo né...pra você entender melhor o que está acontecendo, se realmente só foi isso...Porque até o momento não explicaram nada.”*

M15: *“Por ser uma UTI, a gente não sabe o que pode o que não pode e as vezes assim a gente sentiu um pouco da falta de informação, e quando a gente tinha informação, a gente usufruía ao máximo daquela informação então...”*

Os sentimentos negativos e a dor física (relacionada à realização de cesárea) que permeiam a internação do filho pré-termo, se mostraram como fatores dificultadores para o estabelecimento de contato físico entre as mães e os filhos. Com o decorrer da internação, ocorre o enfrentamento de tais sentimentos de diferentes formas, como por exemplo, através da religiosidade e o “viver agora”. A interação entre equipe e mãe e o fornecimento de informações, gera fortalecimento materno para enfrentamento dos sentimentos de barreira, apoiando-as durante o processo de construção de vínculo e fornecendo segurança para o protagonismo materno, através, inicialmente, do contato físico e posterior inclusão na

realização dos cuidados. A melhora clínica dos filhos foi trazida como um fator positivo, que gera sentimentos de alívio, esperança, alegria e gratidão.

Abaixo, podemos verificar algumas falas que evidenciam o relatado:

M15: *“Aí foi sempre esse processo assim...aí tinham enfermeiras muito boas, que ajudavam muito e passavam muitas informações, aí eu me sentia mais aberta pra perguntar, o próprio pai quando ia...”eu posso pegar ou é só a mãe?”.. Então assim, a gente não sabe exatamente como funciona...”*

M14: *“Logo os médicos disseram, antes de eu ver ela, que ela estava bem, que ela tinha nascido muito bem, que não tinha nascido pequenininha, me disseram que ela não precisou nem de oxigênio, já tinham tirado, entendeu?”*

Entrevistadora: *“Entendi. Você acha que essa parte dos médicos te falarem o que estava acontecendo ajudou você a se sentir mais perto dela? Mesmo você estando longe?”*

M14: *Ajudou, muito! Eles já me passaram aquela energia positiva né, disseram que estava tudo bem.”*

M8: *“Então, é...no início foi bem complicado...a gente aceitar que a gente vai passar por um processo tão demorado e cheio de incertezas, mas com o passar do tempo e vendo os resultados que ela vem apresentando eu tenho acalmado mais o meu coração...e hoje eu me sinto grata se ela está conseguindo fazer a sucção, se ela está conseguindo...ela está sem nenhum aparelho ligado à ela, só a sonda mesmo...e qualquer ganho dela, 1 grama que seja, para mim já é uma grande vitória...então eu tenho vivido um dia de cada vez, acho que é isso.”*

M11: *“Só nas orações mesmo com Deus, pedindo para ele muita saúde e que a gente vá embora logo...e ficar o mais junto possível né...e vamos aguardar...”*

Durante a construção do vínculo, a resposta adequada da criança ao estímulo materno de interação (toque, voz) se mostrou como um fator fortalecedor e incentivador para as mães e, conseqüentemente, diante da não resposta, surge mais uma barreira que deve ser enfrentada pelas mães na construção do vínculo. Seguem abaixo alguns trechos representativos:

M9: *“Foi...porque ela estava muito desesperada e quando eu peguei ela, ela (voz embargada) melhorou.”*

M9: *“Mas quando eu vou lá, eu pego no dedinho dela, eu conversei a gravidez toda com ela também...e quando eu converso com ela hoje na UTI, ela abre o olho, ela me responde, ela olha pra mim...então é...hoje em dia eu estou bem melhor, graças a Deus e...cada dia vai melhorar!”*

Entrevistadora: *“E nesse processo todo assim, até agora, o que você acha que aconteceu que te deixou mais próxima...emocionalmente próxima dela?”*

M14: *“Ah...o jeitinho dela, ver que ela é parecida comigo entendeu...risos.”*

A vivência da internação de gemelares pré-termos se revelou permeada por sentimentos de angústia e culpa, relacionados à separação dos filhos devido à diferentes quadros clínicos (um necessitando de cuidados intensivos, enquanto o outro gemelar havia recebido alta da UTIN), como descreve M15:

M15: *“Pra mim foi um processo um pouco doloroso, na verdade...porque eu queria ter tido mais aproximação e, principalmente, quando o M. veio pro quarto e o F. ficou lá. Que aí eu me senti dividida o tempo inteiro né...tipo, eu me via dando muito mais suporte pra um do que pra outro né, então isso me deixava aflita...eu sempre ia pelos corredores chorando...ia chorando e voltava chorando. E quando eu estava lá eu até me sentia meio mal, meio culpada, por não poder estar tão perto como eu estava do outro, mas nesse sentido assim.”*

Segue abaixo a figura 5, representativa das principais barreiras enfrentadas pelas mães durante o processo de internação do filho pré-termo, conforme descrito por elas.

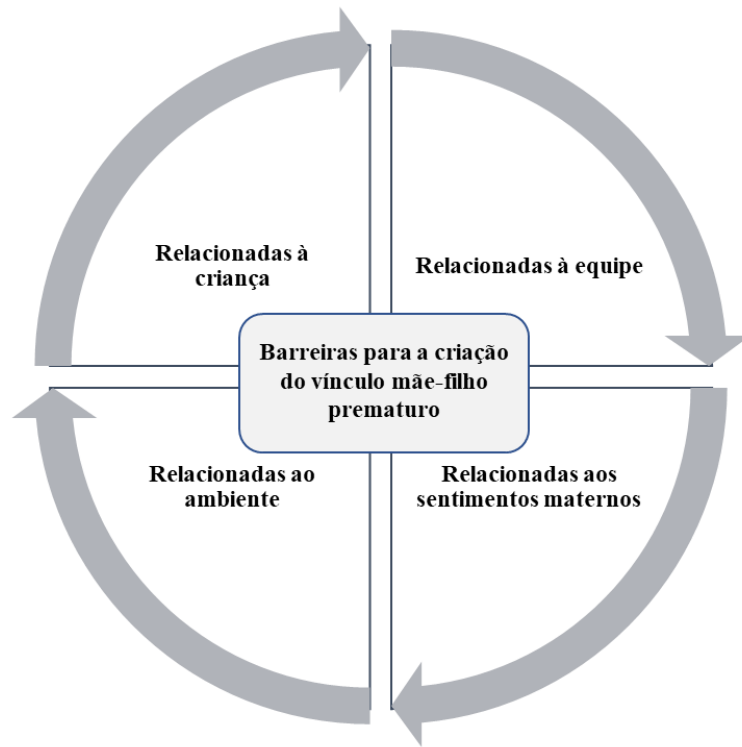


Figura 5 - Principais barreiras enfrentadas durante o processo de internação do filho pré-termo. Fonte: Autora

Categoria 4: Ressignificação e consolidação do papel materno no contexto da hospitalização do RNPT

Após a compreensão da prematuridade, fortalecimento do sentimento de pertença e do vínculo, por meio das etapas perpassadas (Elaboração do Papel Materno; Aproximação mãe-filho e Contato entre mãe e filho), a mãe compreende que, apesar da internação e da prematuridade, novas formas de maternagem foram desenvolvidas e seus cuidados são determinantes, gerando sentimento de harmonia e confiança para o desempenho do seu papel dentro da UTIN.

A construção do vínculo e da parentalidade se iniciou durante a gestação, com o parto e nascimento materializando o sentimento de “tornar-se mãe”. A receptividade e o acolhimento da equipe foram fatores que contribuíram positiva ou negativamente para construção do vínculo e desenvolvimento da parentalidade. Experiências positivas de acolhimento se tornaram fatores facilitadores, enquanto experiências negativas, foram fatores dificultadores, porém quando não ocorreram as mães sentiram como se o filho tivesse sido “arrancado”, principalmente quando o parto ocorreu de forma emergencial.

Com o decorrer da hospitalização, o entendimento do processo de prematuridade e o empoderamento materno, as mães começaram a perceber que a sua presença e toque são reconhecidos pelos filhos, fortalecendo a construção do vínculo, através da interação bidirecional entre mãe e filho. Segue abaixo trecho representativo:

M9: *“Hoje quando eu peguei ela e ela reagiu super bem. Tiraram os aparelhos dela, tirou o oxigênio e na hora que eu fui colocar ela na UTI de novo a Dra. falou que a saturação, o oxigênio dela tinha diminuído porque ela já queria ficar no colo já...risos”*

A possibilidade de contato visual, toque, colo e amamentação se mostraram de extrema importância para auxiliar positivamente no desenvolvimento do sentimento de pertença, na construção do vínculo e no desenvolvimento do papel materno e, conseqüentemente, da parentalidade. Apesar dos processos dificultadores vivenciados pelas mães durante a hospitalização do filho, o sentimento protetor e de pertença aflorou em muitas delas, revelando uma boa construção de vínculo e desenvolvimento da parentalidade, podendo ser observada superação de grande parte das dificuldades. Os trechos abaixo demonstram isso:

M15: *“O meu processo de maternidade foi sendo construído assim, eu antes não me pensava como mãe e a partir do momento que eu engravidei, eu...que eu passei por essa parte da gravidez, eu fui criando um vínculo mesmo...acho que já foi dentro da barriga, eu fui aprendendo a ser mãe nesse processo...Então quando eles nasceram, que eu escutei o choro, validou pra mim assim, sacou?”*

M5: *“Eu acho que isso vai me deixar mais próxima dele, porque querendo ou não com essas dificuldades a gente se sente bem mais próxima apegada...não sei...”*

Entrevistadora: *E você acredita que tudo isso (desentendimento com a equipe profissional) afetou a sua forma de se sentir mãe, o vínculo que você teve com eles?”*

M15: *“Isso eu acho que não, fez foi fortalecer na verdade, porque aguçou muito muito mais o meu instinto protetor...bizarramente mais, eu já estava com*

isso e isso deu mais força ainda, mais vontade de ter eles perto de mim, mais vontade de pegar e tal”.

6.3.Mixagem dos Dados

A realização da mixagem dos dados ocorreu observando os resultados mais relevantes obtidos nos resultados quantitativos e qualitativos do estudo. Os resultados obtidos no Fator 1 (Ligação Prejudicada) e Fator 2 (Rejeição e Raiva Patológica) do PBQ, que melhor representam a formação de vínculo e indicam sinais de alerta retratam que a amostra, em sua maioria (N=22) não apresentou dificuldade de vinculação, corroborando com os resultados qualitativos.

Para mais, os resultados obtidos no questionamento *“Com que frequência você se sente emocionalmente ligada ao seu bebê?”* trouxe que a 18 entrevistadas sempre se sentem ligadas aos seus filhos. A questão *“Com que frequência você sente que ama o seu bebê?”* revelou que 21 sempre sentem que amam seus bebês. Tais resultados confirmam a experiência de vinculação retratada nas entrevistas.

Apenas uma mãe obteve resultado superior ao preconizado no Fator 1 (Gráfico 2) do PBQ, a M11, podendo indicar dificuldade de vinculação. Ao verificarmos as falas maternas e observarmos o genograma, verifica-se que seu filho está internado há um dia e que seu parto foi emergencial, completamente inesperado pela mãe, conforme pode ser verificado abaixo:

M11: *“Eu entrei em pânico, porque eu vim apenas para uma ecografia. Ai chegou lá, a Dra. detectou outra coisa né...Eu fiquei muito desesperada, sem ação para nada. Ai não sabia para quem ligar e já correram comigo e foi um parto imediato, uma cesariana.”*

Além disso, diante do pouco tempo de hospitalização do filho, a mãe ainda encontra-se na fase de “Elaboração do Papel Materno”, e o contato físico entre mãe e filho ainda não foi realizado, fator determinante para a vinculação entre mãe e filho, conforme visualizado nos resultados qualitativos. Segue fala materna:

M11: *“Ainda não...nem mamar ele ainda não mamou comigo.”*

O teste de correlação entre os resultados obtidos no Fator 1 e o tempo de hospitalização não obtiveram resultados significativos, porém quando verificamos os

resultados qualitativos, percebe-se que as mães passam por diversas fases até o alcance da vinculação, estando diretamente relacionado ao tempo de internação do filho e habituação ao ambiente da UTIN. A amostra limitada pode ter influenciado nos resultados do teste de correlação.

A passagem por diversas etapas, não lineares, durante o processo de vinculação com o filho foram identificadas nas narrativas. Pode ser verificado também diante dos resultados obtidos no questionamento “*Com que frequência você se sente emocionalmente distante do seu bebê?*”, no qual 10 entrevistadas pontuaram, conforme descrito nos resultados do PBQ, podendo indicar que algumas mães possuíram dificuldade de aproximação dos filhos. Dessa forma, percebe-se que o processo de vinculação é permeado por momentos positivos e negativos, até a consolidação do vínculo entre mãe e filho, conforme verificado nos resultados qualitativos.

7. DISCUSSÃO

As mães ao narrarem suas experiências de vinculação com o filho pré-termo durante a internação na UTIN e as interações com o desenvolvimento da parentalidade, resgataram valores, crenças, desejos, projeções carregadas ao longo da sua história como mulher, que foram se modificando na gestação e desafiados diante do nascimento prematuro, hospitalização e interrupção do contato físico com o filho. Os processos interacionais vividos após o nascimento tiveram repercussões importantes na compreensão, nos sentimentos e nos significados maternos, e foram mobilizadores de movimentos de aproximação e de contato com o filho. O tempo e presença de barreiras relacionadas ao ambiente tecnológico, aos profissionais, ao recém-nascido e crenças maternas foram intervenientes nesse processo. As mães enfrentaram maiores ou menores dificuldades para estar junto e construir um vínculo com o filho e desenvolver o processo parental durante a internação, com experiências prévias de maternidade, bem como a presença de referência materna e paterna; relações com os profissionais e o apoio familiar influenciando positiva ou negativamente no processo. Apesar das barreiras, as mães lutaram e persistiram no encontro dos seus desejos de apropriação e maternagem, entendendo estes como processos importantes para a saúde do filho e a sua própria.

Em relação às características da amostra do presente estudo, os dados referentes à escolaridade (ensino médio completo), ocupação (emprego formal) e estado civil (união estável), corroboraram com recente pesquisa brasileira, que buscou identificar o perfil sócio demográfico de pais de RNPT internados em hospitais públicos, realizada por Donda *et al* (2021). Ressalta-se que na amostra obtida no presente estudo há um valor significativo (30,43%) de mães com ensino superior completo, em oposição às pesquisas de perfil citada (DONDA; SOARES, 2021; GIANELLO GNOATO ZOTZ; MOTTER, 2021).

A utilização do “*Postpartum Bonding Questionnaire*” (PBQ) vem ocorrendo em diversos países para avaliação do vínculo materno com seu filho. Em detrimento dos resultados encontrados no presente estudo, que revelaram boa vinculação entre mãe e filho, tanto quanti quanto qualitativamente, o uso do PBQ em outros estudos realizados com mães de crianças a termo, revelaram a presença de ansiedade e sintomas depressivos nas mães (FAISAL-CURY; LEVY; KONTOS; TABB; MATIJASEVICH, 2019; EDHBORG; NASREEN; KABIR, 2011). Estudo com mães de bebê termo, em ambiente rural de Bangladesh mostraram que 11% apresentaram sintomas depressivos e 35% de ansiedade

(EDHBORG; NASREEN; KABIR, 2011). Faisal-Cury *et al* (2019), em pesquisa com mulheres brasileiras (mães de bebês termo), identificaram que a dificuldade de vínculo afeta uma em cada 10 mães com filhos entre 12 e 15 meses. Destaca-se que durante o processo de hospitalização do filho a mãe passa por diversos momentos marcados tanto por sentimentos de alegria pela vida do filho quanto de tristeza diante da fragilidade do pré-termo, influenciando na criação do vínculo (GOMES; PEREIRA; RODRIGUES, 2021; SANTOS *et al.*, 2019).

O estabelecimento de vínculo entre mãe e filho influencia diretamente o desenvolvimento global da criança. Os principais problemas relacionados se referem à distúrbios emocionais e comportamentais. Tais consequências são influenciadas diretamente por fatores relacionados aos pais, como por exemplo, o estresse parental e a perturbação psicológica materna (PINTO, 2020; CABRAL; BEZERRA *et al*, 2021; HORTA; SOARES, 2020). Dessa forma, um cenário de internação que facilite e auxilie na criação de vínculo e no desenvolvimento da parentalidade é de extrema importância na prevenção de problemas de desenvolvimento dos RNPT.

Handelzalts *et al.* (2021), utilizaram o PBQ em estudo que objetivou compreender a influência do alojamento conjunto na criação de vínculo mãe e filho, comparando mães que tiveram contato com seus filhos por 24h (alojamento conjunto) e mães que não usufruíram desse contato. A pesquisa revelou que o contato 24h com o filho foi um preditor significativo de vínculo dois meses após o parto, corroborando com os estudos relacionados aos benefícios na formação de vínculo de mães e bebês que vivenciam o MC (GOMES; PEREIRA; RODRIGUES, 2021; MARQUES; CARVALHO; VEIGA, 2021; SZEWCZYK; GOMES; PASINI; SEVERO; COSTA; ROSA, 2021). Os hospitais do presente estudo realizam práticas acolhedoras de cuidado e são adeptos ao Método Canguru, permitindo o contato mais próximo entre mãe e RNPT. Dessa forma, a boa vinculação entre mãe e filho, observado na presente pesquisa, pode ser reflexo da prática do MC, conforme trazido pela literatura.

A criação de vínculo entre mãe e o filho pré-termo, dentro da UITN, passa por diversas etapas. O processo ocorre de forma não linear, com muitas etapas podendo ser vivenciadas simultaneamente ou ocorrer a regressão para a etapa anterior. A Teoria do Tornar-se Mãe descreve quatro fases para a criação de vínculo, apresentadas anteriormente (ALLIGOOD, 2014; MERCER, 2006). O contexto da prematuridade traz etapas semelhantes. Segue abaixo o quadro 5, com as etapas e fatores influenciadores mais marcantes

identificados na vivência das mães do presente estudo, comparando-se com as etapas descritas na Teoria do Tornar-se mãe, de Ramona Mercer.

Processo de Criação de Vínculo entre mãe e filho pré-termo					
Contexto da internação na UTIN (Etapas sistematizadas a partir dos resultados obtidos)			Teoria do Tornar-se Mãe, Ramona Mercer		
Etapa	Descrição	Fatores Influenciadores	Etapa	Descrição	Fatores Influenciadores
Elaboração do papel materno	Se inicia durante a gestação, em que a mãe elabora as expectativas em relação ao parto, nascimento, encontro e cuidado do filho. Quando há internação prévia ao nascimento, as expectativas são reelaboradas e a prematuridade começa a ser compreendida. Esta etapa perpassa a gestação, parto e nascimento e normalmente é marcada por sentimentos negativos, como por exemplo: medo, angústia e tristeza.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio da equipe de saúde • Parto emergencial ou programado • Contato entre mãe e filho logo após o nascimento • Espiritualidade materna 	Comprometimento e preparação	Se inicia durante a gestação e perpassa as adaptações sociais e emocionais. A mulher aprende as expectativas do papel, fantasia acerca do papel, refere-se ao feto no útero e inicia o desempenho do papel	<p>Traços e fatores maternos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade do primeiro parto/ • Idade Materna; • Experiência do Parto • Primeira separação da criança • Estresse Social • Apoio Social • Traços de Personalidade • Autoconceito • Percepção da Criança • Tensão devido ao papel materno. • Posturas da educação da criança • Estado de Saúde da criança. <p>(MERCER, 2006; ALLIGOOD, 2014)</p>
Aproximação mãe-filho	É representada pelo início do contato físico entre mãe e filho pré-termo no contexto da internação, com a mãe compreendendo mais profundamente a prematuridade e aceitando a internação do filho, elaborando o estado de saúde do filho e descobrindo novas formas de exercer o papel materno. O	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de tecnologias pelo RNPT • Responsividade e aparência do pré-termo • Traços de personalidade materna • Abordagem da equipe de saúde • Tempo de internação do RNPT • Espiritualidade materna 	Conhecimento, prática e restauração física	Começa com o nascimento do filho e envolve a aprendizagem e desenvolvimento do papel materno. Os comportamentos do papel são conduzidos pelas expectativas formais, consensuais dos outros no sistema social da mãe.	<p>Traços e fatores do bebê:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperamento • Aparência • Responsividade • Estado de saúde da criança • Capacidade de interagir da criança <p>(MERCER, 2006; ALLIGOOD, 2014)</p> <p>Fatores relacionados ao pai/parceiro íntimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resposta à paternidade <p>(MERCER, 2006; ALLIGOOD, 2014)</p>

	contato visual se faz muito presente nesta fase.				
Contato entre mãe-filho	Após compreender o contexto da prematuridade e da internação, a mãe se sente empoderada e capaz para iniciar o contato físico (toque, colo) e realização de alguns cuidados, como por exemplo oferecer alimentação para o filho. Esta fase representa o marco no estabelecimento de vínculo e a concretização do “tornar-se mãe”, por meio da descoberta de novas formas de maternar, dentro da UTIN.	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem da equipe de saúde • Estado de saúde da criança • Traços da personalidade materna • Método Canguru • Possibilidade de Amamentação • Espiritualidade materna 	Aproximação da Normatização	Engloba a forma como a mulher enfrenta o novo papel e determina os melhores cuidados para o filho. A mãe desenvolve formas únicas de lidar com o papel não transmitidas pelo sistema social. A mulher adequa o seu novo papel ao seu estilo de vida com base em experiências passadas e objetivos futuros	
Adaptação e consolidação do vínculo	Esta fase se inicia quando a mãe consolida o sentimento de pertença e o vínculo com o filho, compreendendo que, apesar da internação e da prematuridade, novas formas de maternar foram desenvolvidas e seus cuidados são determinantes, gerando sentimento de harmonia e confiança para o desempenho do seu papel dentro da UTIN.	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de saúde da criança • Abordagem da equipe • Espiritualidade materna 	Integração da identidade materna	Também conhecida como identidade do papel, ocorre na medida que a mulher vai interiorizando o seu papel. A mãe experimenta um sentido de harmonia, confiança e competência na forma como atinge e desempenha o papel materno.	

Quadro 5 – Comparação entre etapas obtidas no presente estudo e fases da Teoria do Tornar-se Mãe. Fonte: ALLIGOOD, 2014; MERCER, 2006, Brasília, 2021.

Ao discutir os resultados deste estudo à luz da teoria do Tornar-se Mãe pode-se perceber diversos pontos de encontro. A primeira fase da Teoria do Tornar-se mãe, “Comprometimento e Preparação”, tem interface com a etapa de “Elaboração do Papel Materno”, porém a vivência da hospitalização materna prévia ao nascimento traz diferentes elaborações maternas frente às expectativas da execução do papel materno, parto e nascimento, que podem facilitar ou dificultar a elaboração do nascimento pré-termo, a depender do apoio que a mulher recebe neste período.

A hospitalização obstétrica normalmente ocorre devido à ameaça de parto pré-termo. Este período exige muito da saúde mental da mulher e é usualmente marcado pela ansiedade e medos relacionados à sua saúde e do filho (ALMEIDA; SANTOS; CARVALHO; MIRANDA; PASSOS, 2020). A equipe de saúde tem papel fundamental na elaboração do papel materno, principalmente diante do contexto da internação obstétrica, podendo fornecer informações relativas às possíveis situações que deverão ser enfrentadas, dando suporte emocional para o enfrentamento do período. Mesmo diante do apoio profissional, a vivência da hospitalização do filho pré-termo é permeada por dificuldades e vista pelas mães, muitas vezes, como traumática, mesmo após um ano da hospitalização, principalmente quando ocorre o parto de urgência (BORTOLIN; DONELLI, 2019).

O nascimento prematuro rompe a preparação materna, e, conseqüentemente, frustra as suas expectativas em relação ao seu papel, ao acolhimento da criança após o nascimento e a ideia do bebê ideal (ALMEIDA; SANTOS; CARVALHO; MIRANDA; PASSOS, 2020). Além disso, usualmente, o nascimento prematuro é marcado pela separação precoce do binômio mãe e filho e internação do recém-nascido pré-termo (RNPT) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), fazendo crescer na mãe sentimentos negativos como angústia, ansiedade e medo em relação ao estado de saúde e sobrevivência do filho, já vivenciados por algumas mulheres no período de internação prévia ao nascimento (SANTOS et al, 2017; ALMEIDA; SANTOS; CARVALHO; MIRANDA; PASSOS, 2020). O momento do nascimento é marcante para as mães e representa a concretização do “ser mãe”, sendo um grande fator influenciador no processo de criação de vínculo, podendo ser verificado tanto nos resultados obtidos na presente pesquisa, quanto na teoria de Ramona Mercer.

Após o nascimento da criança, se inicia a fase de “Conhecimento, prática e restauração física”, de acordo com a Teoria da Consecução do Papel Materno de Mercer (MERCER, 2006). Nesta fase, a mãe inicia a etapa de aprendizagem do papel materno, normalmente se baseando nas expectativas formais. Diante da internação do filho na UTIN, a mãe fica impossibilitada de vivenciar esta fase de forma plena, podendo interferir no processo de criação de vínculo (MERCER, 2006). Dessa forma, as mães de bebês pré-termos hospitalizados necessitam se aproximar dos filhos, compreender a prematuridade, entender a hospitalização e visualizarem novas formas de maternar, conforme descrito na etapa “Aproximação mãe-filho”.

A fase de “Contato entre mãe-filho” pode ser equiparada à fase de “Aproximação da Normatização”, de Mercer (2006). Ambas envolvem a descoberta e adequação do maternar, porém, no contexto da prematuridade a mãe precisa se sentir empoderada e segura diante do filho para, posteriormente, iniciar formas de maternar no ambiente da UTIN. O contato entre mãe e filho pré-termo, iniciado pelo visual e passado para o tátil e o colo, progressivamente, tem papel fundamental no desenvolvimento do vínculo, no empoderamento materno, no sentimento de pertença e no empoderamento materno.

Estudo de revisão integrativa sobre as relações mãe-filho no contexto da prematuridade e a importância da enfermagem, realizado por Szewczyk, *et al* (2021), traz que as mães iniciam a compreender a sua importância na recuperação dos filhos quando percebem reações positivas dos bebês diante da sua presença, toque e colo. A importância do contato físico entre mãe e filho é também visualizada em estudo de revisão sistemática, realizado por Reis, Evers, Mendes e Makuch (2021). Os resultados do presente estudo, representados pela subcategoria “Contato entre mãe-filho”, reafirmam o já posto na literatura. Ressalta-se que, diante da não inclusão materna na realização dos cuidados, o processo de criação de vínculo é dificultado e gera sentimentos negativos na mãe, como insegurança e medo, conforme descrito no presente estudo e na literatura (SANTOS; RODRIGUES; SANTOS; SOUSA; VIANA; CHAVES, 2019; BORTOLIN; DONELLI, 2019).

O contato entre mãe e filho envolve, de acordo com o quadro clínico do bebê, a amamentação. A administração da dieta pela mãe e a amamentação são cuidados extremamente esperados pelas mães durante a internação dos filhos, conforme evidenciado no presente estudo e na literatura (BASEGGIO; DIAS; BRUSQUE; DONELLI; MENDES, 2017; RODRIGUES; SANTOS; SOUSA; VIANA; CHAVES, 2019; CARVALHO;

MIRANDA; PASSOS, 2020). Durante o processo de amamentação dentro da UTIN, a mãe enfrenta diversos desafios. O estado psicológico materno interfere diretamente na produção de leite, a qual fica prejudicada devido à presença de ansiedade e outros sentimentos negativos. Além disso, o RNPT apresenta características que podem dificultar a amamentação efetiva e a correta pega, como por exemplo, dificuldade de pega, sucção ineficaz e incapacidade de manter a sucção apropriada. Dessa forma, o apoio empático dos profissionais, fornecendo orientações esclarecedoras e incentivando tentativas com o filho e da manutenção de medidas que estimulem a produção (por exemplo, massagem periódica e retirada de leite). É importante incluir a mãe na administração da alimentação do filho, antes do alcance da amamentação efetiva, através da retirada do leite e fornecimento pela sonda. Tal processo aproxima mãe e filho, além de garantir a produção de leite (PERISSÉ; BRAGA; PERISSÉ; MARTA, 2019).

As fases vivenciadas pelas mães, “Adaptação e consolidação do vínculo”, deste estudo, e “Integração da identidade maternal” (Teoria do Tornar-se Mãe), se assemelham pelo sentimento de harmonia e confiança no desempenho do seu papel, porém se diferenciam pelo contexto no qual ocorrem e na forma de cuidado que pode ser realizada. O cuidado materno dentro da UTIN tem limitações impostas tanto pelo quadro clínico do bebê, quanto pelas rotinas da unidade, porém a inclusão da mãe nos cuidados diários ocorre diante das práticas integrativas da equipe de saúde, sendo considerada uma experiência ímpar de vinculação entre mãe e filho, como pode ser visualizado no presente estudo e conforme retratado em estudos de revisão (SZEWCZYK; GOMES; PASINI; SEVERO; COSTA; ROSA, 2021; REIS; EVERS; MENDES; MAKUCH, 2021).

A vivência materna da hospitalização do recém-nascido pré-termo (RNPT) na Unidade de Terapia Intensiva é marcada pela presença de diversos fatores dificultadores para a construção do vínculo afetivo e do reconhecimento do filho como seu, como por exemplo, sentimentos negativos (medo, ansiedade e tristeza), estresse, falta de acolhimento e empatia da equipe e a necessidade de lidar com a tecnologia e os conhecimentos médicos para a manutenção da vida do filho (MEDEIROS; FRANZOI; SILVEIRA, 2020; BECKER; VIEIRA; CREPALDI, 2019). Ressalta-se que durante o processo de internação do filho a mãe pode vivenciar sentimentos ambíguos, como por exemplo, alegria pela vida do filho versus tristeza diante da necessidade de internação e desejo de contato versus medo diante da fragilidade, configurando-se como empecilhos para a formação do vínculo (GOMES; PEREIRA; RODRIGUES, 2021; SANTOS; RODRIGUES; SANTOS; SOUSA; VIANA;

CHAVES, 2019). Dessa forma, alguns sentimentos em relação ao vínculo podem passar por bons momentos (boa ligação emocional, após a superação das barreiras para a vinculação entre mãe e filho) e maus momentos (sentindo-se emocionalmente distante do filho e enfrentando os empecilhos para a construção do vínculo), tornando o processo de vinculação alinear, conforme visualizado nos resultados do presente estudo.

Com o decorrer da hospitalização, os fatores dificultadores tendem a ser ultrapassados pelas mães quando há equipes de saúde acolhedoras, que mediam e facilitam a interação entre mãe e bebê (GOMES; PEREIRA; RODRIGUES, 2021). Práticas de cuidado acolhedoras incluem o fornecimento de informações seguras em relação à saúde do filho, a inclusão materna na realização dos cuidados básicos com o filho, o auxílio nas atividades de ordenha do leite ou amamentação (quando possível) e a realização do MC. Tais práticas contribuem para o empoderamento materno e auxiliam positivamente na construção do vínculo, desde que realizadas de forma acolhedora e desde o início do processo de internação do RNPT na UTIN (GOMES; PEREIRA; RODRIGUES, 2021; SANTOS; RODRIGUES; SANTOS; SOUSA; VIANA; CHAVES, 2019; SZEWCZYK; GOMES; PASINI; SEVERO; COSTA; ROSA, 2021). Estudo de abordagem qualitativa, realizado por Bortolin e Donelli (2019), sobre a experiência materna no primeiro ano de vida do pré-termo, traz que a inclusão das mães na realização de cuidados, por parte da equipe de enfermagem, e a comunicação esclarecedora e atenciosa, por parte da equipe de saúde, são fatores fortalecedores e auxiliares no processo de criação de vínculo entre mãe e filho. Além disso, foi verificado que a estrutura física do hospital tem influência sobre a criação de vínculo, devido à facilidade ou dificuldade da mãe se manter próxima fisicamente do filho.

Ações humanizadas prestadas pela equipe de saúde, que viabilizem um espaço que facilita o contato da mãe com o filho e a utilização do Método Canguru podem auxiliar positivamente no enfrentamento dos fatores dificultadores e no estabelecimento de vínculo entre mãe e filho. A equipe de enfermagem possui papel central na realização do MC, orientando as mães de forma clara e realizando ações assistenciais empáticas e humanizadas sobre a posição canguru, contribuindo para a compreensão dos pais em relação à importância desse cuidado. A interação efetiva e a construção de vínculo entre a equipe de saúde e a mãe incentiva na mãe sentimentos de segurança, tranquilidade e aumento da autoconfiança para realização do cuidado com o filho pré-termo e manutenção da posição cangutu, tanto durante a internação quanto no domicílio (CANEDO, NUNES, GAIVA, VIEIRA, SCHULTZ, 2021;

CANTANHEDE *et al*, 2020; MARQUES; CARVALHO; VEIGA, 2021; BASEGGIO; DIAS; BRUSQUE; DONELLI; MENDES, 2017).

Estudo de revisão, realizado por Marques, Carvalho e Veiga (2019) sobre os efeitos da utilização do MC sobre os RNPT e suas mães traz diversos benefícios, como por exemplo, controle da dor, diminuição do estresse, promoção de sono mais tranquilo e melhora na relação mãe-bebê. O MC traz resultados positivos também para as mães, melhorando o estado de humor e a autoestima, conforme foi verificado por estudo realizado por Júnior, Almeida, Carvalho e Sena (2021), o qual mensurou e comparou o estado de humor, autoeficácia e autoestima de mães que realizaram o Método Canguru e mães que realizaram visitas aos bebês na incubadora. O estudo traz também que, mães que realizam o MC tem uma melhor leitura do comportamento dos filhos, fator crucial para a construção do vínculo entre o binômio e o desenvolvimento do sentimento de pertença (SZEWCZYK, GOMES, PASINI, SEVERO, COSTA; ROSA, 2021).

Em março de 2020 foi declarada a pandemia de COVID-19 pela OMS, trazendo alterações na realização de práticas já consolidadas relacionadas ao cuidado centrado na criança e na família, como por exemplo, a aplicação do Método Canguru e o livre acesso dos pais, ocasionando, muitas vezes, a separação entre pais e filhos, principalmente nos casos de mães com suspeita ou confirmação de COVID- 19 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021; KOSTENZER *et al*, 2021). Pesquisa multinacional, realizada por Kostenzer *et al* (2021), buscou explorar a experiência dos pais durante a pandemia, em relação aos cuidados neonatais e as práticas de cuidado centrado na criança e na família, frente ao impacto das medidas políticas locais relacionadas ao COVID-19. A pesquisa revelou que 52% das mães não puderam ter acompanhante durante o parto e 21% dos participantes relataram que nenhum cuidador (incluindo os pais) tinha permissão para estar com o filho internado na UTIN. Tais resultados impactam diretamente no processo de formação de vínculo entre pais e filho e no desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido, além de aumentar a morbimortalidade dessa população (KOSTENZER *et al*, 2021a).

O impacto positivo da continuidade da prática do Método Canguru, apesar da pandemia de COVID-19 foi revelado por estudo realizado por Minckas *et al* (2021). O estudo elaborou dois cenários, o cenário 1, com a aplicação do Método Canguru com cobertura universal dos nascimentos, considerando o risco de mortalidade frente à COVID-19. O cenário 2 buscou estimar as mortes com a redução da cobertura da aplicação do MC diante da

COVID-19. Foi revelado que o benefício da utilização do MC com cobertura universal é 65 vezes maior do que o risco de mortalidade por COVID-19, considerando-se uma taxa de transmissão de 100% (MINCKAS *et al*, 2021). Estudo de revisão sistemática, que buscou entender quais as medidas recomendadas para prevenir a transmissão de COVID-19 entre mães e RN de baixo peso, concluiu que os impactos a curto e longo prazo da separação do binômio mãe-filho são maiores do que a manutenção do alojamento conjunto e amamentação, com a utilização de medidas de controle de infecção (UTAMI, 2021).

Ressalta-se que a COVID-19 em recém-nascidos ocorre, normalmente, com sintomas leves, sendo a separação do binômio mãe-filho e a restrição de acesso dos pais mais prejudiciais, devido ao impacto gerado no desenvolvimento da parentalidade, no vínculo entre pais e filhos, na amamentação e no neurodesenvolvimento da criança. Destaca-se ainda o prejuízo para os RN de baixo peso (peso de nascimento < 2000g), os quais são extremamente beneficiados pela aplicação do Método Canguru, devido à facilitação no processo de ganho de peso, redução do tempo de hospitalização e da morbimortalidade (MINCKAS *et al*, 2021; KOSTENZER *et al*, 2021a).

As consequências das medidas restritivas (medidas de contenção e afastamento impostas a pais de crianças prematuras) aplicadas durante a pandemia de COVID-19, de acordo com cada país, geraram preocupação mundial, sendo o tema “Separação Zero” eleito para campanha da prematuridade de 2021. A campanha busca chamar a atenção para a necessidade de implementação imediata de medidas que visem a separação zero entre pais (principalmente mães) e recém-nascidos, além da necessidade de garantir a manutenção do cuidado centrado na família e na criança e das medidas de aproximação entre pais e filhos, apesar da ocorrência de cenários de emergência, como por exemplo, pandemias (KOSTENZER *et al*, 2021b).

No presente estudo, a vinculação entre mãe e filho pré-termo ocorreu de forma positiva, apesar das dificuldades encontradas durante o processo de vinculação, corroborando com resultados descritos na literatura. Estudo de revisão sistemática, que aborda a adaptação de mães ao processo da prematuridade à luz da Teoria de Roy, traz que a adaptação ocorreu para todas as mães, em algum momento, mas que existem mecanismos facilitadores do processo, sendo os principais os profissionais de saúde (REIS; EVERS; MENDES; MAKUCH, 2021). Outros estudos corroboram com os resultados da revisão citada

(ALMEIDA; SANTOS; CARVALHO; MIRANDA; PASSOS, 2020; BORTOLIN; DONELLI, 2019).

Em relação às limitações do estudo, pode-se considerar o tamanho amostral restrito. Dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde revelam que, em 2019, ocorreram cerca de 315 mil nascimentos prematuros. No mesmo ano, o Distrito Federal (DF) apresentou cerca de 5.000 recém-nascidos pré-termos, destes 4.300 com idade gestacional entre 32 e 36 semanas e 6 dias. Ressalta-se que a média de nascimentos prematuros no DF supera a média brasileira (11%), sendo 12% (MINISTERIO DA SAÚDE, 2019; DISTRITO FEDERAL, 2021). Dessa forma, estudos que ampliem a compreensão desta problemática são necessários, tanto no que se refere as múltiplas causas como aos múltiplos desdobramentos nas vidas dessas crianças e suas famílias. Destaca-se, sobretudo, a necessidade de desenvolvimento de tecnologias de suporte à processos de trabalho interprofissionais e integradores de um cuidado centrado no neonato e na família, com ênfase para intervenções que estimulem a criação de vínculo entre mãe e filho e deem suporte para desenvolvimento da parentalidade positiva.

8. CONCLUSÃO

O estudo revelou que a vinculação mãe-filho pré-termo ocorreu de forma satisfatória, considerando os indicadores obtidos com o PBQ e as entrevistas qualitativas, sendo possível compreender as repercussões da internação do filho pré-termo na UTIN no processo de construção do vínculo e na parentalidade.

A experiência materna de vinculação com o filho pré-termo foi sistematizada em quatro fases não-lineares, peculiares ao cenário da prematuridade e de internação na UTIN: elaboração do papel materno; aproximação mãe-filho; contato entre mãe e filho; adaptação e consolidação do vínculo. Foram identificados fatores dificultadores do processo, tanto internos, relacionados às perspectivas e crenças maternas, quanto externos, relacionados às tecnologias, à criança e à relação com a equipe de saúde. Tais fatores foram superados com o decorrer do processo de hospitalização, de acordo com o entendimento da prematuridade e a inclusão materna na realização dos cuidados, com a mãe passando a se vincular, progressivamente, com o filho, até se sentir plenamente segura e descobrir sua forma de maternar dentro da UTIN. Os principais fatores auxiliares do processo de vinculação foram a inclusão da mãe na realização dos cuidados diários, incentivado pela equipe de saúde, o contato físico com o filho e a amamentação.

O estudo nos mostra pontos chave de atuação da equipe de enfermagem neonatal no auxílio do processo de vinculação, direcionando o cuidado dentro da UTIN e aprimorando a qualidade da assistência, tendo como foco a promoção do vínculo mãe e filho pré-termo. A utilização do PBQ pode auxiliar os enfermeiros na identificação de mães com dificuldade de vinculação com o filho, sendo instrumento de triagem e sinalizando a necessidade de uma abordagem materna diferenciada e multiprofissional. Além disso, a identificação dos fatores

fortalecedores e dificultadores gera subsídio para a realização de formação continuada com a equipe de enfermagem, visando atenuar as dificuldades e reforçar os fatores positivos.

O presente estudo apresenta como limitação o tamanho amostral restrito à representação da realidade regional no que se refere a proporção de nascimentos prematuros moderados ou limítrofes com hospitalizações em UTIN. Sugere-se a realização de estudo longitudinal que aplique o PBQ e realize entrevistas abertas em profundidade com mães de crianças prematuras, em diferentes momentos da hospitalização do RNPT, a fim de aprimorar a compreensão do processo de vinculação entre mãe e pré-termo no contexto da hospitalização na UTIN, além de identificar a fase com maior probabilidade de desenvolvimento de riscos ou dificuldades de vinculação e outros fatores que possam dificultar ou facilitar o processo.

9. REFERÊNCIAS

1. ADAMS, F. C.; GOMES, J. S.; STRASSBURGER, M. J.; FERREIRA, P. F.; COLET, C. de F.; STRASSBURGER, S. Z. Factors associated to the gestational age of prematuros inhibited in a neonatal intensive therapy unit / Fatores associados à idade gestacional de prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, [S. l.], v. 13, p. 158–163, 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8069. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8069>. Acesso em: 15 out. 2021.
2. ALEXANDRE, J. D.; MONTEIRO, L.; BRANCO, I.; FRANCO, C. A prematuridade na perspectiva de mães primíparas e multíparas. Análise do seu estado psicoemocional, autoestima e bonding. *Análise Psicológica*, vol.34, n.3, pp.265-277, 2016. Disponível em:< http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0870-82312016000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 de maio de 2018.
3. ALLIGOOD, M. R. *Nursing Theory: Utilization & Application*. 5 a edição ed. United States: Elsevier, 2013.
4. ALMEIDA, C. R.; SANTOS, L. M.; CARVALHO, E. S. S.; MIRANDA, F. P.; PASSOS, S. S. S. Experiências maternas na primeira semana de hospitalização do prematuro em cuidado intensivo. *Revista de Enfermagem da Ufsm*, [S.L.], v. 10, p. 1-21, 3 set. 2020. Universidad Federal de Santa Maria. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769242072>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/42072/html>. Acesso em: 02 nov. 2021.
5. ALVARENGA, P; PALMA, E. M. S. Parentalidade e comportamento antissocial infantil. In: In: PICCININI, C.A; ALVARENGA, P. (organizadores). *Maternidade e*

- paternidade: a parentalidade em diferentes contextos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, p. 227-253
6. ANTUNES, S.; FUERTES, M.; MOREIRA, J. Um olhar sobre a grande prematuridade: a investigação com bebês nascidos com menos de 32 semanas de gestação. in Fuertes, M., Nunes, C., Rosa, J., Almeida, A. R., Esteves, S.(Eds.) Teoria, práticas e investigação em intervenção precoce II (pp. 25-48) Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Lisboa. 2021
<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.115>
 7. BALDISSEROTTO, M. L. *et al.* Transcultural adaptation to the Brazilian Portuguese of the Postpartum Bonding Questionnaire for assessing the postpartum bond between mother and baby. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 34, n. 7, p.1-7, 6 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO).DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00170717>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00170717.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019.
 8. BARROSO, R. G.; MACHADO, C. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, [S.L.], n. 52-, p. 211-229, 1 jan. 2010. Coimbra University Press. DOI: http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_52-1_10. Disponível em: https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1647-8606_52-1_10. Acesso em: 11 out. 2021.
 9. BASEGGIO, D. B.; DIAS, M. P. S.; BRUSQUE, S. R.; DONELLI, T.M. S.; MENDES, P. Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. *Temas em Psicologia*, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 153-167, 2017. Associação Brasileira de Psicologia. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/tp2017.1-10>. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/tp2017.1-10>. Acesso em: 02 nov. 2021.
 10. BECKER, A. P. S.; VIEIRA, Ma. L.; CREPALDI, M. A. Apego e parentalidade sob o enfoque transcultural: uma revisão da literatura. *Psicogente*, [S.L.], v. 22, n. 42, p. 1-25, 11 jul. 2019. Universidad Simon Bolivar.
<http://dx.doi.org/10.17081/psico.22.42.3507>. Disponível em: <https://doi.org/10.17081/psico.22.42.3507>. Acesso em: 11 out. 2021.
 11. BLUMER, H. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1969
 12. BORTOLIN, D.; DONELLI, T. M. S. Experiências maternas no primeiro ano de vida do bebê prematuro. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro , v. 71, n. 3, p. 121-

- 136, dez. 2019 . Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000300010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 nov. 2021.
13. BOWLBY, J. Separation: anxiety, and anger: Attachment and Loss Vol.2. London: Pimlico, 1998. (Obra original publicada em 1973).
14. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
15. BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. . Especial Coronavirus (COVID-19) UNASUS. 2019. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/>. Acesso em: 10 nov. 2021.
16. BROCKINGTON, I. F.; FRASER, C.; WILSON, D.. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. Archives Of Women's Mental Health, [s.l.], v. 9, n. 5, p.233-242, 4 maio 2006. Springer Science and Business Media LLC. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-006-0132-1>. Disponível em: <<https://sundpsykologerna.se/files/Brockington-et-al-2006-PBQ-validation-pdf.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019
17. CABRAL, T. S.; BEZERRA, R. S.; OLIVEIRA, K. C. P. N.; VIEIRA, A. C. S.; MARTINS, F. D. P.; OLIVEIRA, V. V. S.; BEZERRA, R. S.; BARROS, M. C. S. ; MARIANO, D. M. S. Relação materno infantil e o desenvolvimento da criança. Research, Society And Development, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 1-15, 19 mar. 2021. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13162>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13162>. Acesso em: 11 nov. 2021.
18. CANEDO, M. C. Metodo Canguru: a experiencia dos pais de recém-nascidos com baixo peso. 2017. 160 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2017. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFMS_f5e9a195c641e7cb92ca3a985ecb423a. Acesso em: 10 out. 2021.
19. CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. Psicologia: Ciência e Profissão, [s.l.], v. 30, n. 1, p.146-161, 2010. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932010000100011>. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932010000100011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 nov. 2019.
20. CHARON, J. M. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, integration. 4.ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2004.
21. CLANDININ, D. J. ; CONNELLY, F.M. Narrative inquiry: experience and story in qualitative research. San Francisco: Jossey-Bass; 2000. Disponível em:<http://cae.americananthro.org/wpcontent/uploads/2014/09/Clandinin_Jean_Connelly_Michael-Narrative_Inquiry.pdf>. Acesso em: 07 de novembro de 2019
22. CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. Plano. Pesquisa de Métodos Mistos. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 287 p. Tradução de: Magda Lopes.
23. DADALTO, J. G.; CUNHA, A. C. B.; MONTEIRO, L. F. Não é uma simples conversa: percepção do neonatologista sobre o vínculo mãe-bebê. Contextos Clínic, v. 12, n. 3, p. 881-901, dez. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822019000300010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 out. 2021. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.123.09>.
24. DARRIF, L. D. T. K.; BORTOLIN, D.; TABACZINSKI, C.. Prematuridade e Paternidade: um estudo de revisão sistemática. Revista de Psicologia, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 93-99, 1 jan. 2020. Portal de Periodicos da UFC. DOI: <http://dx.doi.org/10.36517/revpsiufc.11.1.2020.9>. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/50061>. Acesso em: 11 out. 2021
25. DISTRITO FEDERAL. Agência de Saúde do Df. Novembro Roxo alerta sobre os índices de prematuridade e consequências do nascimento antes da hora. 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/novembro-roxo-alerta-sobre-os-indices-de-prematuridade-e-consequencias-do-nascimento-antes-da-hora/>. Acesso em: 13 nov. 2021.
26. DOELLINGER, P. V.; SOARES, I.; SAMPAIO, A.; MESQUITA, A.R.; BAPTISTA, J. Prematuridade, Funções Executivas e Qualidade dos Cuidados Parentais: Revisão Sistemática de Literatura. Psic.: Teor. e Pesq., v. 33, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010237722017000100201&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 de outubro de 2021
27. DONDA, P. S.; GIANELLO, G. Z. T.; MOTTER, A. A. Perfil sociodemográfico de pais de recém-nascidos prematuros internados em um hospital público: 10.15343/0104-7809.202145356368. O Mundo da Saúde, v. 45, n. 1, p. 356-368, 5

- out. 2021. Disponível em:
<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1168>.
Acesso em: 11 nov. 2021.
28. EDHBORG, M.; NASREEN, H.; KABIR, Z. N. Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2–3 months postpartum: a population-based study from rural bangladesh. *Archives Of Women'S Mental Health*, [S.L.], v. 14, n. 4, p. 307-316, 28 maio 2011. Springer Science and Business Media LLC. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-011-0221-7>. Disponível em:
<https://doi.org/10.1007/s00737-011-0221-7>.. Acesso em: 11 nov. 2021.
29. FAISAL-CURY, A.; LEVY, R. B.; KONTOS, A.; TABB, K.; MATIJASEVICH, A. Postpartum bonding at the beginning of the second year of child's life: the role of postpartum depression and early bonding impairment. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, [S.L.], v. 41, n. 3, p. 224-230, 22 ago. 2019. Informa UK Limited. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/0167482x.2019.1653846>. Disponível em:
<https://doi.org/10.1080/0167482x.2019.1653846>. Acesso em: 11 nov. 2021.
30. FERREIRA, D. O.; SILVA, M. P. C.; GALON, T.; GOULART, B. F.; AMARAL, J. B.; CONTIM, D.. Kangaroo method: perceptions on knowledge, potencialities and barriers among nurses. *Escola Anna Nery*, [S.L.], v. 23, n. 4, p. 1-15, 2019. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0100>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/CnCYL5xvtf5TsCQ4L59JP4k>. Acesso em: 11 out. 2021.
31. FONTANELLA, B.J.B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, vol.27, n.2, 2011; pp. 388-394. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020>. Acesso em: 17 de maio de 2018.
32. FUSCH, P.; NESS, L. Are We There Yet? Data Saturation in Qualitative Research. *The Qualitative Report*, [S.L.], v. 9, n. 20, p. 1408-1416, 8 set. 2015. Nova Southeastern University. <http://dx.doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2281>. Disponível em: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol20/iss9/3/>. Acesso em: 11 out. 2021.
33. GLASER B.G., STRAUSS A.L. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter; 1967.

34. GOMES, R.; ALENCAR, T.; PEREIRA, V. A.; RODRIGUES, O. M. P. R. Sentimentos e Percepções Maternas sobre a Internação de Bebês Pré-Termo e a Termo: estudo comparativo. *Contextos Clínicos*, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 1-23, 2021. DOI 10.4013/ctc.2021.141.02. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/22286/60748599>. Acesso em: 15 out. 2021.
35. GRAÇA, M. E. O. G. Apoio social para mulheres mães de bebês prematuros em situação de internação hospitalar. 2021. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2021. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/8419>. Acesso em: 13 nov. 2021.
36. GREENHALGH, T., RUSSELL, J.; SWINGLEHURST, D. Developing research and practice: Narrative methods in quality improvement research. *QualSaf Health Care*, vol. 14, n.6, pp. 443-449, 2005. Disponível em:< <http://qualitysafety.bmj.com/content/14/6/443.short>>. Acesso em: 17 de maio de 2018.
37. HANDELZALTS, J. E.; LEVY, S.; MOLMEN-LICHTER, M.; MUZIK, M.; KRISSE, H.; WIZNITZER, A.; PELED, Y. Associations of rooming-in with maternal postpartum bonding: the impact of mothers' pre-delivery intentions. *Midwifery*, [S.L.], v. 95, p. 1-7, abr. 2021. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2021.102942>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613821000218?via%3Dihub>. Acesso em: 11 nov. 2021.
38. HORTA, K. C.; SOARES, A. M. O desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo ou prematuras. *Brazilian Journal Of Development*, [S.L.], v. 6, n. 8, p. 58467-58475, 2020. *Brazilian Journal of Development*. DOI: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n8-308>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/15047>. Acesso em: 11 out. 2021.
39. KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. *Maternal-infant bonding*. St. Louis, MO: Mosby, 1976.
40. KOSTENZER, J.; HOFFMANN, J.; VON ROSENSTIEL-PULVER, C.; WALSH, A.; ZIMMERMANN, Luc J.I.; MADER, Silke. Neonatal care during the COVID-19 pandemic - a global survey of parents' experiences regarding infant and family-centred developmental care. *Eclinicalmedicine*, [S.L.], v. 39, p. 101056, set. 2021a.

- Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101056>. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(21\)00336-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00336-9/fulltext). Acesso em: 29 nov. 2021.
41. KOSTENZER, J.; ZIMMERMANN, L. J. I.; MADER, S.; ABENSTEIN, A.; DALY, M.; FÜGENSCHUH, S.; GIZZI, C.; HOFFMANN, J.; HOOGEN, A. D.; KHONYONGWA-FERNANDEZ, G. Zero separation: infant and family-centred developmental care in times of covid-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, [S.L.], nov. 2021b. Elsevier BV. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s2352-4642\(21\)00340-0](http://dx.doi.org/10.1016/s2352-4642(21)00340-0). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(21\)00340-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(21)00340-0/fulltext). Acesso em: 29 nov. 2021.
42. LEAL, M. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J. A.; THEME-FILHA, M.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; MOREIRA, M. E.; GAMA, S. G. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reproductive Health*, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 164-265, out. 2016. Springer Science and Business Media LLC. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0230-0>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073982/>. Acesso em: 11 out. 2021.
43. MACARINI, S. M. *et al.* Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 119-134, abr. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672010000100013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 out. 2021.
44. MARQUES, G. S.; CARVALHO, A. D.; VEIGA, I. N. Os efeitos do cuidado mãe canguru em recém-nascidos prematuros: uma revisão integrativa. *Ciências da Saúde: aprendizados, ensino e pesquisa no cenário contemporâneo*, [S.L.], p. 59-70, 30 jun. 2021. Editora Amplla. DOI: <http://dx.doi.org/10.51859/amplla.csa528.2121-5>. Disponível em: <https://doi.org/10.51859/amplla.csa528.2121-5>. Acesso em: 10 nov. 2021.
45. MARTHA, D.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. An overview of research designs relevant to nursing: Part 3. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 15, n. 5, p.1046-1049, out. 2007. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692007000500025>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf>. Acesso em: 29 out. 2019.

46. MEDEIROS, C. C.; FRANZOI, M. A. H.; SILVEIRA, A. O. O Cuidado parental e promoção do desenvolvimento infantil no contexto da prematuridade. *Rev Bras Promoç Saúde*, [s. l.], v. 33, p. 1-10, 2020. DOI 10.5020/18061230.2020.11656. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/11656>. Acesso em: 15 out. 2021.
47. MENDONÇA JÚNIOR, M.S.; ALMEIDA, A. K. F.; CARVALHO, E. M.; SENA, R. S. A influência do método canguru no estado de humor e autoestima das mães de recém-nascidos prematuros / The influence of the kangaroo care in the mood state and self-esteem of mothers of preterm infants. *Brazilian Journal Of Development*, [S.L.], v. 7, n. 9, p. 88651-88666, 10 set. 2021. South Florida Publishing LLC. DOI <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n9-160>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/35747/pdf>. Acesso em: 13 nov. 2021.
48. MERCER, R. T. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, v. 36, n. 3, p. 226–232, 2004.
49. MERCER, R. T.; WALKER, L. O. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, v. 35, n. 5, p. 568–582, 2006.
50. MERCER, R. T.; WALKER, L. O. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, v. 35, n. 5, p. 568–582, 2006.
51. MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, vol.5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 14 de janeiro de 2020.
52. MINCKAS, N.; MEDVEDEV, M. M.; ADEJUYIGBE, E. A.; BROTHERTON, H.; CHELLANI, H.; ESTIFANOS, A. S. EZEAKA, C.; GOBEZAYEHU, A. G. IRIMU, G.; KAWAZA, K.. Preterm care during the COVID-19 pandemic: a comparative risk analysis of neonatal deaths averted by kangaroo mother care versus mortality due to sars-cov-2 infection. *Eclinicalmedicine*, [S.L.], v. 33, p. 100733-100741, mar. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100733>. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(21\)00013-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00013-4/fulltext). Acesso em: 29 nov. 2021.

53. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS – Tecnologia da Informação a serviço do SUS [citado 11 de out de 2021]. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvdf.def>
54. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS – Tecnologia da Informação a serviço do SUS. 2019. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvdf.def>. Acesso em: 11 nov. 2021.
55. MOORE, E. R.; BERGMAN, N.; ANDERSON, G. C.; MEDLEY, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, [S.L.], v. 2016, n. 11, p. 1-119, 25 nov. 2016. Wiley. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd003519.pub4>. Disponível em:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/epdf/full>. Acesso em: 13 out. 2021.
56. MOREIRA, L. V. C. *et al.* Bronfenbrenner e o modelo bioecológico: contribuições para a família. *Semoc - Semana de Mobilização Científica*, Salvador, v. 0, p. 2-9, out. 2007. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/3039>. Acesso em: 11 out. 2021.
57. MUYLAERT, C. J. *et al.* Narrative interviews: an important resource in qualitative research. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [s.l.], v. 48, n. 2, p.184-189, dez. 2014. *FapUNIFESP (SciELO)*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000800027>. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00184.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2019.
58. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Nova pesquisa destaca riscos de separar recém-nascidos de suas mães durante pandemia de COVID-19. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-3-2021-nova-pesquisa-destaca-riscos-separar-recem-nascidos-suas-maes-durante-pandemia>. Acesso em: 29 nov. 2021.
59. PARAVENTI, L. Construção e evidências de validade de uma medida das dimensões da parentalidade para pais e mães de crianças pré-escolares. 2018. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina (Florianópolis), 2018. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/205032>. Acesso em: 10 out. 2021

60. PERISSÉ, B. T.; BRAGA, E. S.; PERISSÉ, L.; MARTA, G. B. Dificuldades maternas relatadas acerca da amamentação de recém nascidos prematuros: revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*, [S. l.], v. 22, n. 257, p. 3239–3948, 2019. DOI: 10.36489/nursing.2019v22i257p3239-3948. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/443>. Acesso em: 14 nov. 2021.
61. PERRELLI, J. G. A. *et al.* Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. *Revista Paulista de Pediatria*, [s.l.], v. 32, n. 3, p.257-265, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-0582201432318>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n3/0103-0582-rpp-32-03-0257.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019.
62. PINTO, R.; FILGUEIRAS, J. O. Determinantes parentais e problemas de comportamento em crianças nascidas prematuras - estudo com mães de crianças entre os 4 e os 10 anos. 2020. 106 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2020. Disponível em: Determinantes parentais e problemas de comportamento em crianças nascidas prematuras - estudo com mães de crianças entre os 4 e os 10 anos. Acesso em: 12 nov. 2021.
63. PITILIN, E.B.; ROSA, G. F.; HANAUER, M. C.; KAPPES, S.; SILVA, D. T. R.; OLIVEIRA, P. P. Perinatal factors associated with prematurity in neonatal intensive care unit. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.L.], v. 30, p. 1-13, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0031>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0031>. Acesso em: 11 out. 2021.
64. REIS, P. P.; EVERS, E. C.; MENDES, J. O.; MAKUCH, D. M. V. Adaptação de mães à prematuridade: revisão integrativa à luz de Roy. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 1-8, 31 jan. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e5827.2021>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5827/3925>. Acesso em: 11 nov. 2021.
65. RODRIGUES, B. C. *et al.* Cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Rene*, v. 20e397, n. e39767, p. 1–8, 2019. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192039767>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3240/324058874020/html/>. Acesso em: 13 nov. 2021.

66. RODRIGUES, L. G. Percepções sobre parentalidade em contextos de risco: um estudo na comunidade. 2021. 41 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Lusófona do Porto, Portugal (Porto), 2021. Disponível em: <https://recil.grupolusofona.pt/handle>. Acesso em: 10 out. 2021.
67. ROSA, N. P.; OLIVEIRA, D. C.; JANTSCH, L. B.; NEVES, E. T. Moderate and late previous pregnant baby health accidents in the neonatal period. *Research, Society and Development, [S. l.]*, v. 9, n. 7, p. e251974156, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.4156. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4156>. Acesso em: 15 outubro de 2021
68. SANTOS, A. da S. et al. Teoria da consecução do papel materno para tornar-se mãe de recém nascido prematuro. *RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis*, v. 9, n. 4, p. 2311–2314, 2017. Disponível em: <<https://www.sumarios.org/artigo/teoria-da-consecu%C3%A7%C3%A3o-do-papel-materno-para-tornar-se-m%C3%A3e>>,. Acesso em: 30 de outubro de 2021.
69. SANTOS, A. S.; RODRIGUES, L. N.; SANTOS, M. S. N.; SOUSA, G. J. B.; VIANA, M. C. A.; CHAVES, E. M. C.. Maternal role during child's hospitalization in the neonatal intensive therapy unit. *Texto & Contexto - Enfermagem, [S.L.]*, v. 28, n. 1, p. 1-8, 2019. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0394>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/tF5HF8SxgQBHGWBZfrD4rdk/?lang=pt#>. Acesso em: 02 nov. 2021.
70. SANTOS, A. S.; RODRIGUES, L. N.; SANTOS, M. S. N.; SOUZA, G. J. B.; VIANA, M. C. A.; CHAVES, E. M. C. Maternal role during child's hospitalization in the neonatal intensive therapy unit. *Texto & Contexto - Enfermagem, [s. l.]*, v. 28, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0394>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/tF5HF8SxgQBHGWBZfrD4rdk/?lang=en>. Acesso em: 15 out. 2021.
71. SANTOS, S. S.; MENÊSES, A. G.; PINHO, D. L. M.; JESUS, C. A. C. The theory of attainment of the maternal role in adolescence: a reflection for the practice. *Reme Revista Mineira de Enfermagem, [S.L.]*, v. 24, n. 0, p. 1-5, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200053>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1125480>. Acesso em: 13 nov. 2021.

72. SCHAEFER, M. P.; DONELLI, T. M. S. Intervenções Facilitadoras do Vínculo Pais-Bebês Prematuros Internados em UTIN: uma revisão sistemática. *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 35, n.2, pp. 205-218, 2017. Disponível em: <https://revistas.urosario.edu.co/xml/799/79951336002/79951336002_visor_jats.pdf>. Acesso em: 15 de outubro de 2021.
73. SHERMANN, L. B; BRUM, E. H. M. Parentalidade no contexto do nascimento pré-termo: a importância das intervenções pais-bebê. In: PICCININI, C.A; ALVARENGA, P. (organizadores). *Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, p. 35-59.
74. SHERMANN, L. B; BRUM, E. H. M. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 457-467, 2004.
75. SILVA, R. M. M.; ZILLY, A.; TONINATO, A. P. C.; PANCIERI, L.; FURTADO, M.C.C.; MELLO, D. F. The vulnerabilities of premature children: home and institutional contexts. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 73, n. 4, p. 1-9, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0218>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0218>. Acesso em: 11 out. 2021.
76. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco*. 1 ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012. 84 p.
77. SZEWCZYK, M. da S. C.; GOMES, G. C.; PASINI, D.; SEVERO, D. G.; COSTA, A. P. da M. dos S.; ROSA, G. S. M. Mother-child relations in the context of prematurity and the importance of neonatal nursing: integrative review. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 14, p. e178101421920, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i14.21920. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21920>. Acesso em: 13 nov. 2021.
78. TESTONI, T. T.; AIRES, L. C. P. O Método Canguru como um veículo para o empoderamento materno. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, [S.L.], v. 6, p. 611-619, 13 ago. 2018. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. DOI: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v6i0.2957>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4979/497956940010/html/index.html>. Acesso em: 11 out. 2021.
79. TREYVAUD, K. *et al.* A multilayered approach is needed in the NICU to support parents after the preterm birth of their infant. *Early Human Development*. 2019;139.

104838. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104838>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378378219304761?via%3Dihub>. Acesso em: 13 nov. 2021.
80. TUDGE, J. R. H; FREITAS, L. B. L. Parentalidade: uma abordagem ecológico-cultural. In: PICCININI, C.A; ALVARENGA, P. (organizadores). Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, p. 171-197.
81. UTAMI, R. Improving Care for Low Birth Weight Infants in the Era of Covid-19 Pandemic: A Systematic Literature Review. NurseLine Journal, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 123-129, nov. 2021. ISSN 2541-464X. DOI: <https://doi.org/10.19184/nlj.v6i2.23815>. Disponível em: <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/NLJ/article/view/23815>. Acesso em: 29 nov. 2021.
82. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva: World Health Organization, 2015. 108p. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/. Acesso em: 01 de out de 2021
83. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preterm Birth. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>>. Acesso em: 15 de outubro de 2021
84. WRIGHT, L.M; LEAHEY, M. Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo (SP): Roca; 2012.
85. ZORNIG, S. A. J. Construção da parentalidade: da infância dos pais ao nascimento do filho. In: PICCININI, C.A; ALVARENGA, P. (organizadores). Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, pp. 15 – 35.
86. SAPUTRI, H. D. ERNAWATI, D. M. (2019, November). The effectiveness of kangaroo mother care on premature babies: A Scoping Review. In Proceeding International Conference, vol. 1, n. 1, pp. 257-267, nov. 2020.
87. CAÑEDO, M. C.; NUNES, C. B.; GAIVA, M. A. M.; VIEIRA, A. C. G.; SCHULTZ, I. L. “Vou para casa. E agora?” A difícil arte do Método Canguru no domicílio. Revista de Enfermagem da UFSM, [S. l.], v. 11, p. e52, 2021. DOI:

10.5902/2179769263253. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/63253>. Acesso em: 1 jan. 2022.

88. CANTANHEDE, E. S. et al. EXPERIÊNCIAS DAS MÃES NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO NO MÉTODO CANGURU. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 25, maio 2020. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/67416>>. Acesso em: 01 jan. 2022. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67416>.

10. ANEXOS

ANEXO A – Questionário de caracterização das mães e pré-termos

(1) Identificação

Nome (apenas as iniciais): _____ Idade: _____ Escolaridade:
_____ Profissão: _____

Número de filhos: _____

Estado civil: _____ Renda familiar: _____

(2) Saúde da Criança:

Idade atual da criança: _____

Idade Gestacional ao Nascer e classificação da prematuridade: _____

Condições de Nascimento: _____

Tempo de hospitalização na UTIN: _____

Quanto tempo depois do nascimento teve contato com o filho: _____

ANEXO B – “Postpartum Bonding Questionnaire”

Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)

Instrumento de Avaliação do Vínculo Afetivo Mãe-Bebê no Pós-Parto

Vou fazer algumas perguntas sobre a sua relação com seu bebê. Não existem respostas “certas” ou “erradas”. Escolha a resposta que represente melhor sua experiência atual com o seu bebê.

Nome (iniciais): _____ Contato Precoce: () Sim () Não

Data: _____ Local: _____

	Sempre	Muito frequentemente	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
<i>Com que frequência você se sente emocionalmente ligada ao seu bebê?</i>						
<i>Com que frequência você gostaria de voltar ao passado, ao tempo em que você ainda não tinha um bebê?</i>						
<i>Com que frequência você se sente emocionalmente distante do seu bebê?</i>						
<i>Com que frequência você adora ninar o seu bebê?</i>						
<i>Com que frequência você se sente arrependida de ter tido seu bebê?</i>						
<i>Com que frequência você sente que esse bebê não parece ser seu?</i>						
<i>Com que frequência seu bebê te dá nos nervos?</i>						
<i>Com que frequência</i>						

<i>seu bebê te irrita?</i>						
<i>Com que frequência você fica feliz quando seu bebê dá um sorriso ou uma gargalhada?</i>						
<i>Com que frequência você sente que ama o seu bebê?</i>						
<i>Com que frequência você gosta de brincar com o seu bebê?</i>						
<i>Com que frequência o seu bebê chora demais?</i>						
<i>Com que frequência você se sente presa como mãe, não tendo mais tempo e ou liberdade para fazer coisas que fazia quando não tinha o seu bebê?</i>						
<i>Com que frequência você fica com raiva do seu bebê?</i>						
<i>Com que frequência você fica magoada com o seu bebê?</i>						
<i>Com que frequência você acha que seu bebê é o mais lindo do mundo?</i>						
<i>Com que frequência você gostaria que houvesse uma maneira do seu bebê deixar de existir?</i>						
<i>Com que frequência você já fez coisas</i>						

<i>prejudiciais ao seu bebê?</i>						
<i>Com que frequência o seu bebê te deixa ansiosa?</i>						
<i>Com que frequência você sente medo do seu bebê?</i>						
<i>Com que frequência você sente que o seu bebê te incomoda?</i>						
<i>Com que frequência você se sente confiante quando troca fralda, roupas do seu bebê?</i>						
<i>Com que frequência você se sente sem condições emocionais de cuidar do seu bebê e que, por isso, a única solução seria outra pessoa cuidar dele?</i>						
<i>Com que frequência você sente vontade de machucar seu bebê?</i>						
<i>Com que frequência o seu bebê se acalma com facilidade?</i>						

ANEXO C – TCLE



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação em Enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa ***Experiência Materna Durante a Internação do Filho na UTIN: Repercussões no Estabelecimento do Vínculo Afetivo e Construção da Parentalidade***, sob a responsabilidade do pesquisador ***Marisa Utzig Cossul***. O projeto ***busca compreender como o contato precoce pode afetar na construção do vínculo entre mãe e bebê, bem como na construção da parentalidade.***

Os objetivos principais desta pesquisa são: ***compreender a influência do contato precoce entre mãe e recém-nascido prematuro no processo de construção da parentalidade e estabelecimento de vínculo afetivo; avaliar a qualidade do vínculo no pós-parto entre mãe e recém-nascido prematuro.***

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio ***do preenchimento do PBQ e por entrevista com áudio gravado, tendo a seguinte pergunta norteadora: como têm sido para você criar laços com seu filho na UTIN? Todos os procedimentos serão realizados durante à visita ao seu filho no hospital com um tempo estimado total de 45 minutos, sendo realizadas as duas formas de coleta de dados em um único momento.***

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são que ***poderá se sentir ansiosa e constrangida diante das perguntas dos questionários e da entrevista gravada, ou mesmo preocupada com a garantia do sigilo. Porém, garantimos o sigilo e procuraremos um lugar reservado para a realização das entrevistas.*** Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para ***nortear a elaboração de estratégias efetivas e amplas, voltadas para o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê.***

Em caso de danos, toda e qualquer assistência necessária ocorrerá de forma gratuita e sem sobrecarregar o Sistema Público de Saúde (SUS).

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na **Universidade de Brasília (UnB), Hospital Universitário de Brasília e Hospital Materno Infantil de Brasília** podendo ser publicados posteriormente, além de serem divulgados aos participantes da pesquisa por meio de publicações em revistas científicas que abordam o tema estudado. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Marisa Utzig Cossul, no celular (61) 9.9939-8367, disponível inclusive para ligação a cobrar. Poderá também encaminhar e-mail para o endereço: marisaa.cossul@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 2017 1145 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Participante da Pesquisa

Marisa Utzig Cossul

Enfermeira Neonatologista

Mestranda em Enfermagem

Responsável pela pesquisa

Fone: (61) 9938-8367

E-mail: marisaa.cossul@gmail.com



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação em Enfermagem

TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM OU VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS

Protocolo de Pesquisa, CAAE _____, CEP/FS-UnB, aprovado em _____.

Por meio deste termo, eu, _____, CPF: _____, participante do *Experiência Materna Durante a Internação do Filho na UTIN: Repercussões no Estabelecimento do Vínculo Afetivo e Construção da Parentalidade*, de forma livre e esclarecida, cede o direito de uso das fotografias, vídeos e/ou voz adquiridos durante a realização do tratamento clínico a que foi submetido ou durante sua participação em estudo/pesquisa anterior, e autoriza o(s) pesquisador(es), Marisa Utzig Cossul, CPF: 035.915.771-89, Mat. 19/0083051, Universidade de Brasília (UnB), responsável pelo trabalho a:

(a) utilizar e veicular as fotografias, vídeos e/ou voz obtidas durante seu tratamento clínico ou durante sua participação em estudo/pesquisa anterior na(o) dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UnB, para fim de obtenção de grau acadêmico (e/ou divulgação científica), sem qualquer limitação de número de inserções e reproduções, desde que essenciais para os objetivos do estudo, garantida a ocultação de identidade (mantendo-se a confidencialidade e a privacidade das informações), inclusive, mas não restrito a ocultação da face e/ou dos olhos, quando possível;

(b) veicular as fotografias, vídeos e/ou voz acima referidas na versão final do trabalho acadêmico, que será obrigatoriamente disponibilizado na página web da biblioteca (repositório) da Universidade de Brasília – UnB, ou seja, na internet, assim tornando-as públicas;

(c) utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz na produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) ou impresso (pôsteres ou painéis);

(d) utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz para a publicação de artigos científicos em meio impresso e/ou eletrônico para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções;

(e) no caso de imagens, executar livremente a montagem das fotografias, realizando cortes e correções de brilho e/ou contraste necessários, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida;

(f) no caso da voz, executar livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, assim como de gravações, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida.

O participante declara que está ciente que não haverá pagamento financeiro de qualquer natureza neste ou em qualquer momento pela cessão das fotografias, dos vídeos e/ou da voz, e que está ciente que pode retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, salvo os materiais científicos já publicados.

É vedado ao(s) pesquisador(es) utilizar as fotografias, os vídeos e/ou a voz para fins comerciais ou com objetivos diversos da pesquisa proposta, sob pena de responsabilização nos termos da legislação brasileira. O(s) pesquisador(es) declaram que o presente estudo/pesquisa será norteado pelos normativos éticos vigentes no Brasil.

Concordando com o termo, o participante de pesquisa e o(s) pesquisador(es) assinam o presente termo em 2 (duas) vias iguais, devendo permanecer uma em posse do pesquisador responsável e outra com o participante.

Local e data

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marisa Utzig Cossul
CPF: 035.915.771-89

PARTICIPANTE DO ESTUDO: _____
CPF: _____

