

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM — MESTRADO

BRUNA MIQUELAM GUIMARÃES

**VIVÊNCIA DA ADOLESCENTE-MÃE NA SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO
CANGURU: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Rio de Janeiro

Maio/2020

BRUNA MIQUELAM GUIMARÃES

**VIVÊNCIA DA ADOLESCENTE-MÃE NA SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO
CANGURU: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca do Exame de Defesa de Dissertação, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) – (Mestrado), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) inserido na linha assistência de enfermagem perinatal brasileira: reflexões acerca do cuidado de enfermagem, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Inês Maria Meneses dos Santos

Rio de Janeiro

Maio/2020

M963 Miquelam Guimaraes, Bruna
VIVÊNCIA DA ADOLESCENTE-MÃE NA SEGUNDA ETAPA DO
MÉTODO CANGURU: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE
ENFERMAGEM / Bruna Miquelam Guimaraes. -- Rio de
Janeiro, 2020.
108 f.

Orientadora: Inês Maria Meneses dos Santos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2020.

1. Enfermagem neonatal. 2. Método Canguru. 3.
Adolescente. I. Meneses dos Santos, Inês Maria,
orient. II. Título.

BRUNA MIQUELAM GUIMARÃES

**VIVÊNCIA DA ADOLESCENTE-MÃE NA SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO
CANGURU: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) – (Mestrado) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) inserido na linha de Pesquisa: Perspectivas atuais da assistência de enfermagem perinatal brasileira: reflexão acerca do cuidado de enfermagem, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data de Aprovação: ___/___/___

Prof.^a Dr.^a. Inês Maria Meneses dos Santos – Presidente – Orientadora
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof.^a Dr.^a. Laura Johanson da Silva – 1^a Examinadora Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof.^a Dr.^a. Isis Vanessa Nazareth – 2^a Examinadora – UFRJ – Macaé
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ- Macaé

Prof.^a Dr.^a. Cristiane Rodrigues da Rocha – 1^o Suplente Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof.^a Dr.^a. Tatiana de Oliveira Gomes – 2^a Suplente Externa
Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz – IFF/FioCruz

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me dado a oportunidade de conseguir realizar mais sonho e pela parceria nos momentos mais difíceis dessa caminhada. Sem o Senhor não seria possível!

Aos meus pais, Nelma e Fidélis Antônio e a minha irmã Cristianne, mesmo que distantes sempre me apoiaram e torceram por mim.

Ao meu querido namorado Henrique, sem você acho que seria tudo mais difícil. Obrigada por estar sempre ao meu lado, me animando e incentivando quando estava cansada e pensava em desistir. Obrigada por ter assumido todas as tarefas de casa, para que eu pudesse me dedicar apenas ao serviço e terminar de escrever a dissertação.

A minha querida orientadora, professora Inês, por acreditar em mim, pela paciência, e por sempre conseguir um tempo em sua agenda para as orientações, mesmo que fosse em sua residência.

A minha staff Cristiane Vanessa, quem me ajudou a montar o projeto para tentar uma vaga no mestrado.

Aos amigos de turma do Mestrado 2018, pelo companheirismo, por estarem sempre disponíveis, compartilhando aprendizados, alegrias, frustrações, mas também conquistas.

A Banca Examinadora, pela aceitação do convite e por todas as contribuições.

As adolescentes-mães por confiarem e compartilharem suas experiências de vida comigo.

RESUMO

Esta dissertação tem por objeto de estudo “A experiência vivenciada pela adolescente-mãe na segunda etapa do Método Canguru”. O interesse surgiu da experiência em assistir a adolescentes-mães participando do MC na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa). Os objetivos são: Analisar a experiência vivenciada pela adolescente-mãe na segunda etapa do MC; Discutir a contribuição da enfermagem para o desenvolvimento da maternagem a partir da vivência da adolescente-mãe na segunda etapa do MC. O referencial foi a Teoria das Transições de Meleis. A metodologia foi a Narrativa de Vida, mediante entrevista com pergunta norteadora: “Conte-me sobre sua vivência em ser mãe na segunda etapa do método canguru”. O cenário foram a UCINCa e o ambulatório de egressos da UTIN de duas Maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro. Foram entrevistadas 08 adolescentes-mães. Da análise temática emergiram duas categorias: 1ª) A Adolescente-mãe no Método Canguru: Transições para a Maternagem; 2ª) A enfermeira como facilitadora do desenvolvimento da 2ª etapa do Método Canguru: os cuidados multidimensionais para a adolescente-mãe. A permanência na UCINCa permitiu as adolescentes-mães envolvimento com seus filhos, participação mais ativa nos cuidados, o que contribuiu positivamente no nível da consciencialização do processo da transição desenvolvimental da maternagem frente a condição de nascimento prematuro e/ou de baixo peso, fundamental para passar pelo processo de transição de forma saudável. Como facilitador do processo transicional, as enfermeiras representaram a ponte para o alcance do empoderamento materno e o apoio mais presente e disponível. As orientações foram focadas em cuidados básicos: banho, troca de fralda, amamentação e oferta de leite por copinho. Houve carência de orientações quanto às peculiaridades de cuidados com o RNPT e a identificação dos sinais de risco. A ida para UCINCa configura-se um estágio pré-alta, sendo essencial ao enfermeiro cuidar-orientar-ouvir, para conseguir identificar os condicionantes facilitadores e inibidores da maestria do cuidado materno, possibilitando então a experiência de uma transição segura da adolescente-mãe para a terceira etapa do MC.

Descritores: Enfermagem Neonatal; Método Canguru; Adolescente.

ABSTRACT

This study analyzes “The experience of the teenage mother in the second phase of the Kangaroo Mother Method”. The interest came from the observation of this experience while participating in the KMM of Neonatal Intensive Care Unit and Kangaroo Intermediate Care Unit. The objectives are: to analyze the teenage mother experience in the second phase of Kangaroo Mother Method and discuss the contribution of nursing care in this phase. The reference was the Meleis Transitions Theory. The methodology was the Narration of Life, with interviews focusing on the question “Tell me about your experience of becoming a mother in the second phase of the Kangaroo Mother Method”. The places used for the interviews were Kangaroo Intermediate Care and the Neonatal Intensive Care Unit ambulatory of two public maternity hospitals of Rio de Janeiro. Eight teenage mothers were interviewed. This study analyzes two categories: 1) The Teenage Mother in Kangaroo Mother Method: Transitions to Motherhood 2) The nurse as an enabler to the development of the second phase of the Kangaroo Mother Method: the multidimensional nursing care for the teenage mother. The presence in the Kangaroo Intermediate Care Unit allowed the teenage mothers to build a relationship with their children, active participation in their care, and a positive notion of the transition process to motherhood in relation to premature birth and low weight gain, which are fundamental notions to a healthy transition process. As an enabler of this process, nurses work as a bridge to the empowerment of mothers and as support that is constantly present. Basic Care worked as the focus of the study: bathing, changing diapers, breastfeeding. There was a lack of orientation about the care with RNPT and recognition of warning signs. Going to the Kangaroo Intermediate Care Unit is a pre-discharge phase, so it's essential for the nurse to care, listen and give orientation for the best maternal care possible. It's what makes the experience a healthy one, helping the transition to the next phase of KMM.

Keywords: Neonatal Nursing Care, Kangaroo Mother method, Adolescent.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IG	Idade Gestacional
ITU	Infecção do Trato Urinário
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line
MC	Método Canguru
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém-Nascido
RNBP	Recém-Nascido de Baixo Peso
SciELO	Scientific Electronic Library On-line
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UI	Unidade de Intermediária
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

LISTA DE QUADROS E IMAGENS

Quadro 1 – Fluxo de busca, seleção e exclusão de artigos por bases de dados	14
Quadro 2 – Distribuição dos artigos contendo título, procedência, autores, periódicos e objetivos	16
Quadro 3 – Caracterização das adolescentes-mães quanto aos dados sociodemográficos	43
Quadro 4 – Caracterização obstétrica das adolescentes-mães	46
Quadro 5 – Caracterização dos filhos das adolescentes-mães	50
Quadro 6 – Historiograma	52
Quadro 7 – Unidades temáticas/ Recorrências por participação/ Agrupamento/ Categorias	57
Figura 1 – Caracterização das internações na UTIN nos anos de 2017 e 2018, na unidade da Zona Norte	34
Figura 2 – Caracterização das internações na UTIN nos anos de 2017 e 2018, na unidade da zona Oeste	36
Figura 3 – Etapas de buscas das adolescentes-mães	42
Figura 4 – Técnica de Recorta e Cola	55
Figura 5 – Esquema de Análise das Narrativas	59
Figura 6 – Aplicação do Modelo Teórico de Meleis	86

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Siglas	
Lista de Quadros e Imagens	
Resumo	
Sumário	
Capítulo 1 – Introdução	10
Justificativa e Relevância	13
Capítulo 2 - Bases Conceituais	20
2.1- Gravidez na adolescência	20
2.2- Da Colômbia ao Brasil: Marcos Históricos do Método Canguru	22
2.3- Contribuições e Desafios do Método Canguru no Cuidado Neonatal	26
Capítulo 3 – Referencial Teórico	28
3.1 - Teoria das Transições de AFAF IBRAHIM MELEIS	28
Capítulo 4 –Caminho Metodológico	33
4.1 - Método Narrativa de Vida	33
4.2 - Cenário da Pesquisa	34
4.3 - Questões Éticas da Pesquisa	37
4.4 - Coleta de Dados	39
4.5 – Percalços	39
4.6 - Participantes da Pesquisa	42
4.7 - Processo de análise das Narrativas	54
Capítulo 5 – Apresentação e Discussão das Categorias de Análise	60
5.1 - Categorias de Análise	60
5.1.1 - A Adolescente-mãe no Método Canguru: Transições para a Maternagem	60
5.1.2 - A enfermeira como facilitadora do desenvolvimento da 2ª etapa do Método Canguru: os cuidados multidimensionais para a adolescente-mãe	76
Capítulo 6 – Aplicação do Modelo da Teoria das Transições de Aff Meleis	85
Capítulo 7 – Considerações Finais	87
Referência Bibliográfica	90
Apêndice A – TCLE	101
Apêndice B – TCLE para Adolescente (menor de 18 anos)	104
Apêndice C – Instrumento de Coleta de Dados	107
Anexo – Parecer do CEP	109

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem por tema “adolescente-mãe no método canguru” e o interesse emergiu da minha experiência como residente em enfermagem neonatal do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira - IFF/FioCruz, quando tive a oportunidade de assistir a mães adultas e adolescentes participando do Método Canguru (MC) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa). Em um dia de plantão, me deparei com uma adolescente na porta da enfermaria canguru, chorando e sendo segurada pelo braço por sua mãe que não estava deixando-a ir embora. A adolescente estava em seu segundo dia de internação e não queria mais ficar na unidade. Tal fato me chamou atenção, visto a ida para UCINCa ser um momento desejado por muitas mulheres, por possibilitar sua permanência contínua junto ao filho, assim como assumir seu novo papel de mãe – a maternagem.

Durante o período em que assisti as mães na segunda etapa do método, percebi uma certa dificuldade das que eram adolescentes ao se depararem com o aprendizado do cuidar do recém-nascido (RN), visto terem vivenciado momentos de estresse, sentimentos de medo e culpa pela internação do bebê na UTIN anteriormente, como também a insegurança e ansiedade ao ter que "assumir a responsabilidade" do cuidar de um bebê tão pequeno.

Frente aos altos índices estatísticos no Brasil e no Mundo, a gravidez na adolescência se tornou um problema de saúde pública. Estima-se que no mundo haja anualmente 12,8 milhões de nascimento entre adolescentes. No Brasil, em números absolutos isso representa 400 mil casos por anos, sendo as regiões Nordeste e Sudeste, com as maiores incidências (OPAS/OMS, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019; MS, 2017).

Do ponto de vista jurídico, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define adolescência como a pessoa entre 12 e 18 anos incompletos. Do ponto de vista biomédico e orgânico, a adolescência é definida pela faixa etária: pré-adolescência de 10 a 14 anos e adolescência de 15 a 19 anos, idades que a

Organização Mundial da Saúde (OMS) categoriza como ocorrência da gravidez na adolescência (BRASIL, 2017). Sendo o presente estudo apoiado na faixa etária classificada pela OMS.

Planejada ou não, a gravidez quando na adolescência traz repercussões sociais, econômicas, familiares, culturais e de educação, sendo a orientação e conscientização primordial nessa fase da vida. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) as adolescentes são mais vulneráveis devido ao aumento dos riscos biológicos (anemias, infecção urinária, sangramento e parto prematuro), sociais e econômicos quando associado ao início da gravidez e ao parto.

O nascimento prematuro e/ou de baixo peso de um RN impõe a necessidade de internação hospitalar. Desta forma, a adolescente vê-se distante do seu papel como adolescente-filha e torna-se adolescente-mãe de um RN que necessita de cuidados hospitalares, intensificando então a situação de conflitos.

Se relacionar com um recém-nascido prematuro e/ou baixo peso (RNPT e/ou BP) é uma experiência inusitada para todas as mães, independentemente da idade. Cuidar de um ser tão pequenino e frágil, gera insegurança, angústia, expectativas, medo, um turbilhão de sentimentos que podem adequar ou dificultar o cuidado — a maternagem. O manual Técnico do Método Canguru - Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (2017, p. 55) define maternagem como "Capacidade de desempenhar as funções maternas próprias do cuidado, da comunicação, da atenção ao recém-nascido e à criança". Para Winnicott (1988), isto exige que a mãe seja capaz de se identificar com a criança e apresente um funcionamento especial — *ao se adaptar as necessidades do bebê*.

Com o objetivo de contribuir para uma redefinição de postura dos profissionais, minimizar os efeitos do nascimento prematuro e/ou baixo peso, melhorar a qualidade de vida futura dos RN, sua adaptação psicossocial e visando a humanização da assistência ao recém-nascido e sua família, o Ministério da Saúde lançou, por meio da Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo peso - Método Canguru. Em 12 de julho de 2007, foi atualizada pela Portaria nº 1.683 (BRASIL, 2017).

No Brasil, o método é dividido em três etapas, sendo as duas primeiras realizadas em ambiente hospitalar e a terceira na atenção básica ou em ambulatório. Na segunda etapa, parte essencial do método, visto ser um preparo para a alta hospitalar, a mãe é encorajada a permanecer de forma contínua ao lado do bebê na UCINCa, mantendo os cuidados parentais e sendo o contato pele a pele por meio da posição canguru¹, realizado pelo maior tempo possível (BRASIL, 2017).

Nesta etapa, a equipe de enfermagem tem uma atuação ímpar como orientadora do cuidado, principalmente no que tange as mães adolescentes, no sentido de não adquirir uma postura de detentora dos cuidados, mas sim, de facilitadora das competências maternas e do processo da maternidade dessas mães (BRASIL, 2017).

Observa-se que, a adolescente para iniciar o processo de maternagem frente aos desafios vivenciados com o nascimento prematuro e a internação hospitalar, se faz necessário o apoio profissional e familiar, para que desperte o interesse e comprometimento com a segunda etapa do método. Etapa essa que requer o contato pele a pele de forma contínua dentro da unidade hospitalar.

Assim, o cuidado tão importante dispensado ao bebê durante sua internação, deve ser estendido a mãe e sua família que estão vivenciando um momento particular e diferente, e que necessitam de apoio para cuidar - maternar - o seu filho.

Diante dessa situação problema, fez-se as seguintes **questões norteadoras**:

- Qual a experiência vivenciada pela adolescente-mãe na segunda etapa do MC?
- Como a enfermagem pode contribuir para o desenvolvimento da maternagem da adolescente-mãe na segunda etapa do MC?

¹ **Posição Canguru:** consiste em manter o RN, em contato pele a pele, somente de fraldas, na posição vertical junto ao peito dos pais (BRASIL, 2017, p. 24).

Definiu-se como **objeto de estudo**:

- A experiência vivenciada pela adolescente-mãe na segunda etapa do MC.

Pretende-se alcançar os seguintes **objetivos**:

- Analisar a experiência vivenciada pela adolescente-mãe na segunda etapa do MC;
- Discutir a contribuição da enfermagem para o desenvolvimento da maternagem a partir da vivência da adolescente-mãe na segunda etapa do MC.

1.1 - Justificativa e Relevância

O presente estudo justifica-se pela importância em ressaltar as peculiaridades da vivência da adolescente-mãe na segunda etapa do MC e da atuação da equipe de enfermagem ao contribuir com o método, frente ao princípio norteador da atenção humanizada ao RNPT e/ou BP, seus pais e a família, respeitando-os em suas características e individualidades.

Trabalhar este tema é somar esforços com a família, com os profissionais, com os gestores e a sociedade, aliados a uma política que precisa ser consolidada para que o ensinamento do cuidar à clientela adolescente com o RNPT e/ou BP na segunda etapa do método possa ser repensado através de outras dimensões.

Uma delas, a fortificação do empenho das políticas públicas na reabilitação do RNPT e/ou BP, focando no empoderamento dessas adolescentes-mães, seja de forma individual, em grupo ou institucional. Estratégias de empoderamento como, orientação, suporte da equipe, ajuda, são fundamentais para a participação efetiva e engajada da adolescente-mãe nos cuidados com seu bebê, seja no ambiente hospitalar como também no domicílio. Para Carvalho e Gastaldo (2008) o empoderamento proporciona aos indivíduos um aprendizado que os tornam capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais condições.

A relevância deste estudo está na escassez de pesquisas sobre o tema "adolescente-mãe no método canguru". No período de junho a agosto de 2019 e janeiro a abril de 2020, foi realizado levantamentos nos acervos eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Base de dados de Enfermagem (BDENF), na base Scientific Electron Libray Online (SCIELO). Com objetivo de ampliar a pesquisa, as buscas foram estendidas a base Coleção Nacional das Fontes de informações do Sistema Único de Saúde (Coleciona SUS) e ao Catálogo de teses e dissertações da CAPES. Para localização dos artigos, teses e dissertações, foram utilizados as seguintes palavras-chaves e operadores booleanos: "Método Canguru" AND "Segunda Etapa", "Método Canguru" AND "Enfermaria Canguru", "Método Canguru" AND "Vivências Maternas", "Método Canguru" AND "Maternagem", "Método Canguru" AND "Prematuridade" AND "Baixo Peso" e "Método Canguru" AND "Enfermaria Canguru" AND NOT "Unidade Neonatal". Os filtros utilizados foram: idiomas, texto completo e assunto.

Em concordância com as questões norteadoras e ponderando os objetivos do estudo, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos originais nacionais e internacionais, publicados em inglês, português, francês e espanhol, independentemente do método de pesquisa utilizado. Os critérios de exclusão foram: editoriais, resumos anais, estudos recuperados em mais de uma base só foram considerados uma vez. A demarcação temporal não foi pré-determinada com intuito de apurar nas bases o início da produção científica e difusão da temática.

Quadro 1 – Fluxo de busca, seleção e exclusão de artigos por bases de dados.

Base de Dados	Nº de Artigos	Nº Dissertações ou Teses	Nº de Artigos, Dissertações e Teses Excluídos			Utilizados
			Repetição em outra Base	Sem Acesso Permitido	Não Abordava a Temática	
BDENF	18	01	05	01	08	05
LILACS	55	-	08	13	29	05
MEDLINE	48	-	00	06	42	00
SciELO	09	-	00	02	06	01
INDEX	10	-	01	01	07	01
PSICOLOGIA COLECIONA	01	-	00	00	01	00

SUS						
CAPES	-	13	00	09	03	01

Fonte: A autora, 2020.

Ao final do passo a passo trilhado, foram encontrados 141 artigos, 13 dissertações de mestrado e 01 tese de doutorado. Desses, 96 foram excluídos por não abordarem a temática, 14 se repetiam em outras bases e 32 não tinham acesso permitido. A amostra final foi composta por 12 artigos e 01 dissertação.

Quadro 2 – Distribuição dos artigos contendo título, procedência, autores, periódico e objetivo.

Título	Procedência	Autores	Periódico (vol., nº, pág., ano	Objetivo
Cuidados maternos no método canguru à luz da Teoria de Leininger.	BDEF	LIMA, K. D. F. et al.	J.res: fundam.care. online 2019. jul./set. 11(4):1005-1010	Compreender os cuidados na segunda etapa do método canguru à Luz de Leininger.
Contribuições da equipe de enfermagem na segunda etapa do método canguru: Implicações para a alta hospitalar do recém-nascido.	BDEF	SALES, I. M. M. et al.	Esc. Anna Nery vol.22 nº 4 Rio de Janeiro 2018.	Conhecer os principais procedimentos de cuidado da equipe de enfermagem na segunda etapa do método canguru.
Sentimentos de mães na unidade canguru e as estratégias de suporte do profissional de enfermagem.	LILACS	SALES, I. M. M. et al.	Rev Cuid vol. 9 nº 3 Colômbia Set/Dez., 2018a.	Compreender sentimentos das mães percebidos pelos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Cuidados Intermediários Canguru, e conhecer as estratégias utilizadas por esses profissionais como medidas de suporte à mãe.
O valor atribuído pelos profissionais de enfermagem aos cuidados preconizados no	BDEF	STELMAK, A.P; MAZZA, A.	Rev enferm. UFPE online.; Recife, 11(9):3376-85 Set., 2017	Compreender o valor atribuído pelos profissionais de Enfermagem aos cuidados humanizados

método canguru.		V; FREIRE, M. H. S.		propostos pelo Método Canguru.
Método canguru: Percepções maternas e estratégias de enfrentamento.	CAPES	MEDEIROS, L. S. G.	Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Santos, 94f. 2016	Analisar as percepções das mães de recém-nascidos pré-termo e/ou baixo peso sobre a segunda etapa do método canguru e as estratégias de enfrentamento adotadas por elas, em uma maternidade Pública no interior da Paraíba.
Método canguru: percepções das mães que vivenciam a segunda etapa.	BDENF	OLIVEIRA, M. C. <i>et al.</i>	J.res: fundam.care. online 2015. jul./set. 7 (3): 2939- 2948	Conhecer as percepções das mães de recém-nascido prematuro e de baixo peso na segunda etapa.
Recém-nascido prematuro assistidos pelo método canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses.	LILACS	MENEZES, M. A. S. <i>et al.</i>	Rev. Paul Pediatr 2014; 32 (2): 171-7	Avaliar os desfechos clínicos, o crescimento e as taxas de aleitamento materno exclusivo em prematuros assistidos pelo método canguru ao nascimento, alta e seis meses de vida.
Percepções maternas no método canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia	Index Psicologia	SPEHAR MC; SEIDL EM.	Psicol. Estud. vol. 18 nº 4 Maringá Out/Dez. 2013	O estudo objetivou descrever a realização da posição canguru e as práticas de amamentação, bem como avaliar a percepção de autoeficácia quanto aos cuidados e à interação com o neonato, ao longo das três etapas do

				MC, de puérperas de RNPB.
Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (método mãe canguru): percepções de puérperas.	BDEF	NEVES, P. N; RAVELLI, A. P. X; LEMOS, J. R. D.	Rev. Gaúcha Enferm. (Online) vol. 31 nº 1 Porto Alegre Mar. 2010	Conhecer as percepções de puérperas frente à utilização do método mãe canguru.
Relações interpessoais entre os profissionais e as mães de prematuros na unidade canguru	LILACS	SÁ, F. E. et al	RBPS, Fortaleza, 23 (4):144-9, abr/jun., 2010	Conhecer as relações interpessoais entre profissionais e as mães de recém-nascidos prematuros da Unidade Canguru.
Vivendo o outro lado do método canguru: a experiência materna.	LILACS	MARTINS, A. J. V. S; SANTOS, I. M. M.	Rev. Eletr. Enf. 2008; 10 (3):703-10	Identificar as dificuldades enfrentadas pela mãe participante do método canguru e observar as estratégias por ela utilizada neste procedimento para superá-las.
Vivenciando no método canguru: a tríade mãe-filho-família.	SciELO	CAETANO, L.C; SCOCHI, C.G.S; ANGELO, M.	Rev Latino-am Enfermagem 2005. jul./ago; 13 (4):562-8	Compreender o funcionamento da dinâmica familiar e apreender as transformações familiares pela permanência no método.

Fonte: A autora, 2020.

Foi constatado a escassez de estudos, onde grande parte dos artigos, dissertações e teses encontradas, tinham como foco a primeira etapa do método, o contato pele a pele, aleitamento materno, dor, formação de vínculo afetivo, dentro da UTIN. Poucos foram os estudos que abordavam a segunda e terceira etapa do método. Já no tocante a participação de mães adolescentes no método, nenhum artigo foi encontrado, fato que revela a existência de uma lacuna sobre tal temática.

Vale ressaltar que, todos os estudos selecionados foram produzidos no Brasil. Tal fato pode ser justificado pela política de implementação, visto que o Brasil é o único país onde o método é dividido em três etapas, sendo a segunda etapa realizada na UCINCa.

CAPÍTULO 2

BASES CONCEITUAIS

2.1 - Gravidez na Adolescência

A gravidez na adolescência é de ocorrência mundial, com maior prevalência nos países em desenvolvimento. Dados publicados pela OPAS/OMS em 2018, revelam que, aproximadamente 16 milhões de mulheres ficam grávidas entre a faixa etária de 15 a 19 anos, sendo que 2 milhões gestam com menos de 15 anos em todo mundo, todos os anos.

No mundo, a taxa de gravidez na adolescência é estimada em 46 nascimentos por cada 1.000 mulheres de 15 a 19 anos, sendo a América Latina e o Caribe, as regiões com as maiores taxas e Estados Unidos e Canadá os países com as menores taxas na última década. Na Argentina, 109 mil adolescentes de 15 a 19 anos e 3 mil com idade menor de 15 anos, têm um filho todos os anos, representando 15% dos nascimentos no país (OPAS/OMS, 2018; BULGACH *et al*, 2019).

No Brasil, o número de adolescentes grávidas continua elevado, apesar de pesquisas apontarem um declínio nesses números nos últimos anos. Em um estudo realizado por Monteiro *et al* (2019) entre os anos de 2006 a 2015 revelou que o número de nascidos vivos (NV) de mães adolescentes 10 a 19 anos teve uma queda de 13,5%. A taxa de fecundidade específica de 15 a 19 anos reduziu de 70,9/1.000 para 61,8/1000 no mesmo período. Tal queda vem sendo associada a expansão do Programa de Saúde da Família e aumento do acesso ao programa de planejamento reprodutivo.

A ocorrência da gravidez na adolescência está atrelada a diversos fatores como, desinformação sobre sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos, outrossim a dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos. A sexualidade foi tema de estudo abordado por Bulgach *et al* (2019) na Argentina com 116 participantes (adolescentes e jovens), onde 30% relataram ter adquirido conhecimento sobre sexualidade na escola, 12% com amigos/família e 11% no hospital local.

A falta de informação e/ou a limitação dessas, expõe a adolescente sexualmente ativa a um maior risco de uma gravidez não intencional. De acordo com Habito, Vaughan e Morgam (2019) após entrevistar 8.634 adolescentes entre os anos de 2003, 2008 e 2013 nas Filipinas, observou que o número de gestação não intencional estava diretamente associado a falta de informação, a não realização do planejamento familiar e ao uso inadequado dos métodos contraceptivos.

Vale ressaltar que, embora os altos índices de gravidezes na adolescência estejam atrelados a desinformação, ao difícil acesso a métodos contraceptivos e a gestações não planejadas e desejadas, muitas adolescentes engravidam não apenas por descuido ou falta de informação, mas sim pelo desejo de ser mãe (DADOORIAM, 2003; ASNONG *et al*, 2018). Em uma pesquisa realizada na Maternidade-Escola de Fortaleza com 200 adolescentes, Caminha *et al* (2012) evidenciou que 65 (32,5%) planejaram e desejaram suas gestações, sendo esse planejamento maior em meninas com idade superior a 15 anos e casadas.

Quando retratada a condição social, sendo ela planejada ou não, a gravidez na adolescência ainda é prevalente nas classes sociais menos favorecida, com meninas de cor parda, baixa escolaridade e renda familiar inferior a um salário-mínimo, fatores esses que perpetuam o ciclo da pobreza e a exclusão social (HABITO, VAUGHAN, MORGAN, 2019; OPAS/OMS, 2018; ORINGANJE *et al*, 2016; CAMINHA *et al*, 2012).

O relatório da OPAS/OMS (2018) salienta os agravos da gravidez na adolescência não só no desenvolvimento psicossocial da jovem mãe, outrossim, em um maior risco de morte materna e problemas de saúde de seus filhos.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) e Borges *et al* (2016) adolescentes com idade materna entre 10 e 14 anos, tem 4 vezes mais chances de evoluírem para óbito. Entre meninas de 15 a 19 anos, as complicações durante a gravidez e o parto, são a segunda causa de morte no mundo. Relacionados aos desfechos neonatais, há um aumento das taxas de nascimento

premature, baixo peso, Apgar² inferior a 5, dificuldade na amamentação, necessitando de internação na UTIN.

A assistência neonatal ofertada aos RNPT e BP, vem passando por significativas mudanças no cenário Brasileiro. Buscando prestar uma assistência sensível, individualizada, humanizada e de baixo custo, a Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso - Método Canguru, vem sendo adotada no Brasil como política pública de saúde desde o ano 2000 (BRASIL, 2018).

2.2 - Da Colômbia ao Brasil: Marcos Históricos do Método Canguru

No final dos anos 70, o Instituto Materno Infantil de Bogotá, na Colômbia, tinha uma média de 30.000 partos por ano, destes, 30% dos bebês eram RNPT e/ou BP. Buscando prestar uma assistência de qualidade e permitir a continuação do desenvolvimento dos RN's, em 1978 o Dr. Edgar Rey Sanabria (Professor da Universidade Nacional e Chefe do departamento de pediatria), encantado com a fisiologia das marsupiais fêmeas, que por meio de uma "sacola" na região abdominal consegue oferecer calor e alimento para que seus filhotes terminem de crescer, desenvolveu uma técnica denominada "Mãe Canguru". As mães eram incentivadas a colocar seus bebês em contato pele a pele contra seu peito por 24h. No ano seguinte, em 1979, a técnica foi apoiada e desenvolvida por outros dois pediatras, o Dr. Hector Martinez Gómez e o Dr. Luis Navarrete Pérez (COLÔMBIA, 2017).

O método consistiu em colocar o bebê em contato pele a pele junto do peito da mãe na posição supina, envolto por uma faixa. A utilização da técnica tinha como finalidade não só melhorar os cuidados prestados aos RN's, outrossim, baratear os gastos com a assistência hospitalar e promover por meio do contato pele a pele precoce entre mãe e RN, maior vínculo afetivo, estabilidade térmica e melhorar seu desenvolvimento. O alcance de tais metas proporcionaria alta hospitalar mais cedo, com acompanhamento ambulatorial (SANCHES *et al*, 2015).

² **Apgar:** É uma avaliação realizado no RN no 1^a e 5^a após o nascimento, com objetivo de avaliar a adaptação do RN a vida extrauterina. Sua avaliação é feita por meio do somatório da pontuação (no mínimo 0 e no máximo 10). Quanto menor for a pontuação, maior será o comprometimento a adaptação a vida extra uterina. (ARAUJO, REIS, 2012).

Os resultados alcançados pelo método, mesmo que satisfatórios ainda eram empíricos, sendo necessários mais estudos e investimentos. Próximo ao final dos anos 80, uma médica francesa chamada Nathalie Charpak, mudou-se para Colômbia. Para exercer sua atividade, teve que revalidar seu diploma, então, fez a revalidação no Programa Mãe Canguru do Hospital Materno Infantil de Bogotá. Lá encantou-se pelo método, onde começou a fazer pesquisas. Em 1994, criou a Fundação Mama Kangaroo, intencionada em buscar fundos para avaliar cientificamente o método e receber pessoas do exterior para serem treinadas (COLÔMBIA, 2017).

Após vários estudos observacionais e experimentais realizados na Colômbia e em outros países, foi possível comprovar que o contato pele a pele pelo maior tempo possível, o aleitamento materno e a ida precoce para casa, são ações eficazes e seguras para o cuidado dos RNPT e/ou BP estável clinicamente. A partir de então, o método passou a ser adotado como uma alternativa eficaz e econômica nos cuidados aos RN's (COLÔMBIA, 2017).

Países como Itália, Alemanha, Israel, África, Estados Unidos, Espanha, Brasil, entre outros que adotaram o método, cada um implementou a técnica conforme suas necessidades e realidades. Na Colômbia o método canguru não é dividido em etapas. No hospital, assim que o bebê estiver estável clinicamente, mãe e bebê começam a fazer o contato pele a pele 24h por dia, com ênfase no aleitamento materno. A mãe é orientada quanto ao reconhecimento dos sinais de alerta do bebê (hipotermia, perda de peso, apneia etc.), e após, mãe-bebê-família são preparados para a alta domiciliar precoce (LAMY, *et al*, 2005; COLÔMBIA, 2017).

No Brasil, os primeiros registros sobre as práticas do MC em unidades de saúde, ocorreu em 1991, no Hospital Estadual Guilherme Álvaro (SP) e em 1997, no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Em janeiro de 1999, entre os dias 27 a 29, o IMIP sediou o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru do qual participaram representantes de vários hospitais Brasileiros como César Cals (Ceará), Frei Damião (Paraíba), Maternidade Sofia Feldman (Minas Gerais) e o Hospital Guilherme Álvaro (São Paulo) que já realizava tal prática. Representando a cidade do Rio de Janeiro, estava a Maternidade Leila Diniz (SANCHES *et al*, 2015).

A partir desse marco, hospitais brasileiros, notadamente os da região do Norte-Nordeste, começaram a adotar diferentes modelos de aplicação do MC com mães de bebês prematuros. A mobilização desses hospitais, fez despertar o interesse do Ministério da Saúde, por intermédio da então Área Técnica de Saúde da Criança, a observar e analisar essa nova corrente instituída e propor uma normatização para seu uso. Sendo assim, no dia 8 de dezembro de 1999, na cidade do Rio de Janeiro, no auditório do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), foi apresentada pelo então Ministro da Saúde – José Serra a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Mãe-Canguru (BRASIL, 2017).

Sendo assim, em 5 de julho de 2000, o projeto foi publicado na íntegra no Diário Oficial da União - Portaria nº 693, que estabelece o Método Canguru como uma Política Nacional de Saúde. Esta Portaria esteve vigente durante sete anos e no dia 12 de julho de 2007 foi revogada e atualizada com a publicação da Portaria nº 1.683 (BRASIL, 2017).

Após a publicação da portaria em 2000, o primeiro manual técnico foi publicado em 2001 e tinha como título " Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo peso - Método Mãe Canguru. De lá para cá, algumas edições foram atualizadas e reimpressas e novas edições publicadas. Desde a primeira impressão do manual, foi-se observando que a participação da família no método era tão importante quanto a participação da mãe, e que o vínculo efetivo não tinha que ser focado apenas na díade (mãe/bebê), mas também em todos da família que iriam participar do cuidado. Com foco na família, em 2013 o Ministério fez uma pequena modificação no título do manual, que passou a vir escrito "Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo peso - Método Canguru" e não mais "Método Mãe Canguru".

Buscando fortalecer e difundir a implementação do método nas Maternidades, o Brasil conta com 27 centros estaduais e mais 6 Nacionais de Referência para capacitações, que estão localizados em diferentes regiões brasileiras, sendo eles: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira de Pernambuco (IMIP), Hospital Geral de Itapeverica da Serra – São Paulo, Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, Hospital

Universitário da Universidade de Santa Catarina e Hospital da Mulher Prof. Dr. Aristodemo Pinotti (CAISM/UNICAMP/SP) e mais 27 estaduais (BRASIL, 2018).

Diferente de outros países, o método é dividido em três etapas (BRASIL, 2018).

Primeira etapa: tem início no pré-natal da gestação que necessita de cuidados especializados, durante o parto/nascimento, seguindo da internação do recém-nascido na UTI neonatal e/ou na Unidade Intermediária Neonatal Convencional (UCINCo). Durante todo o período de internação do bebê, os pais têm direito à livre acesso e permanência durante as 24 horas ao lado do filho e devem ser acolhidos e acompanhados de acordo com suas necessidades. A posição canguru é orientada e estimulada já nesta primeira etapa a partir da estabilidade clínica do RN e do desejo de seus pais. A visita dos avós e dos irmãos ocorre de acordo com as rotinas de cada unidade.

Segunda etapa: é realizada na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), garantindo todos os processos de cuidado já iniciados na primeira etapa com especial atenção ao aleitamento materno. O recém-nascido permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. A presença e a participação do pai nos cuidados devem ser estimuladas.

Para mãe e bebê participarem da segunda etapa, ambos precisam obedecer a alguns critérios de elegibilidade. Quanto ao recém-nascido, é preciso ter estabilidade clínica, nutrição enteral plena e peso mínimo de 1.250g. A mãe precisa ter desejo e disponibilidade, apoio familiar para sua permanência no hospital em período integral e reconhecimento materno dos sinais de comunicação do filho relativos a conforto, estresse, respiração etc.

Terceira etapa: os recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso na terceira etapa receberão alta hospitalar ao atingirem o peso de

2.500g e serão acompanhados de forma compartilhada pela equipe do hospital e da atenção básica do método canguru.

2.3- Contribuições e Desafios do Método Canguru no Cuidado Neonatal

No mundo, cerca de 30 milhões de bebês nascem prematuros ou com baixo peso. Em 2017, aproximadamente 2,5 milhões de RN morreram nos primeiros 28 dias de vida e a maior parte por causas evitáveis. Desses, cerca de 80% tinham peso < 2.500g e 65% com IG < 37 semanas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

O estudo destaca que medidas simples como: amamentação exclusiva, contato corporal entre a mãe/pai e o bebê, medicamentos e equipamentos essenciais e acesso a instalações de saúde limpas e bem equipadas, com profissionais qualificados, evitaria cerca de 68 % das mortes de RN até 2030.

Buscando a aplicabilidade dessas medidas e a melhoria do cuidado prestado ao RN, o MC surge como um modelo de atenção perinatal voltado para o cuidado qualificado e humanizado, abrangendo em sua prática questões como cuidado técnico e humanizado com o bebê (manuseio, atenção as necessidades individuais, cuidado com luz, calor, dor), acolhimento à família, promoção do vínculo mãe/bebê/família e do aleitamento materno, cuidado com a família e suporte da equipe de saúde (BRASIL, 2018).

Em julho de 2020, o método completará 20 anos de existência como política pública de saúde. Durante esse período, inúmeras pesquisas foram realizadas comprovando seus benefícios, várias capacitações de profissionais realizado pelo MS, mas ainda assim, encontramos apoiadores e opositores ao método, ainda encontramos grandes barreiras na adesão de profissionais e em sua implementação nas unidades de saúde.

Tais dificuldades podem ser observadas em estudos como de Gontijo, Xavier e Freitas (2012) que após visitar 29 maternidades capacitadas pelo MS, identificou que 34,4% implantaram as três etapas do método e 31% não haviam implementado nenhuma etapa. Gontijo *et al* (2015) analisou 176 maternidades que também foram capacitadas pelo MS, destas 45% haviam implementado as três etapas do método,

16% das unidades implementaram parcialmente e 38,6% não haviam implementado nenhuma etapa.

Como pode ser observado, o número de unidades que implantaram parcialmente e que não implantaram nenhuma das etapas, somados, foi maior que o total de unidades que implantaram as três etapas como preconizado pelo MS.

Segundo Colameo e Real (2006) e Gontijo Xavier e Freitas (2012) tais dificuldades na implementação tem como um dos fatores determinantes a ausência de espaço físico e dificuldade em obter apoio institucional para realizar mudanças na organização e estruturas física das unidades.

CAPÍTULO 3

REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 - Teoria das Transições de AFAF IBRAHIM MELEIS

A gravidez quando na adolescência, ocorre em um período de transição e de transformações físicas e biológicas inerentes a idade. Nesse momento a adolescente-mãe vivencia uma dupla transição: a desenvolvimental (ser adolescente) e a situacional (ser mãe adolescente). Com o nascimento prematuro e/ou de baixo peso do RN e a necessidade de internação na UTIN, essa vivencia mais duas outras transições, a saúde-doença e a organizacional. Buscando compreender as diferentes experiências do seu caminhar, assim como os fatores inibidores e facilitadores desse processo, o presente estudo se alicerçará na Teoria das Transições proposta por Afaf Ibrahim Meleis.

Nascida em 1942 na cidade de Alexandria no Egito, Afaf Ibrahim Meleis, graduou-se em Enfermagem em 1961 na Universidade de Alexandria, tendo recebido menção Magna (Com Grandes Honras, indicando o nível de distinção acadêmica com o qual cursou a faculdade). Em 1964, obteve o título de Mestre em enfermagem, dois anos após, concluiu o curso de Sociologia. Em 1968, finalizou o Doutorado em Psicologia Médica e Social pela Universidade da Califórnia. É cientista e professora de Enfermagem e Sociologia na Universidade da Pensilvânia. É membro da Academia Americana de Enfermagem, Membro Honorário do Royal College of Nursing e membro do Institute of Medicine, e do Fórum Executivo das Mulheres da Pennsylvania.

Durante o período em que cursava o mestrado e doutorado, Afaf Meleis desenvolveu estudos voltados para o cuidado de saúde internacional, saúde da mulher imigrante, conhecimento e desenvolvimento teórico da disciplina de Enfermagem. Tinha como objetivo estimular profissionais de enfermagem a alcançar um nível de pensamento teórico para que a população pudesse receber um cuidado embasado no conhecimento teórico-científico. Ao estudar a população imigrante e sua saúde, Afaf Meleis começou a questionar a transição como um conceito (SCHUMACHER & MELEIS, 2010).

Em 1985, Meleis e Norma Chick, da Maseg University desenvolveram a transição como:

"uma passagem ou movimento de um estado razoavelmente estável para outro estado razoavelmente estável", ou, "passagem ou movimento de uma condição ou lugar para outro". Esta definição engloba tanto o processo como também, a interação entre o indivíduo e o ambiente (MELEIS *et al*, 2010, p.11).

De acordo com Chick & Meleis (1986) o processo de transição tem uma característica essencialmente positiva, visto que, quando o indivíduo passa pelo acontecimento, ele alcança uma maior maturidade e estabilidade ao que vivenciou, resultando na adaptação e integração da nova condição de vida.

A Teoria das Transições, é classificada como de médio porte, pois possui um âmbito mais limitado e uma menor abstração do que as grandes teorias. Seu processo inclui três fases: entrada, passagem e saída. Todavia, o início e o fim não são sincrônicos, existindo uma noção de movimento que envolve tanto a ruptura com a vida tal como era conhecida, como as respostas da pessoa ao acontecimento que desencadeou a mudança. Sua duração corresponde ao período de tempo (time span) que transcorre entre a antecipação, quando possível da necessidade de mudar e a estabilidade na nova condição (CHICK & MELEIS, 1986).

Segundo Meleis *et al* (2010) uma pessoa pode vivenciar mais de uma transição ao mesmo tempo. Essas vivências podem causar mudanças de identidades, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento; envolvendo mudanças nos padrões fundamentais da vida, manifestados em todos os indivíduos. A vulnerabilidade dos indivíduos tem relação direta com suas experiências de transição. Logo, é de extrema importância que as pessoas estejam cientes e se envolvam no processo de transição a qual estão vivenciando.

O enfermeiro atua em todas as fases de processo saúde/doença e em todos os ciclos de vida do ser humano, desde o nascimento até a morte. Para Chick & Meleis (1986) os enfermeiros são os principais cuidadores dos clientes e seus familiares. Eles atuam preparando as pessoas para mudanças iminentes, facilitando o processo de aprendizagem frente a novas situações e a aquisição de habilidades. Sendo assim, o enfermeiro trabalha com as pessoas antes, durante e após o processo de transição.

Ao longo da análise de vários estudos, Meleis *et al* (2000) desenvolveram uma teoria de médio alcance que descreve na natureza (tipos, padrões e propriedades), as condições facilitadoras e dificultadoras e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) comuns aos processos de transição. Quanto ao tipo, divide-se em quatro:

- **Desenvolvimental:** tem como foco o estágio do ciclo da vida, com ênfase no indivíduo ou família. Como exemplo temos o nascimento, a adolescência, menopausa, velhice e morte. A passagem da infância à vida adulta (adolescência), pode desencadear potenciais situações como a gravidez na adolescência.
- **Situacional:** estão relacionadas a mudança de papéis, associada a eventos esperados ou não e que exige definição ou redefinição do repertório de condutas e práticas.
- **Saúde-doença:** refere-se ao aparecimento de agravos na saúde do indivíduo, afetando sua rotina, hábitos e experiência de cuidados, acarretando mudanças na estrutura familiar.
- **Organizacional:** abrange aspectos relacionados a mudanças com o ambiente, seja ele social, político ou econômico.

Quanto aos padrões, são caracterizadas como simples ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalo de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não. Suas propriedades podem ser classificadas como consciência, envolvimento, mudança e diferença, o espaço de tempo e os pontos críticos e eventos (MELEIS *et al*, 2000).

A consciencialização é considerada uma propriedade fundamental de todo o processo e está relacionada a percepção, ao conhecimento e o reconhecimento da experiência que vivencia. O nível de consciência do indivíduo influencia o grau de envolvimento com a mudança, assim como a ausência pode significar que a pessoa não iniciou o processo de transformação (MELEIS *et al*, 2010).

A mudança é um domínio da transição que engloba dimensões quanto a sua natureza, temporalidade, importância percebida da gravidade da situação, as normas e expectativas pessoais, familiares e sociais. Adaptar-se ao novo modo de

ser e de estar, exige tempo, que ocorre a partir do momento em que a pessoa rompe com os comportamentos habituais e rotineiros e começa a viver as alterações inerentes a nova condição, até conseguir alcançar um novo equilíbrio (SCHUMACHER & MELEIS, 2010).

A vivência dos processos envolve pontos críticos como instabilidade, incerteza e rompimento com a realidade, esses, frequentemente estão ligados a consciência de mudança ou diferença e com um maior envolvimento do indivíduo com a experiência prática. Assim, as experiências e as consequências pessoais (significados, crenças e atitudes, status socioeconômico e preparação), da comunidade e da sociedade, podem influenciar ou inibir o processo transicional (CHICK & MELEIS, 1986).

O modo como as pessoas lidam com a transição é determinado por elementos do processo. Os significados, as crenças e atitudes atribuídos aos eventos que desencadeiam a passagem, podem facilitar ou dificultar esse caminhar. O estado socioeconômico também reflete, visto que, quanto mais baixo for, maiores serão os fatores de vulnerabilidade. Da mesma forma, uma preparação e conhecimento prévio sobre o que esperar e as estratégias a utilizar na gestão da situação, facilitam a experiência, ao passo que o contrário prejudica toda sequência. A comunidade e a sociedade, também atuam como facilitadores ou inibidores da vivência (MELEIS *et al*, 2010).

Um outro domínio da Teoria de Transição consiste nos Padrões de Resposta. Esses padrões referem-se a busca de adaptação favorável, sendo estes caracterizados pelos indicadores de processo e resultado. Os indicadores de processo incluem: sentir-se ligado, interagir, situar-se, desenvolver confiança e conseguir lidar com a mudança. Os indicadores de resultado incluem: maestria (domínio de habilidades para lidar com as novas situações) e integração fluída da identidade (reformulação da identidade como resultado da adaptação à nova situação (MELEIS *et al*, 2000).

Nesta lógica, o entendimento dos indicadores, permite aos enfermeiros uma melhor clareza do processo transicional experienciado por cada pessoa, o que possibilita a adoção de intervenções terapêuticas de forma que o cliente tenha uma

compreensão mais abrangente das mudanças a qual está vivenciando. Sendo assim, as condições de transição devem sempre ser avaliadas e as ações de enfermagem deve ser dinâmica, possibilitando ao cliente passar pelo processo de forma a conseguir somar experiências positivas (CHICK & MELEIS, 1986).

CAPÍTULO 4

CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 - Método Narrativa de Vida

A fim de compreender a vivência da adolescente-mãe frente aos desafios de cuidar de um RNPT e/ou BP na segunda etapa do MC, optamos por uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa e a técnica de coleta de dados da Narrativa de Vida.

Segundo Polit e Beck (2011) a pesquisa descritiva permite ao pesquisador observar, descrever, registrar e correlacionar, interpretando o processo dos fenômenos, visto que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios atores.

Nesse contexto, o estudo qualitativo empenha-se em compreender e explicar aspectos da realidade que não podem ser quantificados. Segundo Minayo (2002, p.21):

"à pesquisa qualitativa trabalha com o universo de "significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis".

Buscando conhecer as informações contidas nas experiências de vida das pessoas por meio da riqueza de detalhamento sobre o assunto, a técnica do método adotado neste estudo foi a Narrativa de vida. De acordo com Bertaux (2010) o método permite ao sujeito descrever sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo entrevistador. Este método trabalha com a história ou o relato de vida, ou seja, a história contada do ponto de vista de quem a vivenciou, o que dispensa a necessidade de confirmação da autenticidade dos fatos pelo pesquisador.

Do pesquisador requer desempenho para conseguir compreender o significado da história vivida pelo sujeito, assim como, proporcionar ao mesmo, liberdade para contar suas vivências em relação ao tema do estudo, visto que, as

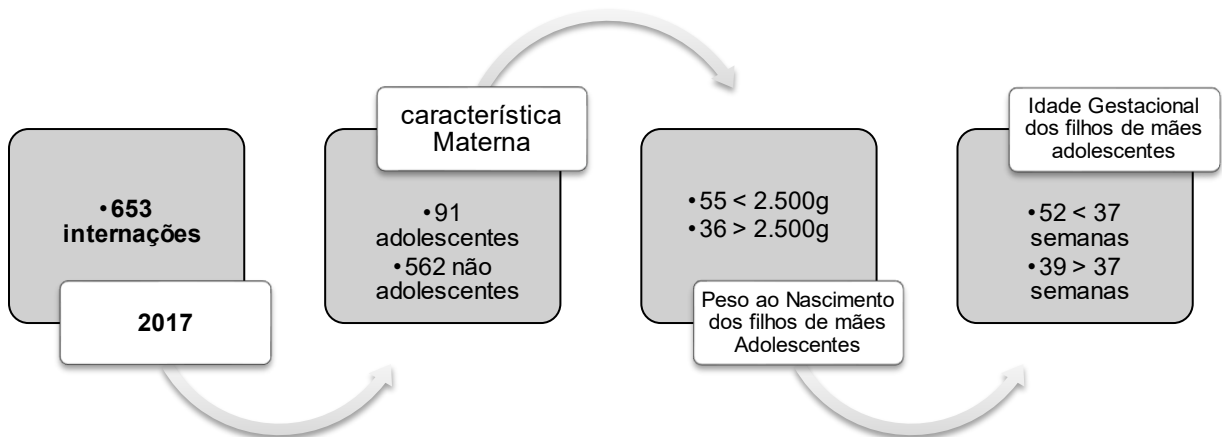
riquezas dos detalhes só são possíveis, a partir do momento em que o sujeito tem liberdade para falar a respeito de sua experiência (SANTOS, 2004).

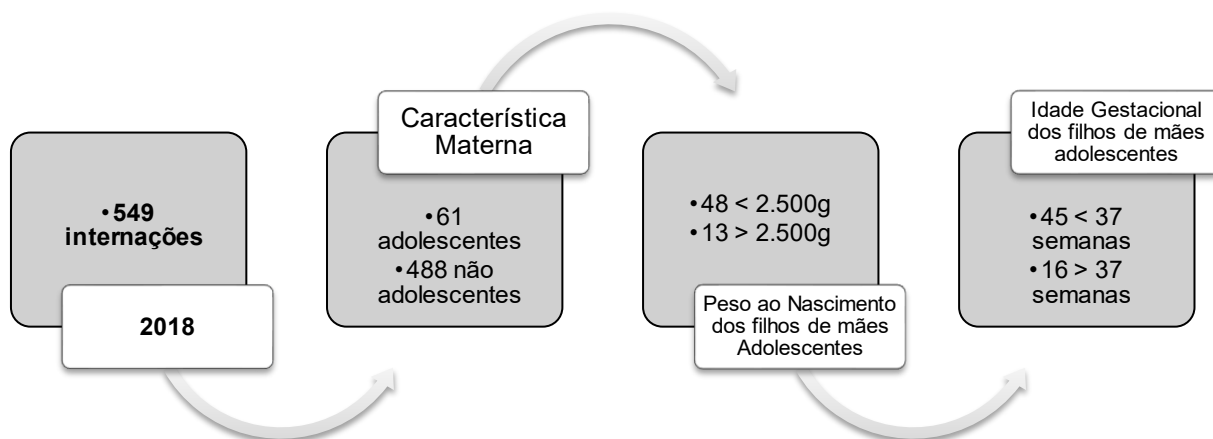
4.2 - Cenário da Pesquisa

O cenário da pesquisa foi a UCINCa e o ambulatório de follow-up de egressos da UTIN de duas Maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro. Uma com localização na Zona Norte e outra na Zona Oeste. As unidades foram escolhidas por terem sido pioneiras na implementação da política de humanização do MC. As instituições atendem as mulheres no ciclo gravídico-puerperal e aos bebês, contando com diferentes setores como: ambulatórios de pré-natal e segmento de pediatria, emergências obstétricas e neonatal, centro obstétrico, alojamento conjunto e unidade neonatal.

A unidade localizada na **Zona Norte**, foi pioneira na implementação do MC no Município, que ocorreu entre os anos de 2001 a 2002. No ano de 2017, foram registradas 653 internações na UTIN, já no ano de 2018, esse número foi de 549. Na **figura 1** é apresentado o detalhamento das internações quanto a característica materna, IG e peso ao nascimento do RN.

Figura 1 - Caracterização das internações na UTIN nos anos de 2017 e 2018, na unidade da Zona Norte.





Fonte: A autora, 2020.

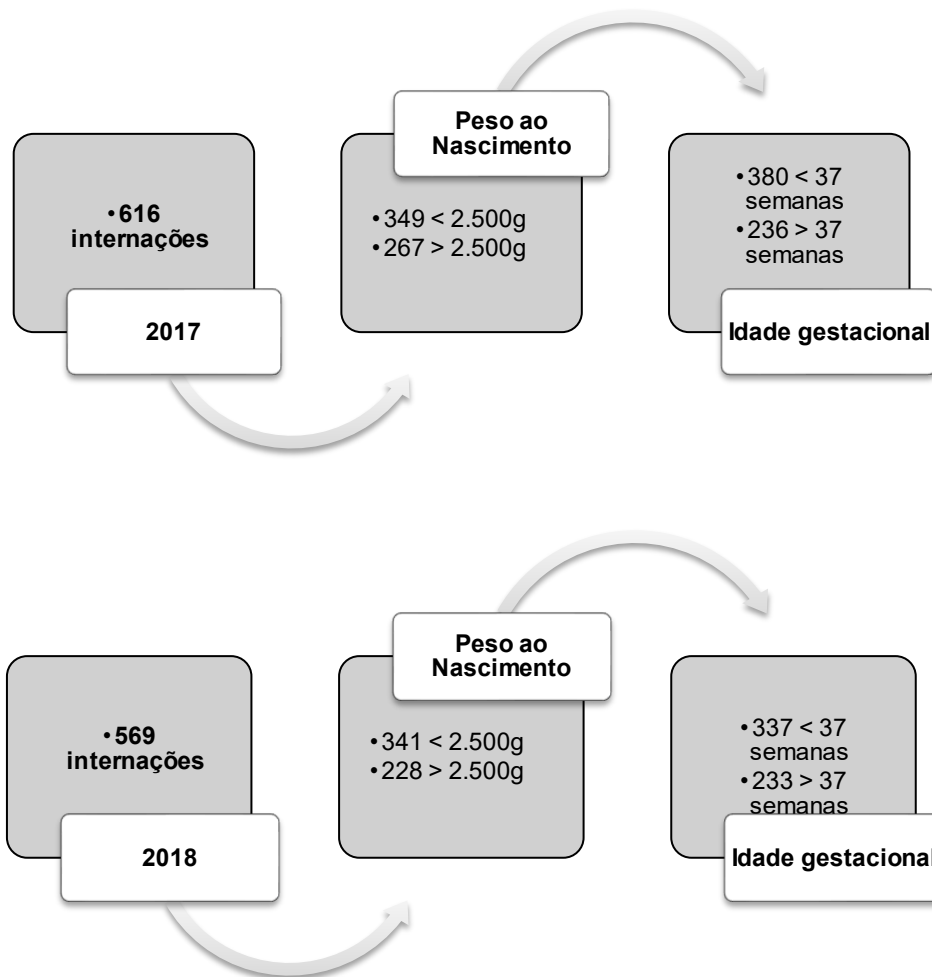
O setor da UTIN possui três unidades: uma onde ficam os bebês mais graves (UTI com 12 leitos), outra onde ficam os bebês mais estáveis (UI com 15 leitos) e a terceira onde ficam os bebês que estão realizando a segunda etapa do método canguru (UCINCa). A UCINCa possui 5 leitos, com camas para as mães e bercinhos para os bebês, um técnico em enfermagem a cada plantão de 12h e um enfermeiro que também fica responsável pela UI.

Sua planta física é de tamanho médio, com janelas, paredes com pinturas lúdicas, saídas de oxigênio, ar comprimido e vácuo. O banheiro fica do lado de fora da unidade, a TV fica no corredor, não tem geladeira ou frigobar para armazenamento de alimentos. Quando há necessidade de colocar algum bebê em isolamento respiratório, a unidade é desativa e utilizada para tal fim e os bebês que ali estavam voltam para UCINCo.

Se solicitado com antecedência, a adolescente pode ficar com algum outro acompanhante, como também, sentindo-se cansada ou tendo que sair para resolver problemas particulares, há junto ao serviço social a possibilidade de sua substituição temporária por um outro membro da família (pai da criança, avó ou até irmãos). As visitas são permitidas cumprindo as normas e rotinas institucionais no tocante a prevenção e controle de infecção hospitalar. A instituição também possui em um outro prédio salas de ambulatorios com diferentes especialidades. No ambulatório de follow-up, que recebe o nome de (NAAIR), é realizado consultas de puericultura e o seguimento da terceira etapa do método canguru.

A unidade com localização na **Zona Oeste**, também foi pioneira na implementação do método e tem certificação do Ministério da Saúde tornando-se referência para o MC no Estado. A implementação do método ocorreu no fim da década de noventa. No ano de 2017, foram registradas 616 internações na UTIN, já no ano de 2018 totalizaram 569. Não foi possível quantificar o número de internações de filhos de mães adolescentes, visto o setor não possuir esses registros em nenhum livro. Na **figura 2** é apresentado o detalhamento das internações quanto a IG e peso ao nascimento dos RN's dos respectivos anos.

Figura 2 - Caracterização das internações na UTIN nos anos de 2017 e 2018, na unidade da Zona Oeste.



Fonte: A autora, 2020.

O setor da UTIN possui cinco unidades: o banco de leite, onde recebe doações e faz pasteurização; uma sala chamada "SOS mama", local onde as puérperas ordenham leite para seus bebês ou para doação e recebem orientações

quanto ao aleitamento materno. Uma UTI com (10 leitos) onde ficam os bebês mais graves, a UI com (15 leitos) para os bebês mais estáveis e a UCINCa onde é realizado a segunda etapa do método canguru. A UCINCa possui 4 leitos com camas para as mães e bercinhos para os bebês, um técnico em enfermagem a cada plantão de 12h, um enfermeiro que também fica responsável pela UI e uma médica responsável só pelo seguimento da segunda e terceira etapa do MC.

A unidade tem uma planta física grande, uma única janela, paredes pintadas, lisas, com saídas de oxigênio, ar comprimido e vácuo. Possui uma TV, uma sala anexa utilizada para reuniões, um banheiro e uma cozinha/copa, onde as mães realizam suas refeições. As mães não podem sair da unidade e nem é permitido a permanência de algum familiar responsável caso a mãe seja menor de idade. As visitas são permitidas cumprindo as normas e rotinas da instituição no tocante a prevenção e controle de infecção hospitalar. O seguimento dos bebês na terceira etapa do método também ocorre dentro UCINCa, que possui uma maca e materiais para realização de exames e procedimentos.

4.3 - Questões Éticas da Pesquisa

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no dia 14/05/2019, sob o nº 3.325.260, via Plataforma Brasil. A maternidade escolhida de início para servir de campo de pesquisa fica localizada na Zona Norte. Após alguns percalços, especificados no item 4.5, ampliou-se o campo para outra maternidade. Foi então realizada a submissão de uma emenda ao projeto, que teve sua aprovação no dia 05/07/2019, sob o nº 3.557.160. A partir da aprovação as entrevistas começaram a ser realizadas na Maternidade localizada na Zona Oeste.

As adolescentes-mães com idade igual ou superior a 18 anos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A); para aquelas menores de idade, assinaram o Termo de Assentimento (APÊNDICE B) e seu o responsável assinou o TCLE (APÊNDICE A), dentro das normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466 de 13/06/2012 e Resolução nº 510 de 07/04/2016. Os referidos termos garantem o anonimato dos colaboradores, a liberdade de recusa ou exclusão em qualquer fase da pesquisa e o acesso aos dados da pesquisa, que foram utilizados tão somente para fins científicos.

As participantes e seus responsáveis foram informados que sua permanência no estudo era voluntária e sem incentivos financeiros e que, caso não desejasse mais participar do estudo, poderiam solicitar sua exclusão sem quaisquer constrangimentos ou prejuízos.

Com intuito de preservar a identidade das participantes do estudo, as entrevistas foram identificadas pela letra "P", seguida pelo número arábico, de acordo com a ordem das entrevistas (P1, P2...).

As entrevistas foram individuais, gravadas em aparelho de celular, realizadas em diferentes ambientes. A primeira etapa das entrevistas teve a participação de 05 (cinco) adolescentes. Como todas eram egressas do método, 02 (duas) entrevistas foram realizadas em um "café" de um Shopping, por ser o local mais próximo de suas residências e 03 (três) entrevistas foram realizadas em uma sala do ambulatório follow-up de uma das maternidades, já que essas adolescentes-mães residiam ali por perto. A segunda etapa das entrevistas foi composta por 03 (três) adolescentes que estavam vivenciando a segunda etapa do método, sendo as entrevistas realizadas em uma sala de reunião, que fica dentro da UCINCa.

De acordo com Bertaux (2010) o ideal é que as entrevistas sejam realizadas em um lugar e momento em que ambos (entrevistador e entrevistado) estejam a sós, sem interferência e sem telefone próximo. A preparação desse ambiente permite ao sujeito sentir-se mais confortável para narrar sua experiência e fazer um movimento de memória, que possibilita o resgate de detalhes ricos de sua história.

Outrossim, frente as condições social e econômica de alguns participantes, não foi possível realizar as entrevistas em um ambiente a sós com todas, como sugere Bertaux, o que impossibilitou a aplicação fiel do método da Narrativa de Vida. Sendo assim, buscando romper com os percalços e desvelar a singularidade da experiência vivida por cada adolescente-mãe na segunda etapa do MC, a coleta de dados do presente estudo foi realizada por meio da Técnica da Narrativa de Vida.

O material das entrevistas ficará sob a minha guarda, por cinco anos, e será usado apenas para fins de pesquisa. Após o tempo determinado os arquivos digitais (gravados) serão excluídos e os impressos incinerados.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através da dissertação de mestrado em enfermagem e poderão ser difundidos em artigos, congressos,

simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica, sempre resguardando o anonimato dos participantes.

4.4 - Coleta de Dados

Na presente pesquisa a coleta de dados foi feita mediante um instrumento contendo duas partes: 1ª) com dados de caracterização da participante e do seu filho. 2ª) Entrevista aberta com pergunta norteadora: **“Conte-me sobre sua vivência em ser mãe na segunda etapa do método canguru”**. Antes da entrevista, também contemplando a técnica proposta, as participantes foram convidadas pela entrevistadora a considerarem suas experiências presentes ou passadas através de filtros, tais como: cuidar do bebê no canguru, fazer a posição canguru, ficar internada na UCINCa.

Segundo Bertaux (2010) o filtro, permite ao pesquisador informar ao participante seu interesse de pesquisa, assim como, filtra, orienta e predetermina a entrevista. “Se o sujeito aceita a proposta, ela se transforma em pacto que será reiterado na frase que dá início à entrevista: Então, eu gostaria que você me contasse como...” (BERTAUX, 2010, p. 50).

A entrevista aberta acontece sem um roteiro pré-determinado, permitindo ao sujeito contar os fatos livremente sobre sua vida. A partir daí, o pesquisador poderá construir comentários para esclarecer ou aprofundar determinados pontos (SANTOS *et al*, 2004). É necessário fazer uma escuta atenta, visto que o sujeito não relata apenas a sua vida. Através do depoimento, é possível também refletir sobre sua própria história que está sendo contada (BERTAUX, 2010).

Nesse momento, o pesquisador deve pacientemente buscar a diacronia dos fatos, visto o sujeito muitas das vezes saltar e retroceder ao longo de sua fala, não narrando suas experiências de forma linear. No transcorrer da entrevista, devemos dar ao sujeito a oportunidade deste nos oferecer elementos necessários para a reconstrução da diacronia, conduzida por ele próprio (BERTAUX, 2010).

4.5 - Percalços

Após aprovação no Comitê de Ética sob o parecer nº 3.325.260 e apresentação no Centro de Estudos da primeira Maternidade escolhida para campo de pesquisa, fui informada pela coordenadora da UTIN, que o setor estava passando

por reformas, sendo assim, os bebês que estavam internados na UTI, tinham sido transferidos para UI. Neste período, a UCINCa estava desativada por motivos estruturais e falta de recursos-humanos, sendo o último registro no livro de internação ocorrido no mês de outubro de 2018.

Como as entrevistas poderiam ser realizadas com adolescentes-mães que estivesse vivenciando ou fossem egressas da segunda etapa do método, foi iniciado então, busca em livros de registros da UCINCa por egressas do ano de 2018. No primeiro momento, foi identificado que no livro não havia registro da idade das mães que participaram do método, logo, a coordenadora lembrou que existia um arquivo, de responsabilidade da equipe médica, que continham alguns registros como, número de prontuário, nome da mãe, data de nascimento do RN, data de internação na UTI/UI, idade materna, número de consultas de pré-natal, tempo de bolsa rota, aspecto do líquido amniótico, tipo de parto, Apgar, sexo, peso ao nascimento e idade gestacional, mas que nem sempre estavam preenchidos corretamente.

Mesmo com alguns dados sem preencher, baseado no registro dos números de prontuários, nome da mãe, idade, peso ao nascimento e idade gestacional do RN, foram separados um total de 47 prontuários. Após, fui até o arquivo da instituição avaliar cada prontuário separado. Durante esse processo identifiquei que, as idades maternas não foram registradas em alguns prontuários e que algumas idades maternas quando registradas no prontuário, eram diferentes das que estavam registradas no arquivo médico do setor, o mesmo acontecia com o número de registro dos prontuários.

Com todos esses percalços, foram identificados um total de 11 prontuários de adolescentes-mães que participaram da segunda etapa do método. Depois de fazer as anotações dos dados obstétricos e neonatais, foi realizado contato telefônico com as possíveis participantes. Durante o contato telefônico foi passado todas as informações sobre a pesquisa para a adolescente e seu responsável. Aceitando participar, um local era marcado para a realização das entrevistas.

Das 11 adolescentes-mães que participaram da segunda etapa do MC, somente 03 aceitaram participar da pesquisa. Realizando as transcrições das entrevistas, foi possível observar que, as histórias narradas apresentavam diferentes características, evidenciando a necessidade de continuar realizando novas entrevista, para conseguir então alcançar um ponto de saturação.

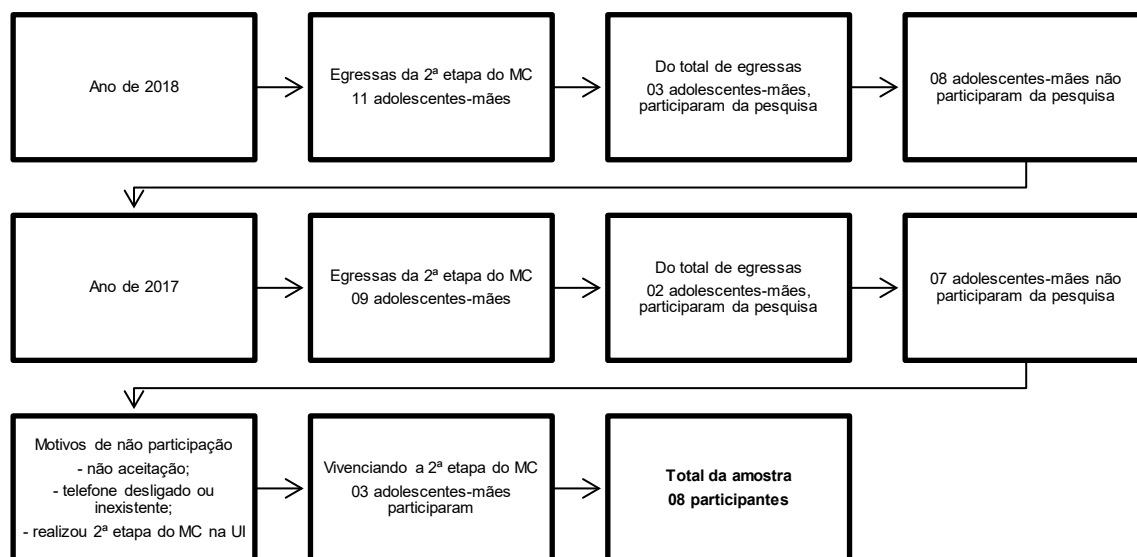
Nesse momento, a busca por egressas se estendeu para o ano de 2017. Utilizando as mesmas técnicas de busca anterior, foram separados 33 novos prontuários, destes, apenas 09 eram de adolescentes-mães que participaram da segunda etapa do MC. Após contato telefônico, somente 02 participaram da pesquisa.

Na busca por um ponto de corte seguro, foi descido estender a pesquisa para uma outra maternidade que também tivesse o MC implementado. Em julho de 2019, foi submetido ao CEP uma emenda, justificando os percalços e solicitando a ampliação do campo para uma segunda Maternida.

Em agosto, foram iniciadas as visitas a unidade para coleta de dados complementares a pesquisa e realização das entrevistas. Após conversar com a coordenadora de enfermagem da UTIN e a médica responsável pela UCINCa, foi realizada uma análise nos livros de registros da unidade, sendo identificado a ausência do registro das idades maternas, constando os seguintes dados: número de prontuário, nome da mãe, tipo de parto, data de nascimento do RN, IG, peso, Apgar, dia de internação, diagnóstico e destino. No livro da UCINCa constam: prontuário, nome da mãe, dia de internação do bebê na UCINCa, peso de admissão e alta e dia da alta.

Nos dois últimos anos, a UCINCa teve uma rotatividade significativa quanto ao número de participantes, sendo 99 em 2017 e 111 em 2018, porém a falta de registro das idades maternas impossibilitaram a quantificação das participantes no tocante a adolescentes-mães. No período de permanência em campo, foram realizadas três entrevistas com adolescentes-mães que estavam vivenciando a segunda etapa do MC. Somando com as entrevistas anteriores, totalizaram 08 entrevistas, como evidenciado na (figura 3).

Figura 3: Etapas de buscas das adolescentes-mães



Fonte: A autora, 2020

4.6 - Participantes da Pesquisa

A pesquisa foi composta por 08 narrativas de adolescentes-mães na segunda etapa do MC. Desse total, 05 entrevistas foram com egressas e outras 03 com adolescentes-mães vivenciando a segunda etapa do método. Foram excluídas da amostra: adolescentes-mães cujo RN nasceu com alguma má-formação, realizaram a segunda etapa do método na UI e as que não aceitaram participar do método canguru.

Com o intuito de proporcionar ao leitor uma compreensão que o permita conhecer o perfil das adolescentes-mães do período em que vivenciaram o MC, foram confeccionados três quadros contendo informações colhidas de prontuários relacionadas aos dados sociodemográficos, obstétricos e neonatais e um historiograma, com trechos das entrevistas apresentando um breve relato de cada experiência.

No (Quadro 3) são apresentados os dados sociodemográficos, abordando os seguintes pontos: cor autodeclarada, idade, local de residência, escolaridade, ocupação e situação conjugal.

Quadro 3: Caracterização das adolescentes-mães quanto aos dados sociodemográficos.

Participante	Cor autodeclarada	Idade	Local de residência	Escolaridade ³	Ocupação	Situação conjugal
P1	Negra	15	Méier/Lins	EFI	Estudante	Solteira
P2	Negra	16	Méier/Lins	EFC	Estudante	União estável
P3	Branca	18	Del Castilho	EMC	Desemprega	União estável
P4	Negra	18	Méier/Lins	EFI	Estudante	Solteira
P5	Negra	13	Jacarezinho	EFI	Estudante	Solteira
P6	Branca	14	Cidade de Deus	EFI	Estudante	Solteira
P7	Branca	17	Curicica	EFI	Estudante	Solteira
P8	Negra	15	Vila Sapê	EFI	Estudante	Solteira

Quanto a cor, 62% se autodeclararam negras e 37,5% brancas. A prevalência da cor negra em adolescentes grávidas, também foi evidenciado por Motta *et al* (2017) onde, em um estudo realizado com 27 adolescentes grávidas de Santo André, 55,6% eram negras. A idade mencionada exposta no quadro, foi do período em que as adolescentes-mães estavam vivenciando a segunda etapa do método, sendo assim, 50% tinham menos de 16 anos e 50% mais de 16 anos.

Em relação a idade materna, quanto menor for, maior serão os riscos tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), as complicações e gravidades da gestação na fase da adolescência está relacionado a: paridade, início e aderência ao pré-natal, ganho de peso e em especial a idade materna. Meninas com menos de 16 anos, sobretudo menores de 14 anos, tem um maior risco de complicações materna e neonatais.

Todas as participantes residem na cidade do Rio de Janeiro. No tocante a escolaridade, 75% possuem o ensino fundamental incompleto, e apenas 12,5% o ensino fundamental completo, assim como 12,5% o ensino médio completo, 75% são estudantes e 12,5% desempregada, resultando em 100% de dependência financeira familiar. Quanto ao estado civil, 25% possuem união estável e 75% são

³ Ensino fundamental completo (EFC), Ensino fundamental incompleto (EFI), Ensino médio completo (EMC), Ensino médio incompleto (EMI).

solteiras. Das que se declararam solteiras, 35,5% moram com os pais e 35,5% moram na casa dos pais junto do namorado.

Quando se fala em fatores fundamentais de acesso ao serviço de saúde, educação e renda são essenciais. Como demonstrado neste estudo, a maior parte das gravidezes se deram precocemente, num período em que as adolescentes ainda estavam cursando o ensino fundamental e não possuíam renda própria, o que evidencia seus riscos e vulnerabilidades sociais (evasão escolar, desemprego, desigualdade social, discriminação) e de saúde (abortos, gravidezes subsequentes, IST).

A escolarização ainda é a chave do sucesso. Em uma pesquisa publicada com adolescentes e jovens do Brasil em 2007 pela UNICEF, Fundação Itaú Social e Instituto Ayrton Senna, a escolaridade foi considerado o fator mais importante para o alcance do sucesso na sociedade, visto ser a porta de acesso a uma boa oportunidade de emprego. Uma década após, Motta et al (2017) reforça essa evidência. Segundo o autor, o baixo nível educacional minimiza as chances do indivíduo em conseguir uma oportunidade no mercado de trabalho, e quando consegue, normalmente é em atividade de baixa remuneração.

A gravidez quando na adolescência, faz com que muitas meninas para poder cuidar de seus filhos abandone a escola, e como não possuem renda própria, passam a assumir todos os afazeres de casa para que seus pais ou responsáveis possam trabalhar fora e manter financeira toda à família. Essas novas responsabilidades assumidas frente a transição do papel de adolescente estudante para o papel de adolescente-mãe e dona de casa, faz com que muitas não consigam retomar seus estudos e nem conseguir um emprego, como ficou evidenciado por meio do historiograma (Figura 6, p.52).

Ao analisar a vida acadêmica e a oportunidade de emprego das 05 participantes egressas do presente estudo (P1, P2, P3, P4 e P5) por meio do historiograma, é possível identificar que P3 concluiu o ensino médio antes de ser mãe e P2 conseguiu concluir após. Quanto a oportunidade de emprego, somente P2 e P3 que concluíram o ensino médio conseguiram um emprego e passaram a complementar a renda familiar.

Os resultados dos dados revelam a necessidade não somente intervenções por meio de políticas públicas, mas de dar voz a essas adolescentes, desenvolver práticas educativas considerando suas realidades e desafios sociais. Só assim vai ser possível ampliar seus conhecimentos, sua capacidade de pensar e agir frente aos desafios na construção de sua identidade, projeto de vida e tomada de decisões para à saúde.

Assim como a educação, o apoio, o encorajamento e orientação, são de fundamental importância na vida das adolescentes, em especial das que experienciaram uma gestação não planejada. Em um estudo realizado por Lin *et al* (2019) nos Estados Unidos com 19 adolescentes por meio de um programa de mentoria evidenciou que, a orientação e o apoio nos desafios da vida diária contribuíram positivamente para uma redução de gestações subsequente entre as adolescentes, assim como um bom desempenho educacional, visto que, 5 anos após a participação no grupo, todas estavam no ensino médio ou haviam se formado, quase metade estava cursando o ensino superior e 12 estavam empregadas.

O (Quadro 4) descreve a caracterização das adolescentes-mães quanto aos dados obstétricos e os seguintes indicadores: número de gestações (G), número de partos (P), número de abortos (A), número de filhos vivos, gestação atual planejada, intercorrências na gestação, número de consultas de pré-natal e tipo de parto.

Quadro 4: Caracterização obstétrica das adolescentes-mães

Participantes	G/P/A	Nº de filhos vivos	Gestação atual planejada	Intercorrência na gestação	Nº consultas pré-natal	Tipo de parto	
						vaginal	Cesárea
P1	G1/ P1/ A0	01	Não	Ausente	04	X	
P2	G1/ P1/ A0	01	Não	Infecção do trato urinário	06		X
P3	G2/ P1/ A1	01	Sim	Sífilis e Infecção do trato urinário	06	X	
P4	G2/ P1/A1	01	Não	Ausente	07	X	
P5	G1/ P1/ A0	01	Não	Sífilis	05	X	
P6	G1/P1/A0	01	Não	Sífilis	04	X	
P7	G1/P1/A0	01	Não	Ausente	06		X
P8	G1/P1/A0	01	Não	Sífilis	06	X	

Com base nos dados, 25% das participantes estavam na sua segunda gestação e igual número de abortos, que foram relatados como espontâneos. Todas as outras, 75% estavam na sua primeira gestação. Nos Estados Unidos, por ano, um milhão de adolescentes engravidam, destas 20% são gestações repetidas (LIN *et al*, 2019). Para Motta *et al* (2017) a ocorrência de mais de uma gestação na adolescência pode ser consequência de comportamento sexual inseguro, mantendo um ciclo vicioso, acarretando riscos maternos, fetais e sociais.

Quanto ao número de filho vivos, 100% tinham 01 filho. Dessas gravidezes, 12,5% foi planejada, 87,5% não foram planejadas. O ato de planejar uma gravidez não é muito comum entre adolescentes, visto que por descuido ou falta de informação, muitos não utilizam preservativos, o que evidenciam altos índices de gravidez não planejada e conseqüentemente o aumento de IST (MOTTA *et al*, 2017).

No tocante aos registros de intercorrências durante a gestação, 50% foram diagnosticadas com sífilis, 25% com ITU e 37,5 % não apresentaram intercorrências. O aumento na incidência de sífilis em adolescentes grávidas vem sendo identificado em diferentes pesquisas. Em um estudo realizado por Oliveira *et al* (2019) em Pernambuco, evidenciou tal aumento dos casos, que cresceu de 71 em 2007 para 289 em 2016. O mesmo autor destacou um outro estudo realizado em Minas Gerais, que teve um crescimento de 32 casos em 2007 para 734 casos em 2015, que correspondeu a 26,4% do total de notificações.

Em relação ao número de consultas de pré-natal, 62% fizeram seis ou mais consultas e 37,5% fizeram menos de 6 consultas de pré-natal. No presente estudo, a condição de ser adolescente não implicou em menor adesão ao pré-natal, assim como aponta outros autores. Fernandes *et al* (2015) encontrou em seu estudo uma adesão de 67,2% de puérperas adolescentes que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Motta *et al* (2017) encontrou um resultado ainda maior, 81,5% de adesão.

Ao comparar o número de ocorrência de sífilis na gestação (50%) e a porcentagem de adesão das adolescentes ao pré-natal (62%), é possível constatar um antagonismo entre valores (número de consultas realizadas) e resultado

alcançado (ocorrência de sífilis). Tendo em vista essa divergência questiona-se: como tem sido a qualidade do acompanhamento pré-natal ofertado as adolescentes?

Segundo Gomes *et al* (2019), a qualidade do pré-natal não pode ser mensurada apenas por uma ida burocrática da gestante a consulta, é preciso promover a qualidade da atenção por meio de uma avaliação constante do cuidado ofertado e um monitoramento efetivo das orientações dadas, seja de forma individual ou por meio de reuniões de grupo e palestras. No que tange a realização dos grupos, esses é um momento ímpar na efetividade da realização do pré-natal, visto ser uma ocasião não apenas de adquirir conhecimentos, mas principalmente de troca de experiências e esclarecimento de dúvidas (SEHNEN *et al*, 2019).

A inclusão do homem no pré-natal também é caracterizada como um fator de qualidade. De acordo com Climaco *et al* (2020) essa inserção não apenas abre caminhos a oportunidades de acesso ao serviço, outrossim a aquisição de novos saberes voltados para sua própria saúde, em especial no que diz respeito às IST. No tocante a sífilis, quando diagnosticada no pré-natal, precisa ser tratada o quanto antes e por ambos, sendo a realização adequada do tratamento primordial para a cura da doença e prevenção da sífilis congênita (BRASIL,2016).

Vale ressaltar que a qualidade do pré-natal não está atrelada apenas ao comportamento do homem e da mulher ou a atuação profissional, mas também a cobertura dos programas e as condições dos serviços ofertados. Segundo Sehnem *et al* (2019) e Gomes *et al* (2019) fatores como existência de recursos financeiros suficientes para implementação das políticas, quantidade e qualidade de recursos humanos para atender a demanda e entrega dos resultados dos exames preconizados pelo MS em tempo hábil, são elementares para o alcance da qualidade do pré-natal. Para Sehnem (2019) a morosidade dos resultados dos exames, que pode levar de 30 dias ou mais, compromete a função preventiva destes, assim como a identificação de danos e consequências.

A via de parto teve como prevalência a via vaginal, com 75% e 25% por cesariana. Tais resultados vão de encontro a política de incentivo a realização de partos por via vaginal nas instituições de saúde. Em janeiro de 2015 o MS junto da

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicam a Resolução Normativa nº 368, que tem como objetivo mudar o modelo de atenção ao parto, promovendo o parto normal, qualificando os serviços de assistência no pré-parto, parto e pós-parto e favorecendo a redução de cesáreas desnecessárias e de possíveis eventos adversos decorrentes de um parto não adequado. Com isso busca-se reduzir riscos desnecessários e melhorar a segurança da paciente e a experiência do cuidado para mães e bebês.

O (Quadro 5) apresenta a caracterização dos recém-nascidos (RN), filhos das participantes do estudo, considerando os seguintes indicadores: peso ao nascimento, idade gestacional, Apgar no 1º e 5º minuto, diagnóstico, tempo total de internação, tempo de internação no canguru e peso de alta.

Quadro 5: Caracterização dos filhos das adolescentes-mães

Participantes	Peso ao nascimento	Idade Gestacional	Apgar		Diagnóstico	Tempo total de internação	Tempo de Internação no Canguru	Peso de alta
			1ºmin	5ºmin				
P1	1485g	34s	8	9	Prematuridade e Baixo peso	27 dias	10 dias	2090g
P2	1141g	32s	8	9	Prematuridade e Baixo peso	30 dias	15dias	2kg
P3	1240g	32s	9	9	Prematuridade e baixo peso	51 dias	11 dias	2285g
P4	1555g	33s	9	9	Prematuridade e baixo peso	32 dias	22 dias	2265g
P5	1720g	32s+6 d	8	9	sífilis congênita e prematuridade	55 dias	12 dias	2180g
P6	1575g	33s	7	9	Prematuridade e Baixo peso	24 dias	17 dias	1685g
P7	1955g	34s	5	8	Prematuridade	21 dias	11 dias	2030g
P8	2.400g	31s + 5dias	7	8	Sífilis congênita e prematuridade	10 dias	6 dias	2300g

Após o nascimento os recém-nascidos são classificados quanto ao peso e idade gestacional. Recém-nascido com peso <2.500g são classificados como de baixo peso, < 1500g muito baixo peso e < 1.000g extremo baixo peso. Quanto da idade gestacional, os RN com IG < 37 semanas são classificados como prematuros e IG < 30 semanas como prematuros extremos (BRASIL,2013).

Com base no (Quadro 5), 100% dos recém-nascido apresentaram peso menor de 2.500g, destes 37,5% nasceram com peso menor de 1.500g. Em relação a idade gestacional 100% nasceram com menos de 37. Nenhum com IG < 30 semanas. A avaliação do Apgar ocorreu no primeiro e quinto minuto, onde 12,5% dos recém-nascidos receberam uma pontuação menor que 7 no primeiro minuto e 87,5% receberam pontuações maiores que 7. Já no quinto minuto de avaliação, 100% dos recém-nascidos receberam pontuações maiores que 7. Quanto ao diagnóstico médico de internação hospitalar, 12,5% sífilis congênita, 12,5% sífilis congênita e prematuridade, 62,5% prematuridade e baixo peso ao nascimento e 12,5% somente prematuridade.

Ao emparelhar o número de casos de sífilis diagnosticado na gestação (50%) - exposto no quadro 4, com o número de sífilis congênita (25%), é possível perceber que metade das gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal não foram tratadas ou não realizaram o tratamento de forma adequada. Esse resultado vai de encontro aos achados publicados por Ferro *et al* (2020) que evidenciou no ano de 2016 no Brasil 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, ou seja, mais de 50% dos bebês foram infectados.

Em um estudo realizado por Kimball *et al* (2020) nos Estados Unidos, evidenciou um aumento de 261% nos casos de sífilis congênita entre os anos de 2013 a 2018. O autor relaciona o aumento dos casos a dois principais fatores: a falta de tratamento adequada e o início tardia do pré-natal. No Brasil, o MS recomenda que o início do pré-natal ocorra até a 12^a semana de gestação, objetivando a captação precoce dessas gestantes, onde na primeira consulta deve ser solicitado o exame de Teste rápido ou VDRL, com novo rastreamento na 28^a semana e no parto (BRASIL, 2016).

Ao compararmos as idades das participantes, é possível observar que (50%) delas (P1, P5, P6 e P8) gestaram dentro da faixa etária de maior risco (menor de 16). Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), destas, somente P1(12,5%) não teve registro de intercorrências durante a gestação e teve parto prematuro, já P5, P6 e P8 (37,5%), foram diagnosticadas com sífilis, fator esse associado a maior incidência de parto prematuro e/ou baixo peso. Em um segundo momento ao contrapor as idades de P2, P3, P4 e P7, nota-se que (50%) tem idade igual e/ou maior de 16 anos, sendo P2 (12,5%) diagnosticada com ITU, P3 (12,5%) com ITU e sífilis e somente P4 e P7 (25%) não tiveram registros de intercorrências maternas, porém todas também experienciaram o nascimento prematuro e/ou de baixo peso de seus filhos.

Frente a esses resultados, é possível inferir que, a menor idade ainda continua sendo um fator de risco para o nascimento prematuro e/ou baixo peso, porém quando associado a outros agravos maternos como sífilis e ITU potencializam a ocorrência da prematuridade e/ou baixo peso ao nascimento.

O tempo total de internação teve como média 28,6 dias, sendo 55 dias o tempo de maior permanência e 21 dias o de menor. Já o tempo de internação na UCINCa, todas ficaram mais de uma semana, tendo o tempo médio de 12,6 dias, onde a menor permanência foi de 10 dias e a maior de 22 dias. A média de peso de alta da segunda para terceira do no método foi de 2.104g, sendo 12,5% com peso menor que 2.000g e 87,5% com peso igual ou maior de 2.000g.

O (Quadro 6) apresenta o historiograma que consiste em um instrumento metodológico de caracterização sumária da história de cada participante do estudo.

Quadro 6: Historiograma

P1
Adolescente egressa do MC, 17 anos no momento da entrevista, solteira, estudante (cursando o ensino fundamental), não trabalha e reside com a mãe. Quando engravidou tinha 15 anos. G1/P1/A0, gravidez não planejada, aceitou a gravidez após algumas tentativas frustradas de abortamento, realizou 04 consultas de pré-natal, sem intercorrências durante a gestação. RN nasceu com 34 semanas, pesando 1.485g, parto por via vaginal, apgar 8/9. Foi internado na UTIN com diagnóstico de prematuridade e baixo peso, ficou um tempo total 27 dias internada com o bebê, sendo 10 no canguru. O pai do bebê é presente, ajuda financeiramente, mas não estão mais juntos.

P2
Adolescente egressa do MC, 18 anos no momento da entrevista, casada (união estável), concluiu o ensino médio após ter o bebê, recentemente começou a trabalhar com organização de eventos. Quando engravidou tinha 16 anos. G1/P1/A0, gravidez não planejada, porém com boa aceitação e apoio de todos da família após descoberta. Realizou 06 consultas de pré-natal, teve infecção urinária durante gestação, parto por via cesariana. RN nasceu com 32 semanas, apgar 8/9, pesando 1.141g, internado na UTIN com diagnóstico de prematuridade e baixo peso. Ficou 30 dias internada com o bebê, sendo 15 no canguru. Relatou ter gostado de participar do método e que ficou feliz por ter recebido o apoio do marido durante todo o período de internação, onde ele também faz canguru com o bebê. Um dos dias mais felizes de sua vida foi quando recebeu alta hospitalar com o bebê.
P3
Jovem egressa do MC, 20 anos no momento da entrevista, possui ensino médio completo, atualmente trabalha como secretária em uma creche, casada (união estável). Com 16 para 17 anos engravidou pela primeira vez sem planejar, porém, a gestação evoluiu para um aborto espontâneo. Quando engravidou pela segunda vez tinha 18 anos. G2/P1/A1, gravidez desejada e planejada. Realizou 6 consultas de pré-natal, teve ITU e positivou para sífilis, onde relata ter feito tratamento. O quadro de ITU desencadeou o trabalho de parto prematuro. RN nasceu no dia 21/07/2017, parto por via vaginal, pesando 1.240g, Apgar 9/9. Ficou internada por um período total de 50 dias. No dia 01/09/2017 foi para a enfermaria canguru e no dia 11/09/2017 recebeu alta hospitalar, pesando 2.285g.
P4
Adolescente egressa do MC, 19 anos no momento da entrevista, solteira, estudante (cursando o segundo ano do segundo grau), reside com os pais e sua filha. Quando engravidou pela primeira vez tinha 15 anos, porém sofreu um aborto espontâneo. Segunda gestação aos 18 anos. G2/P1/A1, gravidez não planejada. RN nasceu dia 19/04/2018, pesando 1.555g, Apgar 9/9, parto vaginal. Tempo total de internação hospitalar de 32 dias, sendo 11 dias na UTIN e 22 dias em enfermaria canguru, peso de alta 2265g. O pai do RN foi morto a tiro poucos dias após descobrir que estava grávida.
P5
Adolescente egressa do MC, 15 anos, estudante (cursando o ensino fundamental), solteira, reside com a mãe, filho e mais outras quatro pessoas. Quando engravidou tinha 13 anos. G1/P1/A0. Durante a gravidez positivou para sífilis, onde fez tratamento. Realizou 5 consultas de pré-natal. RN nasceu no dia 19/03/2018, parto via vaginal, pesando 1.720g, Apgar 8/9, diagnóstico médico: prematuridade e sífilis congênita. Ficou internado por 55 dias, nesse período o bebê desenvolveu enterocolite necrosante e sepse. No dia 27/04/2018 foi para a enfermaria canguru, onde recebeu alta do dia 08/05/2018, pesando 2.180g. Não reside com pai do bebê, porém o mesmo se faz presente e também participou do método canguru.
P6
Adolescente, 14 anos, estudante (cursando o ensino fundamental), solteira, cursando o ensino fundamental. G1/P1/A0, gravidez não planejada, realizou 4 consultas de pré-natal. No dia em que foi ter o bebê realizou teste rápido, positivando para sífilis, iniciando o tratamento com penicilina. RN nasceu no dia 02/10/2019, pesando 1.575g, parto por via vaginal, Apgar 7/9, diagnóstico de prematuridade. No dia da entrevista, estava no seu sétimo dia de internação da

enfermaria canguru. Mantém relacionamento (namoro) com o pai de seu filho. Seus pais são separados, como possuem sua guarda compartilhada, tempos a menor reside com o pai, tempos com sua mãe. Mas com o nascimento do bebê, relata não saber como tudo isso vai ficar.

P7

Adolescente, 17 anos, solteira, mantendo relacionamento (namoro) com o pai do bebê, cursando o início médio, porém, após descobrir que estava grávida parou de estudar. Reside com seus pais, após a descoberta da gravidez seu namorado também passou a morar na casa. G1/P1/A0, gravidez não planejada, realizou 6 consultas de pré-natal. RN nasceu no dia 03/10/2019, parto por via cesariana, 34 semanas, pesando 1.955g, apgar 5/8. No dia da entrevista estava em seu segundo dia de internação na UCINCa. Relata que o pai do bebê já tem um outro filho com uma antiga namorada.

P8

Adolescente, 15 anos, estudante (ensino fundamental incompleto), solteira, reside com seus pais, namorado e um primo de 3 anos. Não parou de estudar durante a gestação. Gravidez não planejada, G1/P1/A0, realizou 06 consultas de pré-natal, onde foi diagnosticada com sífilis. Relata ter feito o tratamento. RN nasceu no dia 21/10/2019, parto por via vaginal, 31 semanas e 5 dias, pesando 2.400g e diagnóstico de sífilis congênita. No dia da entrevista estava em seu terceiro dia de internação na UCINCa, momentos relatava satisfação em participar do método, horas insatisfação. Não via a hora de ir embora para casa e poder dar banho em sua filha. Como a bebê estava fazendo tratamento para a sífilis, tinha um acesso venoso periférico que a impossibilitava de tomar banho, de acordo com as rotinas institucionais.

4.7 - Análise das Narrativas

O processo de análise das narrativas ocorreu por meio da técnica de análise temática, que segundo Bertaux (2010) permite ao pesquisador examinar em cada relato de vida os acontecimentos, para posteriormente comparar os conteúdos dos eventos de uma narrativa a outras.

Buscando explicar as informações e os significados contidos nas entrevistas se faz necessário a realização da análise das narrativas, visto que grande parte das informações e significados não são identificados em uma primeira leitura, todavia, a prática revela que as informações emergem no transcorrer das leituras. Cada leitura evidencia novos conteúdos semânticos (BERTAUX, 2010).

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e no mesmo dia de suas realizações. Ao total foram 08 entrevistas, onde cada uma teve um período médio de 15 minutos de duração, totalizando 21 páginas. De acordo com Bertaux (2010), a transcrição é uma etapa exaustiva, que exige tempo e atenção do pesquisador.

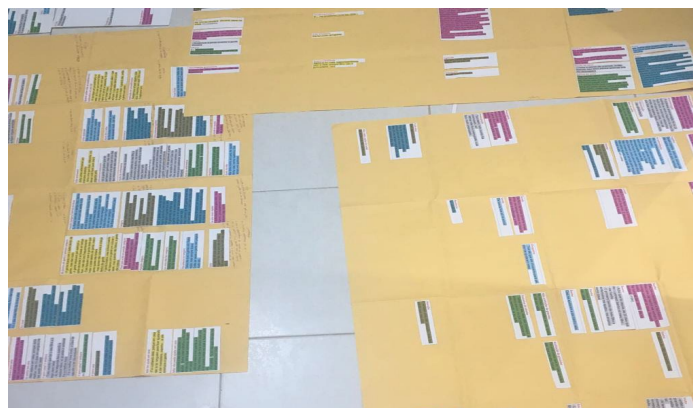
Ao término das transcrições, foi realizada uma leitura minuciosa e repetida de cada entrevista, com objetivo de registrar cada detalhe. Segundo Bertaux (2010, p.91) "Escutando de novo a conversa, lendo todo o texto da transcrição, ele acrescentará as palavras que faltam, indicará os silêncios e sua duração, as entonações".

Com a conclusão desse processo, foi atingido o critério do ponto de saturação das narrativas, encerrando a etapa de coleta de dados. Para Bertaux (2010) o ponto de saturação acontece quando o pesquisador, ao transcrever as entrevistas tem a impressão de não apreender nada de novo referente ao objeto de estudo.

Atendendo à proposta de análise temática foram realizadas as etapas de Codificação, Recodificação e Síntese.

As informações oriundas das transcrições foram codificadas, originando 45 unidades temáticas. A CODIFICAÇÃO consiste em juntar as falas que mais se aproximam umas das outras nas entrevistas, organizando tudo o que for importante para atingir o objetivo da pesquisa. Vale ressaltar que o alcance da etapa de codificação foi feito por meio da técnica de recorta e cola, onde a autora após transcrição das falas, recortou cada palavra, verso e frase, e com o uso de folhas de papel pardo foi destacando e organizando os detalhes dos discursos, como evidenciado na (Figura 3), emergindo posteriormente as unidades temáticas. Assim como a transcrição, a etapa de codificação foi cansativa e exaustiva, visto ter sido necessário dias para conclusão do processo.

Figura 4: Técnica de recorta e cola



Fonte: A autora, 2020.

Após leitura das unidades temáticas foi procedido a RECODIFICAÇÃO, emergindo 6 agrupamentos. Com o reagrupamento, foi observado novas similaridades, evidenciando a SÍNTESE, onde foram apontadas duas categorias analíticas:

- A adolescente-mãe no MC: transições para a maternagem;
- A enfermeira como facilitadora do desenvolvimento da 2ª etapa do MC: os cuidados multidimensionais para a adolescente-mãe.

Para facilitar o entendimento do leitor, construiu-se o (Quadro 7) no qual constam as unidades temáticas, recorrência por participante, agrupamentos e categorias, e a (Figura 2) com o Esquema de Análise das Narrativas.

Quadro 7: Unidades Temáticas / Recorrência por participante /Agrupamentos / Categorias

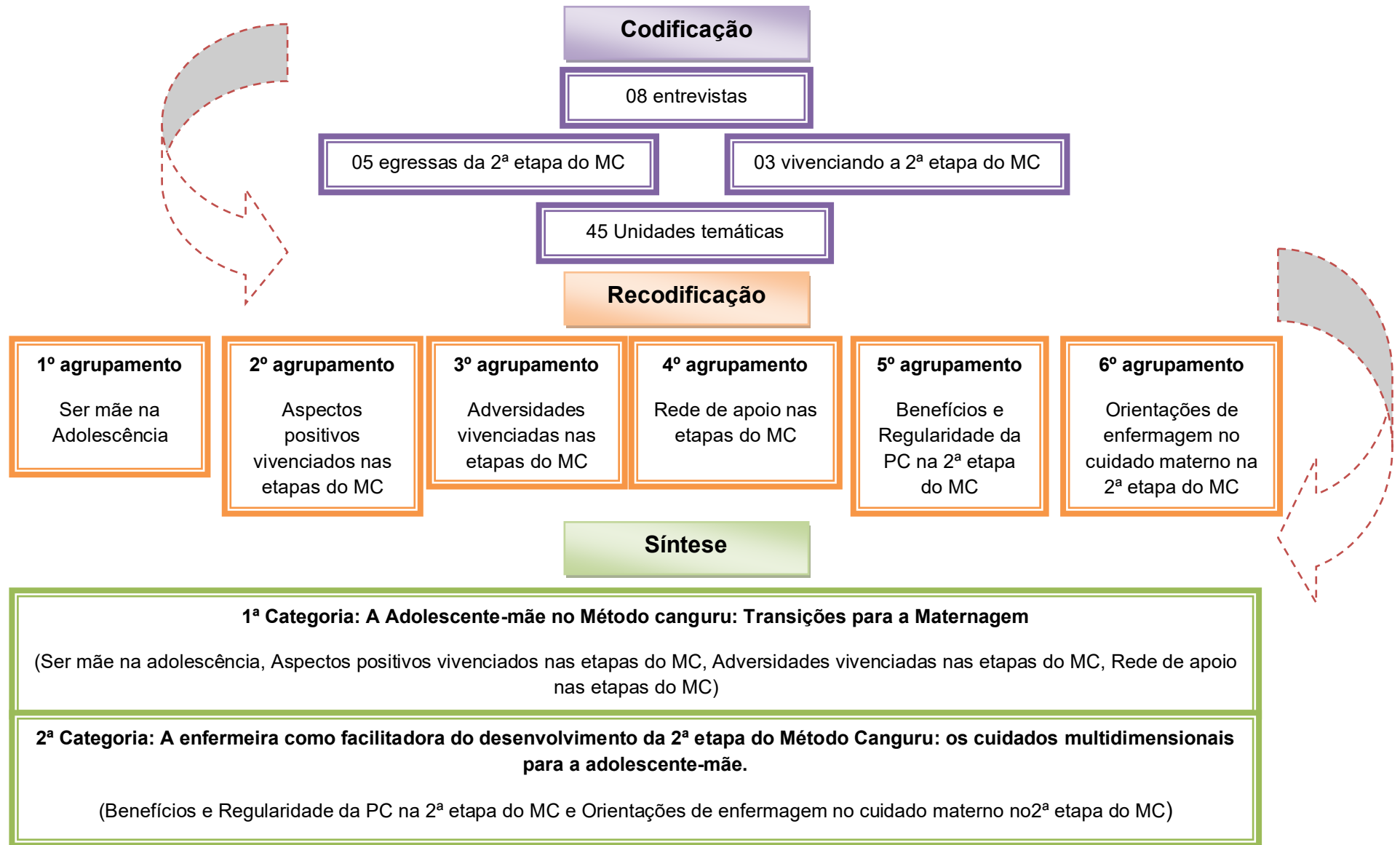
Unidades Temáticas	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	NR ⁴	Agrupamentos	Categorias
Rejeição da gravidez	2								10	Ser mãe na adolescência	Categoria 1: A adolescente-mãe no Método Canguru: Transição para a maternagem
Aceitação da gravidez	2		1			1					
Amadurecimento e responsabilidade com o nascimento do bebê				2							
Medo e desespero com o nascimento prematuro			2								
Confiança em Deus	1		1						74	Aspectos positivos vivenciados nas etapas do MC	
Receber alta da UTIN foi a melhor coisa	1										
Recebeu apoio da equipe durante permanência na UTIN			4								
Gostou de participar do canguru	3	3	2	1	6	8	3				
Aumenta o vínculo afetivo entre mãe e bebê no canguru		2	1				5				
Se sentiu mãe quando começou a cuidar do bebê		3	5		1						
No canguru podia ficar junto do bebê direto (mesmo local)		1	4		1	2		2			
No canguru ficou mais segura para cuidar do bebê	1					1					
Alta para casa: melhor momento		3	1		1				60	Adversidades vivenciadas nas etapas do MC	
Ficava maior parte do tempo com o bebê no canguru		1	2	1	2		1				
Chorava ao ver o filho na UTIN	1		1	4							
Bebê ficou muito tempo na UTIN					1						
Na UTIN pegava pouco o bebê no colo		3	1		4						
Prevalência dos cuidados pela enfermeira na UTIN								1			
Tempo limitado de permanência da UTIN	2				1			1			
Não podia fazer canguru à noite (UCINca)	2	1	1								
Ficava impaciente com as rotinas de cuidados				2		1			Categoria 1		
Queria ir para casa com o bebê	3	2	1	2	1	5	2	1			

⁴ Número de recorrência (NR)

Permanência por 24H no método canguru					1	3	4	6			
Em casa não fez mais canguru	1										
Em casa começou a dar leite/fórmula para o bebê	1										
Queria mostrar o bebê para família	1										
Recebeu ajuda de outras mães no canguru	2										
Mãe trabalha fora e não podia ajudar	1			1							
Apoio e participação da família durante o método	4	2	5						25	Rede de apoio durante as etapas do MC	
Apoio e participação do pai no método	2	1			1	3	1				
Enfermeira acalmava quando chorava		1									
Não podia ficar com acompanhante no canguru							1				
No canguru o bebê ganha peso mais rápido	5		3	2	1						
Fazia canguru com pouca frequência				4				1			
Fazia canguru após solicitação da equipe				3					24	Benefícios e Regularidade da posição canguru na segunda etapa do método	
No canguru o bebê fica mais calmo					2	1	2				
Enfermeira ajudava e orientava nos cuidados com o bebê (Banho, trocar fralda, dar copinho, remédio)	6	4	6		7	4	6				
Enfermeira era carinhosa e acolhedora						2					
Enfermeira ajudou na amamentação					3		1		64	Orientações de enfermagem no cuidado materno no MC	
Enfermeira dizia que para ganhar peso tinha que fazer canguru		1	1		1						
Enfermeira foi quem falou sobre o canguru			1		1			1			
Cuidar do bebê é algo novo	1			1	1	1	3				
Aprendeu a cuidar do bebê no canguru (dar banho, trocar fralda, dar copinho, remédio)	2			1		3	2				
Aprendeu a amamentar no canguru							2				
No canguru tem que seguir as orientações da equipe							1				

Categoria 2: A enfermeira como facilitadora do desenvolvimento da segunda etapa do MC: os cuidados multidimensionais para a adolescente-mãe.

Figura 5: Esquema de Análise das Narrativas



APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE

5.1 – Categorias de Análise

A maternidade é um momento marcante na vida de todas as mulheres independentemente da idade, sendo ela intencional ou não, desejada ou não. Quando ocorrendo na adolescência, essa vivência é marcada por sentimentos ambivalentes e que ao mesmo tempo se entrelaçam resultando em diferentes posturas de seu viver. Segundo Santos (2009) essa nova condição demanda um remodelar psíquico e social, que se inicia no momento da gravidez percorrendo todo o período gestacional, parto e puerpério.

Frente ao nascimento prematuro, a adolescente-mãe vivencia os desafios instaurados pela hospitalização, dos cuidados limitados ao seu filho e seu afastamento de casa, do seu meio social e dos estudos. Apesar das dificuldades em adaptação diante das rotinas, muita das vezes rígidas, da falta de experiência em cuidar de um bebê tão pequeno e a necessidade de ter que realizar a posição canguru pelo o maior tempo possível, as participantes experienciaram a Segunda Etapa do Método Canguru como um facilitador para maternagem e aos processos de transição vivenciados, sendo o apoio da equipe de enfermagem e da família, fundamental a uma vivência positiva.

Para Meleis (1986) a transição é a mudança de uma condição para outra, ou seja, mudança no estado de saúde, nos papéis desenvolvidos, nas expectativas e/ou nas competências. Para que as transições ocorram, se faz necessário que a pessoa incorpore um novo conhecimento, só assim será possível uma mudança de si no novo contexto social.

5.1.1 - A Adolescente-mãe no Método Canguru: Transições para a Maternagem

Essa primeira categoria vai tratar da vivência da adolescente frente ao processo desenvolvimental próprio do ciclo de vida e das novas fases transicionais que surgem em sua vida: a descoberta da gravidez, o ser mãe na adolescência, o

nascimento de um RN prematuro e/ou de baixo peso e o cuidado na segunda etapa do método canguru.

A adolescência é uma fase da vida marcada pelo desenvolvimento que vai da puberdade e se estende até a vida adulta. Uma época evidenciada por mudanças anatômicas, fisiológicas, psíquicas e social, outrossim, maior autonomia, imaturidade social, que os tornam mais suscetíveis aos riscos sexuais e reprodutivos (LEUNG et al, 2019); (BRASIL, 2017). Para Meleis et al (2000) todas as mudanças vivenciadas pelo adolescente, fazem parte do processo de transição desenvolvimental existente.

Esse conjunto de fatores experienciados quase que ao mesmo tempo durante a fase desenvolvimental, coloca o adolescente em condições de maior vulnerabilidade, levando a comportamentos de vida não saudáveis como, uso de álcool, fumo, drogas, relação sexual desprotegida, Infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a gravidez não intencional (BRASIL, 2017).

O ser mãe na adolescência leva o indivíduo a vivenciar uma nova transição em sua vida, a transição situacional. Como ainda estar no processo de adolescer, vivencia tais transições (desenvolvimental e situacional) simultaneamente, o que pode tornar o processo um pouco mais difícil e estressante (MELEIS *et al*, 2000). Diante da gravidez não planejada e não desejada, a adolescente fica sem saber o que fazer e a quem recorrer. Sente medo, desespero, tristeza, passando a vivenciar períodos de crise e conflitos, que a deixa vulnerável a atitudes arriscadas e inseguras, como por exemplo a tentativa de aborto, colocando em risco não somente a vida do bebê, mas também a sua.

A tentativa de aborto frente à rejeição da gravidez foi recordada pela adolescente-mãe P.1 ao olhar para o filho brincando no chão durante a entrevista.

“Foi uma coisa que eu não queria e tive. No começo da gravidez eu não queria ter ele por nada. Tentei tirar ele, mas não consegui! [...] aí, depois que eu via que não descia de jeito nenhum, aí eu quis. Comecei a amar!” (P.1, 15 anos).

A gravidez quando ocorre de forma inesperada e indesejada, pode levar o indivíduo a ter atitudes intempestivas, visto não estar preparado para vivenciar as diferentes mudanças impostas pela nova condição. As reações e atitudes frente às

transições vivenciadas são fruto dos diferentes significados adquiridos por cada adolescente que experencia uma gravidez. E para que essa experiência tão conflitante no início proporcione um crescimento futuro, se faz necessário por parte da adolescente uma reorganização interna e reformulação das relações consigo próprio e com os outros, sendo o suporte familiar fundamental.

Assim, ressalta Chick & Meleis (1986) que, as transições ocorrendo de forma improdutiva, move o indivíduo na direção de vulnerabilidades e estado de desequilíbrio, impedindo sua capacidade de suportar às redefinições e significados da experiência vivida.

Sierra et al (2019) descreveu alguns dos diferentes significados, reações e expectativas vivenciada por adolescentes frente ao primeiro momento da descoberta de uma gravidez não planejada. Para umas, a ocorrência da gravidez significou mudança de plano de vida, mais responsabilidade, fez surgir sentimento de tristeza, raiva, medo, preocupação e frustração. Para outras, mesmo que em menor proporção, a descoberta da gravidez trouxe um sentimento de felicidade/emoção, expectativas positivas quanto a novas oportunidades.

Na cidade de León (México) os mesmos autores verificaram que as representações sociais atribuídas por adolescentes frente à gravidez não planejada concentraram-se nos aspectos econômicos (aumento dos gastos com a gravidez) e aspectos emocionais negativos (sentimento de raiva, culpa, desamparo e receio da reação da família). Diante de tais condições, as palavras abandono de metas e o aborto emergiram como propostas.

O aborto é uma das principais causas de mortalidade materna, seja em adolescentes ou não. A cada ano entre 2010 e 2014, ocorreram 55,7 milhões de abortos em todo o mundo, destes 25,1 milhão foram em condições inseguras. Em 2017 na Etiópia, a prevalência de aborto inseguro entre jovens estudantes com faixa etária de 15 a 22 anos de uma escola preparatória de uma determinada área, foi de 13,6% (GANATRA *et al*, 2017; LENTIRO *et al*, 2019).

Uma outra experiência vivenciada pelas adolescentes-mães do presente estudo, foi a ocorrência do parto prematuro, que correspondeu 100% de sua totalidade. Os altos índices de partos prematuros em adolescentes também têm sido

evidenciado em diferentes estudos internacionais e nacionais no campo da perinatologia (MONTEIRO *et al*, 2019; OPAS/OMS 2018; BULGACH *et al*, 2019).

Durante o período gestacional, a mulher começa a imaginar, sonhar, criar expectativas em relação ao filho que deseja e acredita que vai ter (bebê imaginário⁵). Frente à necessidade da antecipação do parto, seja por causas maternas ou fetais, suas idealizações referentes ao (bebê imaginado⁶) se frustram, sendo comuns sentimentos de medo, tristeza, culpa e ansiedade (BRASIL, 2017).

O relato de P3 revela seus sentimentos de "tristeza, medo e desespero" ao ficar sabendo que seu bebê iria nascer prematuro.

“Quando eu fui para consulta, porque senti muitas dores, aí o médico falou para mim: você vai se internar e ele vai nascer prematuro. Te dou de três dias a uma semana para ele nascer! Quando ele falou isso, já me bateu um desespero. Porque eu vejo muitas coisas, até na internet, que bebês não sobrevivem. Então isso me deixava muito triste. Eu ficava com medo dele não sobreviver!” (P3, 18 anos).

Os diferentes sentimentos vividos durante a gestação e revelados frente aos imprevistos e incertezas do nascimento prematuro, afeta diretamente o bem estar físico e emocional da adolescente-mãe que está vivenciando variadas e simultâneas transições. Para Shumacher & Meleis (2010) esses tipos de experiências exigem cuidados especiais por parte da equipe de enfermagem, voltados a uma maior sensibilização, conscientização e humanização.

As intercorrências da gestação fizeram realçar nas adolescentes-mães a necessidade de mudanças no seu modo de ver e enfrentar a maternidade. Para ser mãe de um RN prematuro foi necessário amadurecer, empenhar-se em aprender a lidar com os medos e inseguranças, assim como repensar e reorganizar seus planos, expectativas e rotina de vida, como conta P2.

⁵ **Bebê Imaginário:** representado e criado no mundo psíquico dos pais próximo à gestação ou durante ela. É a criança das fantasias maternas e paternas (BRASIL, 2017, p.32).

⁶ **Bebê Imaginado:** surge durante a gestação, a partir da imagem do ultrassom e de seu comportamento ainda no ventre materno. É colorido pelas fantasias parentais sobre o filho que desejam e que acreditam que vai nascer (BRASIL, 2017, p. 32).

“[...] todo mundo esperava já chegar... Tanto que eu tinha um chá de bebê já organizado. Tive então que fazer um chá de chegada um mês depois” (P2, 16 anos).

Diante do nascimento prematuro e a necessidade de acompanhar e cuidar do filho no ambiente hospitalar, seja ele na UTIN ou na segunda etapa do método canguru, a adolescente-mãe passa a sequenciar mais duas experiências em sua vida, as transições saúde-doença e a organizacional.

Para ficar perto do filho, P1 teve de mudar suas rotinas, se afastando do seu meio familiar e social, permanecendo 24h por dia no hospital, dormindo no alojamento.

“Quando ele nasceu e foi para UTIN, falaram que eu podia dormir em casa, mas eu não queria deixá-lo lá. Então eu fiquei dormindo num quarto lá embaixo para as mães das crianças que ficam lá em cima na incubadora” (P1, 15 anos).

A decisão de P1 frente a internação de seu filho na UTIN, revela que mesmo sendo ainda tão jovem, imatura e inexperiente, vivenciar a condição do nascimento prematuro do filho não foi um acontecimento meramente circunstancial, foi algo marcante, onde fez com ela renunciasse a si própria para se dedicar aos cuidados ao filho e adaptar-se as novas rotinas hospitalar. O apoio institucional no acolhimento as mães, no incentivo a aproximação do RN, sua participação nos cuidados, contribui para que a passagem de um estado de instabilidade ao estado de estabilidade ocorra de forma edificante na vida da pessoa. Ao facilitar esses eventos, é possível conduzir o indivíduo a uma transição saudável, emergindo assim, o cuidado transicional (SHUMACHER & MELEIS, 2010).

Vale ressaltar que, frente aos percalços da pesquisa, as entrevistas foram realizadas em maternidades distintas, sendo assim, a permanência na unidade hospitalar junto ao bebê ainda na UTIN não foi experienciada por P8. Para poder acompanhar sua filha na UTIN, P8 teve de se submeter a uma rotina exaustiva, indo e voltando todos os dias para sua casa, gerando desgaste físico e emocional, colocando em risco a formação do vínculo afetivo, tão importante nesse momento, onde mãe e filha nascem prematuramente.

A realidade vivenciada por P8 constata o descaso de unidades neonatais com as significativas transformações ocasionadas pelos eventos transicionais múltiplos e

sequenciais sofridos pela adolescente-mãe face ao nascimento prematuro e/ou de baixo peso do RN e sua internação hospitalar. Quando exposta a condições desfavoráveis, a passagem pelo processo de transição fica mais difícil, conflituosa e desgastante. É preciso olhar a adolescente como um todo, não somente para sua condição atual (ser mãe), mas também para fatores emocionais e sociais que podem facilitar ou dificultar a mediação entre assumir o novo papel e adaptar-se a ele.

Sendo assim, a permanência de P8 junto a sua filha, só foi possível na segunda etapa do MC.

“Quando ela estava na UTIN eu vinha para cá todos os dias, chegava de manhã e só saía daqui umas dez horas da noite. Então, ficar no canguru está sendo bom, porque eu não preciso ficar indo e voltando pra casa” (P8, 15 anos).

URGE a necessidade de estratégias que visem mudanças institucionais na atenção à saúde do binômio (mãe/filho) nas maternidades, principalmente no que tangem a sua permanência junto ao RN prematuro e/ou baixo peso. Por parte dos enfermeiros que prestam assistência a essa clientela vale a ampliação de seus conhecimentos, não restringindo apenas a capacidade técnica, outrossim a aquisição de habilidades com as teorias, que não devem ser aplicadas apenas dentro no mundo acadêmico, mas principalmente no dia a dia assistencial, o que contribui para a diminuição do desgaste físico e emocional vivenciado pelo processo de transição sofrido pela adolescente-mãe. Já por parte dos gestores, cabe o controle de uma assistência humanizada e respeitosa a essa clientela, as resguardando de possíveis condições vulneráveis como a ruptura dos laços afetivos, tão passível nessa fase, onde o bebê é internado na UTIN.

Segundo o manual técnico do MC o não fortalecimento e/ou até mesmo o rompimento desses laços afetivos foram associados ao aumento dos atendimentos de bebês prematuros nas emergências após a alta hospitalar. As principais causas foram o ganho de peso inadequado e crescimento insatisfatório, podendo os maus tratos ter sido o agente desencadeador, precipitado pela insuficiência ou o não estabelecimento do vínculo afetivo entre pais e RN. (BRASIL, 2013).

Buscando uma reorientação da atenção perinatal, no Brasil, o MC surge com uma proposta diferenciada, onde a manutenção da vida do RN não se mantém

apenas por meio de uma estrutura tecnológica, mas sim, complementar ao cuidado humanizado da assistência e a introdução da família nesse cuidado. O método implica em contato pele a pele, que se inicia com o toque, evoluindo até a posição canguru, outrossim, incentivo ao aleitamento materno e a participação da mãe/pai/família nos cuidados para com o RN (BRASIL, 2017).

Face às múltiplas e simultâneas transições narradas anteriormente, é importante conhecer como se dá a vivência da adolescente-mãe na segunda etapa do método, vista às particularidades dessa fase, como também suas expectativas e desafios que podem facilitar ou inibir o processo transicional para maternagem.

De acordo com o manual técnico do método canguru, a segunda etapa consiste na permanência contínua da mãe com o RN na UCINCa (BRASIL, 2017, p. 25). Esse novo transitar possibilitou P5 ultrapassar as barreiras das paredes de acrílico da incubadora e do contato limitado com o filho na UTIN.

“Na UTI ele só podia ficar dentro daquela incubadora... Não tinha nenhum contato comigo! Só de vez em quando que elas deixavam eu pegar ele, mas só um pouquinho, uns 10 minutinhos que ele ficava fora da incubadora. Aí quando ele foi para o canguru eu tive mais contato com ele, entendeu?” (P5, 13 anos)

Para P2, foi poder experimentar momentos formidáveis, como ouvir o choro e sentir a mãozinha do seu filho.

“Tipo assim, meu filho não estava mais na incubadora, era eu e ele. Ele não podia dormir comigo direto, mas estava ali, pertinho de mim, eu escutava o chorinho dele. Já na incubadora eu não escutava tanto. Foi uma sensação muito boa! [...] eu queria muito ficar com ele! Eu lembro muito bem [...] eu ia almoçar, quando voltava, pegava ele, colocava no canguru, sentia a mãozinha dele. Era muito bom!” (P2, 16 anos)

O feito de tocar, se aproximar e participar dos cuidados com o filho, deve ser explorado pela mãe e incentivado pela equipe de enfermagem. Privar ou limitar a mãe desse contato, embaraça o descortinar do empoderamento materno criado nos momentos de intimidade provedores da maternidade.

Poder cuidar do seu próprio filho, permitiu a P2 e P3 viver sua “verdadeira realidade”, a de ser mãe.

“Lá no canguru eu já colocava roupinha no meu filho, já cuidava como uma mãe tinha que cuidar do seu filho (dar banho, dar alimentação, colocar para dormir)” (P2, 16 anos)

“Como ele ficou muito tempo internado e não foi para casa nesse período, então no método canguru que eu senti... Nossa, agora eu sou mãe! Agora eu tenho um neném para cuidar, ajudar, limpar, dar banho, para ver se tá com febre, dor e fome. Agora sou eu! Não mais as enfermeiras que ficavam olhando o tempo inteiro. Agora sou eu! Eu que tenho que olhar, porque é meu filho. Elas ajudam sim, mas agora sou eu! Agora chegou a minha vez!” (P3, 18 anos)

Nas falas de P2 e P3, foi possível observar que as transições desenvolvimental e situacional frente à maternidade tornou-se consciente quando relacionado ao desempenhar de seus papéis maternos para com seus filhos na segunda etapa do método. Ao vivenciar o holding (ajudar, limpar, dar banho alimentar, colocar para dormir, ouvir o choro, segurar o bebê), elas puderam envolver-se mais ativamente nos cuidados, estreitando os laços afetivos com o RN, sentindo-se "verdadeiramente mães".

Chick & Meleis (1986) consideram que a transição tem uma característica essencialmente positiva, uma vez que a pessoa, ao passar pelo processo, alcança uma maior maturidade e estabilidade. Esse protagonismo vivido na UCINCa contribuiu para transformações positivas durante o processo transicional, permitindo as adolescentes-mães desenvolver uma maternagem segura e comprometida.

O cuidado materno também é realizado por meio do contato pele a pele (posição canguru). No MC, a UCINCa marca o momento em que a posição canguru torna-se ainda mais presente, devendo ser realizada pelo maior tempo possível (BRASIL, 2017, p.25). Nesse momento mãe e filho puderam ficar mais próximos, fazendo despertar diferentes sentimentos maternos como "sensação maravilhosa, alegria" (P3, 18 anos), "muito bom" (P2, 16 anos e P5, 13 anos), "coisa mais linda" (P1, 15 anos), "sentimento inexplicável" (P6, 14 anos), "mais sintonia" (P7, 17 anos), que contribuiu para interação materna e o aprendizado do cuidar - a maternagem.

Como resposta ao evento de transição emergem-se comportamentos e sentimentos que para Chick & Meleis (1986) podem ser observáveis ou não, assim como facilitadores ou inibidores do processo. Os sentimentos conhecidos por meio

da posição canguru ajudou P1 e P3 superarem a separação imposta pelo nascimento prematuro e o medo da perda do filho, podendo tê-los em seus braços, sem nenhuma barreira.

“Eu chorava direto. Eu chorava pensando que ele não ia ter forças para sair de lá (incubadora). Então, quando ele foi para o canguru, foi a melhor coisa!” (P1, 15 anos).

“Porque eu vejo muitas coisas, até na internet, que bebês não sobrevivem. Eu ficava com medo dele não sobreviver. Isso me deixava muito triste! Aí no canguru eu pude ficar com meu filho o tempo inteiro comigo, coisa que na UTI não dava. Tinha só que olhar e pegar pouco. Lá na enfermaria canguru não, ficava o tempo inteiro com ele. Acordava e dormi com ele no meu peito.” (P3, 18 anos)

O ato de segurar o bebê na posição canguru, também favorece a mãe a experiência de holding. Para Santos (2009) a maneira como o bebê é sustentado no colo da mãe simboliza a firmeza com que seu filho é amado e desejado. Para P3 e P6 poder ter um filho, pegar em seu colo, foi uma sensação maravilhosa, um amor inexplicável.

“É uma sensação maravilhosa, tanto de ter um neném, pegar... É muito bom você sentir que tem um ser que nasceu de você, pode ter ou não as suas atitudes, características... Porque é um amor! É um amor que não dá nem para explicar”. (P3, 18 anos)

“É uma sensação que não tem como explicar. Depois que a gente vira mãe, o nosso amor fica ainda maior, a gente descobre o amor da gente como o nosso filho”. (P6, 14 anos)

P1 viveu intensamente esses momentos e até se esquecia das normas institucionais (não poder dormir com o bebê durante a realização da posição canguru).

“Foi à coisa mais linda, aquela criança pequenininha, 41 cm em cima de mim! Às vezes eu até dormia com ele, mas não podia. Ficava com ele direto no colo”. (P1, 15 anos)

Assim, pode-se inferir que o contato pele a pele por meio da posição canguru, permitiu as adolescentes-mães vivenciar momentos mágicos com seus filhos, favorecendo o processo da maternagem. Com a prática do contato pele a pele, elas puderam ter de volta em seu corpo o bebê que, mesmo não sendo planejado e

desejado inicialmente, deu "sentido" as suas vidas em um determinado momento. Sem saber o que era ser uma "mãe de verdade", ao se depararem com o nascimento prematuro e/ou de baixo peso do RN, a necessidade de internação na UTIN e na UCINCa, o desejo de matemar emergiu, e para ajudarem seus filhos a sobreviverem, não mediram esforços, renunciando a si mesmo, enfrentando o desconhecido com padrões de respostas que as ajudou a superar limites e desafios impostos pelas transições em seus múltiplos processos.

O envolvimento por meio do contato pele a pele contribuiu para o florescer da consciencialização da adolescente-mãe frente a importância de sua participação na recuperação mais rápido do RN. Durante a transição, a consciencialização é entendida por Meleis et al (2010) como um processo chave de todo o processo. Esse reconhecimento quando existe, permite a pessoa adequar-se ao que está acontecendo e se reorganizar ao novo modo de viver, de responder e estar no mundo (BRITO,2012).

O MC é uma prática de cuidado humanizado que se disseminou por todo o mundo. Nas literaturas, encontramos diversos benefícios do contato pele a pele para mãe e bebê, assim como para seu pai e familiares. Em seu estudo Vittner et al (2017) identificou que os níveis de ocitocina aumentavam significativamente durante o contato pele a pele entre o bebê e seus pais, isso permitiu aos pais uma melhor interação com seus bebês, produzindo mais apego, o que contribui positivamente na formação do vínculo e parentalidade.

A liberação de ocitocina também desempenha importante função no aleitamento materno, visto que, durante a amamentação, por meio da boca e das mãos do bebê que acariciam o peito materno, os receptores tocantes, térmicos e olfativos, são ativados, aumentando a liberação da ocitocina materna, proporcionando uma maior autoestima e autoeficácia da mãe no sucesso da amamentação (BRASIL, 2017).

A melhora da regulação autonômica do bebê por meio do contato pele a pele também foi observado por Ferrarello e Hatfield (2014), Cong, Ludington-Hoe, Mc Cain (2009), Feldiman & Eidelman (2003) e Ferber & Makhoul (2004). Segundo os autores, bebês que foram submetidos ao contato pele a pele apresentaram uma

melhor estabilização da frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura, outrossim, trazendo benefícios adicionais como, melhor desenvolvimento do cérebro, motor e mental.

Em países desenvolvidos como EUA, a prática do MC é utilizada como incentivo ao vínculo materno e ao ganho de peso. No Brasil, o manual técnico robustece diversas vantagens, entre elas o fortalecimento do vínculo afetivo mãe/pai-filho e estímulo ao aleitamento materno (BRASIL, 2017). O aumento do ganho de peso no MC de maneira mais acelerada também foi evidenciado por (SHATTNAWI & AI-ALI, 2019)

A mensuração do ganho de peso é um importante parâmetro para avaliação de forma indireta do estado de saúde do bebê, assim como a adequada amamentação e práticas de cuidado. Melo, Melo e Suarez (2016) ao analisar a taxa global de ganho de peso no Programa Mãe Canguru em Bogotá, observaram que o ganho de peso se diferia de acordo com o peso de nascimento. Bebês que nasceram com peso menor que 1500g, ganhava em média 12,68g/dia, o que evidenciou o impacto positivo do MC.

Ao realizar um estudo randomizado com 141 bebês, considerou Smith *et al* (2017) que o aumento do ganho de peso antes da alta, foi maior no grupo de bebês que receberem cuidados na enfermaria canguru, daqueles que receberam cuidados na unidade intermediária. Tais achados são reforçados pelos estudos de Shattnawi e Al-Ali (2019).

Nesse tocante, ao ouvir a orientação da enfermeira sobre o ganho de peso, P3 ficou mais motivada, visto que quanto mais o bebê ficasse na posição canguru, mais eficaz seria a amamentação, mais peso ele ganharia e mais rápido receberia alta.

“A enfermeira falou para mim: você ficando, provavelmente você vai embora mais rápido do que ele ficando só na incubadora. Então quando eu acordava, a primeira coisa que eu fazia era pegar ele, botar no peito (posição canguru) e tentar dar de mamar para ele. Aí ele começava a pegar. Ficava com ele o tempo inteiro. Ele estava dormindo, botava ele no bercinho, saía e ia tomar um café, depois voltava e colocava ele no meu peito (posição canguru) de novo, ia almoçar, depois voltava e

colocava ele no meu peito (posição canguru) de novo, o tempo inteiro assim! (P3, 18 anos).

Para não "perder a chance" de receber alta o quanto antes, P2 intensificou a posição canguru e a amamentação com seu filho.

"Eu pensei que eu fosse embora na sexta-feira. [...] mas a médica passou e disse para eu ficar mais aquele final de semana e na segunda-feira eu ia embora. Então eu fiquei naquela ansiedade, de colocar ele no canguru, dar muito peito para ele... Aí na segunda-feira quando a médica falou: você já pode ir embora. Foi a melhor coisa!" (P2, 16 anos)

Assim como o transitar da UTIN para a UCINCa no primeiro momento foi visto pelas adolescentes-mães como uma forma de ficarem mais próximas de seus filhos, outrossim, a realização da posição canguru, a intensificação da amamentação com consequente ganho de peso, foi uma outra maneira que encontraram para vivenciar a transição do ambiente hospitalar/UCINCa para o domicílio o quanto antes.

Porém, mesmo com todo o desempenho das mães, o ganhar de peso diariamente, nem sempre acontece. Como rotina das unidades, todos os dias pela manhã os bebês eram pesados para saber se tinham ganhado ou perdido peso. Esse cuidado fez despertar sentimentos de ansiedade e angústia em P6.

"Todos os dias de manhã elas pesam, então a gente fica naquela agonia. Será que ele ganhou peso para gente ir para casa? Será que ele perdeu? A gente fica naquela agonia!" (P6, 14 anos)

Ganhar peso, encurta o tempo de internação, mais rápido se supera os pontos críticos da transição situacional e organizacional vivida pela adolescente-mãe na segunda etapa do MC. Sendo assim, os cuidados do enfermeiro diante de uma pessoa em transição devem buscar compreender o processo transicional a partir da perspectiva de quem a experiencia. Para Chick & Meleis (1986) quando ocorre uma preparação do indivíduo para mover-se dentro das mudanças, fica mais tolerável lidar com os eventos facilitadores e inibidores, e a transição será mais exitosa.

No presente estudo, as adolescentes-mães não tinham outro filho e não trabalhavam, tendo um tempo médio de internação na UCINCa de 12,6 dias, o que potencializou seu distanciamento domiciliar e familiar. Para Chick & Meleis (1986) eventos como a doença, hospitalização, gravidez e nascimento, exigem cuidados

especiais pela característica da situação vivenciada, ou seja, pela necessidade de reconhecimento e adaptação a nova condição.

Com objetivo de fazer com que os dias de internação na segunda etapa do MC sejam mais tranquilos e prazerosos, o manual técnico do MC (2017) reforça a importância do apoio às mães por meio da presença do pai e família, como também, a realização de atividades que favoreçam sua permanência no ambiente hospitalar, contribuindo para uma melhor ambientação. Assim que a mãe se sentir segura com a realização da posição canguru, ela pode e deve ser incentivada a circular pelas dependências da unidade neonatal, participar de reuniões de grupo com outras mães e até mesmo ir ao refeitório.

Para Meleis *et al* (2000) as experiências em grupo permitem às pessoas uma troca de conhecimentos e aprendizados, ajudando as mesmas a lidarem com os obstáculos, sem prejudicar na incorporação de novos papéis.

Mesmo sendo inspirada em uma política de saúde humanizada, a permanência na UCINCa foi algo desafiador para as adolescentes-mães. Cabe aos gestores e profissionais de saúde, serem peças facilitadoras, transformando essa permanência em um momento de aprendizado e empoderamento materno, e não como um momento marcado por sentimentos negativos, como de **agonia, tortura e enjoativo**, relatos por P6, P7 e P8.

“No primeiro dia elas falaram que não podia sair, poxa! Eu senti uma agonia, porque a gente não pode nem ir ali respirar um ar! Acho que nenhuma pessoa gosta de ficar 24h no mesmo lugar. Ele aqui tem que ganhar quilo, então quando a gente vê ele ganhando quilo, a esperança da gente de ir embora é maior. Mas por outro lado a gente pensa: não adianta ele ter que sair daqui 50% curado, mas ter que voltar novamente. A gente espera para ele sair daqui 100%”. (P6, 14 anos)

“Mas ficar aqui tem horas que é uma tortura! Ninguém gosta de ficar preso, ninguém gosta! A gente aqui não pode sair para lugar nenhum. A gente aqui tem que ficar 24h aqui dentro, então pesa um pouco o psicológico da gente.” (P7, 17 anos)

“E aqui, por causa de coisa de infecção não pode sair daqui de dentro com ela, então é uma rotina muito cansativa. No caso aqui é enjoativo, porque eu não faço muita coisa, né? Só cuidar dela, não tem como sair, fazer nada”. (P8, 15 anos).

Os aspectos internos e externos que circundam o momento, atuam diretamente nas respostas de quem está passando por uma transição. Segundo Meleis *et al* (2010) a maneira de lidar com a nova experiência é determinado por vários elementos do processo, do período de tempo e da percepção individual de cada um. A vontade de ir embora para casa era gigante, porém o desejo em ver seu filho recuperado, era imensurável, o que deu forças a cada adolescente-mãe a romper com as barreiras impostas pela insensatez institucional. Assim, cada pessoa atribui um significado, desejo e valor as circunstâncias vividas, que pode facilitar ou inibir o processo de transição (MELEIS, 2010).

É importante destacar que, mesmo diante da permanência em um local com normas rígidas, a realização da posição canguru pelas adolescentes-mães não ficou comprometida. Com apoio e orientação da equipe de enfermagem tudo ficou um pouco mais fácil, como relata de P5.

“A enfermeira falava que era para gente ficar bastante tempo com ele, porque era canguru! Então tinha que ficar bastante tempo com ele no canguru. Ele ficava muito quietinho!” (P5, 13 anos).

Ao se unirem, enfermeiro e adolescente, passam a compartilhar experiências a partir de cada particularidade. Essa interação para Schumacher e Meleis (2010) permite ao enfermeiro captar as necessidades e conhecimentos das pessoas sobre a transição vivida, preparando-as para as mudanças de papéis e prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo.

Tendo consciência da importância da realização da posição canguru para uma boa e mais rápida recuperação do bebê, P6 se manteve firme, ficando o tempo que fosse necessário na UCINCa. Essa consciencialização também contribui para a adesão da posição canguru quando no domicílio.

Mas o tempo que for necessário ficar aqui para bem dele, eu acho que fico por ele!
(P6)

P2 e P7 foram às únicas participantes a terem o parto por via cesariana. Em suas narrativas não apontaram a via de parto como barreira para realizar a posição canguru, porém P7 verbalizou sobre a impossibilidade em ter um acompanhante que a ajudasse no período da noite.

“Não pode ter acompanhante aqui dentro, então à noite pra levantar fica ruim. É meio complicado por causa da cesárea, mas porque é ruim pra levantar por causa dos pontos”. (P7, 17 anos)

Conforme art. 22 da lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, o art. 12 da lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidado intermediário, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos cuidados de internação de criança ou adolescente."

Desconsiderar as condições emocionais das adolescentes, sua história, necessidades e sua rede de apoio é sentenciar a negligência desse profundo processo de tornar-se mãe na segunda etapa do MC.

De acordo com Wilson et al (2019) o pós-parto pode ser um período de vulnerabilidade ao sofrimento psíquico para muitas mulheres, sendo o apoio familiar e da sociedade, fundamental nesse momento. A equipe de saúde cabe rastrear de forma mais atenta sintomas de ansiedade, estresse, fadiga, irritabilidade e insônia, que apesar de sua prevalência, são deixados de lado.

O bem-estar psicológico da puérpera é fundamental nesse momento de adaptação as novas rotinas do ambiente da UCINCa. O suporte familiar funciona como um facilitador desse processo, fazendo com que as mães se sintam apoiadas e encorajadas para maternar seu filho (DENG et al, 2018 ; BRASIL, 2017).

Poder receber visita diariamente da mãe durante permanência na UCINCa fez com P1 ficasse mais próxima de seu ente familiar, podendo se sentir acolhida e valorosa.

[...] Foi ótimo! Porque eu sei que ela (mãe) não me abandonou por nada. (P1)

Durante o tempo em que a mãe precisa estar disponível para o RN o apoio da família a faz sentir-se amparada, visto encontrar-se em um estado de dependência. Para desempenhar bem sua tarefa, ela precisa sentir-se amada e aceita no seu meio familiar (SMITH et al, 2017; BRASIL,2017).

Nesse cenário, a presença do pai foi de grande valia na percepção das adolescentes-mães durante sua permanência na UCINCa, como narram P2 e P5.

[...] “Foi ótimo! Porque muitas meninas ali fazendo canguru comigo não teve a participação do pai, e eu já tendo, foi maravilhoso! Todas as vezes que ele (companheiro) ia, ele queria fazer canguru. Meu marido até hoje foi um pai maravilhoso. Mais mãe do que eu! Então, foi ótimo você ver seu marido ali, junto, cuidando do filho, te ajudando, tanto psicologicamente quanto fisicamente. Foi maravilhoso!” (P2, 16 anos).

“Foi bom ter ele (companheiro) participando, né? Às vezes a gente pensa que o pai só faz e vai embora, mas ele não! Ele participou, ficou muito tempo lá com a gente. Todos os dias ele ia oito horas da manhã para lá e se deixasse ele ia embora só nove horas da noite”. (P5, 13 anos).

A presença do companheiro durante o período de internação, reforça e nutre os investimentos que a mulher realiza em relação ao filho (BRASIL, 2017) Para Smith et al (2017) o envolvimento paterno desempenha um valioso papel na aceitação do MC, seja por divisão de trabalho ou ajudando a mãe a se sentir confiante e confortável. Isso proporciona a todos (mãe, pai, filho) uma saudável interação compartilhada.

Deng et al (2018) destaca a importância da realização da posição canguru pelos pais, refletindo em um maior envolvimento nos cuidados maternos. Para o autor, pais que realizam o contato pele a pele, ficam mais dispostos a se envolverem nos cuidados com o bebê, criando um maior vínculo e apego com o filho.

Essa participação conjunta do casal nos cuidados com o filho traz benefícios para todos. Para o pai, o contato com o filho trará como repercussão uma proximidade maior. Já para a mãe, será possível sentir-se acompanhada e segura nas tarefas de maternagem (BRASIL, 2017).

Sentir-se apoiada faz com que a adolescente-mãe consiga se envolver mais nos cuidados, percebendo-se mais segura, mais empoderada, facilitando todo o seu "entrar, passar e sair" das múltiplas fases transicionais a qual está vivenciando.

5.1.2 - A enfermeira como facilitadora do desenvolvimento da 2ª etapa do Método Canguru: os cuidados multidimensionais para a adolescente-mãe.

A experiência da maternidade na segunda etapa do método leva a adolescente-mãe vivenciar novamente as transições desenvolvimental e organizacional em sua vida. Com a estabilização clínica do bebê, mãe e filho são encaminhados para UCINCa, onde vão permanecer em tempo integral. *Esse período funciona como um “estágio” pré-alta hospitalar no qual a mãe assume cada vez mais os cuidados do filho sob a orientação da equipe* (BRASIL, 2016, p. 13).

A permanência na UCINCa, marca um momento de aprendizagem e trocas de conhecimentos, demandando da mãe disponibilidade e interesse para realizar a posição canguru pelo maior tempo possível, como também, expertise para reconhecer sinais de estresse e as situações de risco do RN (BRASIL, 2017). Logo, todo esse processo demanda ações educativas por parte da equipe de saúde.

Esse reviver transicional, segundo Meleis *et al* (2000) exige desempenho e adaptação ao novo processo. A autora reitera que a adaptação a esse novo papel pode ser facilitada pela atuação do enfermeiro, onde baseado em um modelo de transição, pode antecipar e detectar necessidades de aprendizagem, de novos conhecimentos, de habilidades e de estratégia de adaptação que permitem e contribuem na transição da adolescente para o papel maternal.

Ao assumir a responsabilidade do cuidar, é fundamental que a mãe receba por parte da equipe apoio e atenção, assim ela poderá exteriorizar todos seus medos e anseios, sentindo-se também "maternada" pela equipe, o que contribui no processo da maternagem do RN.

Diante da singularidade de cada pessoa, o processo de assegurar uma transição saudável é uma tarefa desafiadora para o enfermeiro, tendo ele de ter habilidades para estabelecer intervenções que melhorem a qualidade de vida das pessoas, a fim de amenizar o potencial risco no qual o indivíduo está exposto ao vivenciar a transição (MELEIS *et al*, 2010).

Assim como cada indivíduo tem sua singularidade, cada pessoa atribui um significado a transição que vivencia. Para Meleis *et al* (2010) isso acontece porque a

transição é um fenômeno pessoal e não estrutural. Os resultados desse processo estão relacionados à definição e redefinição de si próprio no ambiente em que vivencia tal experiência (MACHADO & ZAGONEL, 2003).

A ida para UCINCa é marcada pela melhora clínica do bebê e protagonismo do cuidado materno. Vivenciar o protagonismo do cuidado com o RN foi muito valioso para P3. Cuidar do filho a fez sentir-se mãe.

“Na enfermaria canguru elas vinham mais para me ajudar quando era a hora de alimentar. Então a maioria do tempo eu ficava sozinha. Claro que tinham enfermeiras, elas vinham e perguntavam: olha, tá tudo bem? Mas a maioria do tempo eu fui mãe, cuidei dele. Então muitas vezes ela deixava a gente ali, a gente sentindo ser mãe”. (P3, 18 anos)

A experiência da transição saúde-doença, frente a condição de nascimento do RN e a necessidade de cuidados específicos na segunda etapa do MC, resultou numa nova reformulação de identidade pelas adolescentes – o ser mãe. O protagonismo do cuidado permitiu as adolescentes-mães uma integração com o contexto vivido e um equilíbrio entre os antigos e novos papéis assumidos. Para Meleis *et al* (2010) essa percepção de conforto, é o caminho para o alcance de uma transição saudável e a consequente maestria.

Somados aos benefícios do processo de transição, o protagonismo do cuidado materno na segunda etapa contribui para a formação do vínculo afetivo, assim como permite a mulher reconhecer-se como mãe. Stelmak e Freire (2017) reitera que esse predomínio do cuidado pela mãe, diminui as manipulações excessivas por outros profissionais, o que contribui para redução das infecções e para uma alta hospitalar segura.

Frente as normas rígidas da UCINCa, algumas adolescentes-mães tiveram dificuldade em adaptar-se as rotinas, atribuindo significados negativos a sua participação no método, colocando em risco sua permanência e o desenvolver da maternagem. Os significados atribuídos as experiências vividas, permite cada pessoa definir sua forma de agir, de sentir, de ver e de ser em relação a tudo o que é importante para si e para os que lhe são consideráveis (BRITO, 2012).

Diante da fragilidade dos filhos, da necessidade de cuidado e amor, as participantes não mediram esforços para ultrapassaram as adversidades, o que as permitiu ver sua participação no método como uma oportunidade de ficarem juntas dos filhos e de aprender, já que não sabiam cuidar de um bebê.

“Mas eu acho que foi bom esse tempo aqui, ne? Me ensinou um monte de coisas que eu não sabia. Porque você pensa que filho é uma coisa, mas é outra coisa... No começo eu ficava de cabeça quente, doida para ir embora com ela, mas com o tempo fui aprendendo que era para o bem dela”. (P4, 18 anos)

“Então, primeiro filho, não sabia quase nada! Sabia mais ou menos algumas coisas porque eu cuidava dos meus irmãos. Mas assim, quando o filho é seu, você não sabe cuidar muito bem direito”. (P5, 13 anos)

“Às vezes eu acho uma sensação estranha e às vezes é bom. Porque para mim é tudo novo, porque eu acabei de ter ele assim. Mas está sendo bem legal! Estou gostando. Estou aprendendo mais a cada dia ficando com ele 24h”. (P6, 14 anos)

“Está sendo bom, porque sou mãe de primeira viagem. Eu aprendo algumas coisas que elas ensinam como amamentar, a cuidar dele. Até porque eu não sabia”. (P7, 17 anos)

Ao vivenciar a segunda etapa do MC, faz saber que, o reconhecimento da condição vivida, foi fundamental para as adolescentes-mães conseguirem romper com os pontos críticos do momento, como sua permanência obrigatória dentro da UNCICa por 24h e a impossibilidade de ter um acompanhante no período da noite. A nova função de ser mãe, modificou a rotina e fez despertar nas adolescentes a consciencialização, frente a necessidade de aquisição de novos saberes e domínios para a maestria do cuidado. Nesse processo de aquisição de novas competências relacionadas com as experiências de transição, o enfermeiro é peça ímpar, pois cabe a ele preparar, informar e facilitar todo esse processo transicional (Meleis & Schumacher, 2010).

Ao considerar o processo de aprendizado na UCINCa, a enfermeira foi a profissional mais citada como condutora das ações educativas.

“Eu aprendi várias coisas que eu não sabia. Aprendi a dar leite no copinho, comecei a dar banho nele, porque eu não sabia, as enfermeiras me ensinaram lá. Tudo que eu precisava, as enfermeiras me ajudavam”. (P1, 15 anos)

“Eu amei ficar no canguru. As enfermeiras me ajudavam bastante. O primeiro banho do meu filho a enfermeira me ajudou, me ensinou como dava”. (P2, 16 anos)

“Aprendi! Tinha umas enfermeiras que ensinava direitinho”. (P4, 18 anos)

“A enfermeira me ajudava a dar banho, até na amamentação, porque ele não queria pegar de jeito nenhum o peito” (P5, 13 anos)

A predominância da figura feminina reprisa o traço histórico da profissão exercida quase que exclusivamente por mulheres e que se mantém até os dias atuais. Quando separado por área de atuação, essa predominância não muda. Segundo Duarte et al (2019) os cuidados aos RN e puérperas são realizados principalmente por enfermeiras.

Diversos cuidados na UCINCa, foram abordados pelas enfermeiras junto as mães, sendo o banho, a amamentação, a oferta de leite pelo copinho e troca de fralda os mais comuns. Esse processo educativo ocorreu por meio da fala associado a demonstração.

“Olha, eu vou fazer hoje e amanhã eu quero ver você fazendo. É assim que se limpa. Amanhã é você! Quando escorria leite pela boca ela pegava um pedaço de algodão e dizia: é assim que se limpa! Me dava o algodão depois e eu limpava. Na hora do leitinho ela dizia: coloca ele assim, sentadinho e vai dando leitinho na boca dele. Eu ficava olhando e pensando como uma criança recém-nascida ia tomar leite num copinho?” (P3, 18 anos)

“Tinha uma enfermeira que dizia: mãezinha, vou deixar você fazer para você ir pegando o jeito”. (P4, 18 anos)

“As enfermeiras me ajudavam muito. Sempre na hora de trocar a fralda elas falavam: não é desse jeito! É desse jeito assim. Era muito bom! Até na hora de dar mamar também elas falavam: bota para arrotar direito. Não é assim que se bota para arrotar! Na hora de dar banho também”. (P6, 14 anos)

Vale ressaltar que, os cuidados ao RN apontados nas falas, são cuidados básicos, comuns a todos os bebês, independente da sua idade gestacional e peso ao nascimento, mas que ao se somarem, tornaram-se pilares para o alcance do compromisso, da segurança e motivação materna, critérios esses primordiais para a transição da segunda etapa do MC para a terceira. Segundo Chick & Meleis (1986) a execução do papel com essas propriedades é nominado de maestria. Sendo o

profissional enfermeiro quem mais interveio junto as adolescentes-mães para o seu alcance.

Essa prevalência profissional vai de encontro aos estudos de Duarte et al (2019) e Rodrigues et al (2014). Para os autores, durante a transição maternal, o profissional enfermeiro é quem mais participa junto ao binómio (mãe/filho) com estratégias de capacitações que contribui para a formação do papel materno seguro e de qualidade.

O MC é uma política de humanização voltada não apenas para a formação do vínculo parental e inclusão da família nos cuidados aos RN, cabe a equipe de saúde valorar junto a mãe e família as peculiaridades de cuidados do RNPT e/ou BP, assim como os sinais de risco⁷ apresentados pelo bebê. Saber lidar com as singularidades dos cuidados, assim como saber reconhecer os sinais de risco, permite à mãe conhecer melhor o seu filho e avaliar positivamente suas competências maternas.

Ao cuidar do RNPT é prudente levarmos em consideração alguns pontos importantes como posicionamento do bebê, controle térmico, banho e amamentação. O posicionamento adequado tem por objetivo proporcionar conforto e segurança ao bebê. Quando colocado no berço, este deve estar de barriga para cima, prevenindo a morte súbita do lactente. Segundo Rossato (2019) o crescimento e desenvolvimento do bebê interrompidos pelo nascimento prematuro, causa um retardo nas respostas neurológicas, fazendo com que o mecanismo do micro despertar face a asfixia falhe e ele fique sufocado/asfixiado. A autora continua dizendo que, o profissional de enfermagem é o cuidador direto do RN, mas muitos não conhecem as recomendações para o sono seguro, outros sabem, mas não colocam em prática. O mesmo acontece com a família.

O posicionamento durante a troca de fralda é um outro cuidado relevante. Quando realizar a troca de fralda é importante manter o bebê com a cabeceira elevada, evitar elevação forçada das pernas para não aumentar a pressão abdominal, causando bronco aspiração e a pressão intracraniana, causando a Hemorragia Cerebral Intraventricular (HCI). A HIC é uma complicação recorrente em

⁷**Sinais de risco** como dificuldade em respirar, cianose ou palidez, hipotermia, hipoatividade, desinteresse pela amamentação e irritabilidade ou choro fraco, quando identificados no domicílio, indicam que a criança deve ser levada imediatamente para atendimento na Unidade Básica de Saúde mais próxima ou no hospital, dependendo da gravidade do quadro (BRASIL, 2016, p. 23).

prematturos, levando ao comprometimento das funções musculoesquelético e cognitiva, desenvolvimento da fala e da visão. Nos RN extremamente prematturo sua incidência chega a 45%, já nos muito prematturos esse percentual chega a 24% (TUROVA, 2020). A ocorrência de HIC, geram sequelas para a vida toda e na vida de todos da família. Sua prevenção requer cuidados técnicos simples, porém conscientes e responsáveis.

O controle térmico é feito por meio do controle da temperatura axilar, que varia entre 36,5°C a 37,5°C. A hipotermia ocorre quando a temperatura axilar é inferior a 36,5°C, sendo comum em RNPT e/ou BP, visto esses terem dificuldade em produzir e manter calor adequadamente (BRASIL, 2016) Quando não diagnosticada e tratada aumenta o risco de o bebê desenvolver hipoglicemia, dificuldade respiratória, sepse, acidado respiratória e morte (ANDREWS *et al*, 2018). Intervenções como uso de toalha aquecida, touca, posição canguru, troca de fralda e roupa molha, não expor o bebê em ambientes frios, na direção de corrente de ar e dar banho por imersão, são práticas de cuidados que previnem a hipotermia (ANDREWS *et al*, 2018); (BRASIL, 2016).

Para Santos *et al* (2020) o banho por imersão (enrolado) vai muito além de um cuidado com a higiene do bebê. Ele consegue proporcionar ao RN conforto, relaxamento, estimulação sensoriomotora, segurança e estabilidade clínica. A prática permite ao bebê retomar a sensação de ainda estar no útero materno, diminuindo os episódios de choro, queda de saturação, apneia e a perda de peso, tão temido pelas mães.

A amamentação foi uma menção recorrentes nos registros das falas. O leite materno possui proteínas, lipídio estruturado, componentes enzimáticos que variam de acordo com a idade gestacional e fatores de crescimento, permitindo um mais rápido esvaziamento gástrico. O leite da mãe de bebê pré-termo tem uma concentração cinco vezes maior de imunoglobulina, lactoferrina, lisozima e anticorpos do que o da mãe do bebê a termo. O que faz do leite materno o melhor alimento para o RNPT (BRASIL, 2017).

Os benefícios do aleitamento materno para o bebê, a mãe e a família, são diversos, porém a prática da amamentação não é tão simples e fácil para as

mulheres, sendo a ajuda de um profissional capacitado, fundamental na orientação da boa prática e da permanência do aleitamento exclusivo na terceira etapa do método. A família tem um preciso papel e sua parceria deve ser buscada.

Questões que devem ser orientadas e acompanhadas são: posição, pega, sucção, tempo no peito e intervalos entre as mamadas. A melhor posição é aquela que proporcione conforto para a mulher e para o bebê. Pode ser a tradicional, cavalinho ou invertida. A pega correta é importante para que o bebê sugue o leite de que necessita e não machuque o mamilo de sua mãe. Boca bem aberta e lábios virados para fora abocanhando o máximo da aréola. A sucção deve ser rítmica e sem longas pausas. Deve-se observar a coordenação entre o movimento de sucção, deglutição e respiração, com pausas para o descanso. O tempo no peito deve ser acompanhado, já que mamadas longas não significam que o bebê está mamando efetivamente e podem machucar o mamilo. Assim como mamadas muito curtas devem ser evitadas, acordando o bebê quando este dorme no seio logo após ter iniciado a mamada. O intervalo entre as mamadas deve respeitar o descanso do bebê, porém, não deve ser maior que três a quatro horas (BRASIL, 2016).

O suporte inadequado e as informações insuficientes atuam como ações inibidoras dos indicadores de processo e resultado (Chick & Meleis, 1986), tornando o cuidado ofertado ao RN na terceira etapa do método, vulnerável. Ao receber alta hospitalar a adolescente-mãe assim como a família precisam estar cientes, sentir-se instruídos, seguros e confiantes para cuidar do RNPT e/ou BP no domicílio, levando em consideração suas peculiaridades de cuidados, assim, como os sinais de risco, que quando não identificados corretamente ou em tempo hábil, pode levar o RN a óbito.

Quanto ao processo educacional Duarte *et al* (2019) vê com preocupação a estratégia de educação baseada na transmissão de informações e demonstrações do cuidado, visto que tal prática tradicional, pontual, não permite ao outro contextualizar suas reais dúvidas e necessidades. Essa não valorização do conhecimento cultural/social do indivíduo, pode dificultar o processo transicional (CHICK & MELEIS, 1986).

De acordo com o Manual técnico do MC (2017) a participação em grupos de discussões possibilita as mães uma troca de experiência, sendo sempre indicada no MC. Segundo Teixeira *et al* (2020) as reuniões em grupo também atuam como uma valiosa estratégia de cuidado envolvendo adolescentes. As intervenções por meio das falas, questionamentos e depoimentos de vida de outros, permite uma participação ativa dos sujeitos, conscientizando-os do seu papel em relação ao cuidado, o que possibilita seu protagonismo nas mudanças necessárias, sendo tal cuidado, primordial na manutenção da saúde mental do adolescente.

A intervenção de cuidado realizada por meio de discussões em grupos não foi mencionada por nenhuma das participantes, o que nos leva a concluir que essa metodologia, não vem sendo utilizado durante a permanência das puérperas na UCINCa, evidenciando a prevalência do método educacional “tradicional”.

Não sendo o método educacional “tradicional” o mais adequado ou devendo ele talvez ser complementado por um outro, por ele, as enfermeiras além de conseguirem ter demonstrado técnicas, também transmitiram empatia, foram resilientes ao processo vivenciado por cada uma das adolescentes, assim permitindo seus envolvimento nos cuidados maternos, realçado pelo protagonismo. Esse compasso caminhar (profissional/cliente), possibilita ao enfermeiro uma melhor avaliação da evolução do desenvolvimento das competências maternas alcançadas durante a transição, comparando-as aos indicadores de resultados esperados: a nova identidade e a maestria.

Assim como educadoras, as enfermeiras também foram vistas como mães, avós, amigas, pessoas que estavam sempre ali, prontas para ajudar, dando carinho, atenção, orientando e confortando nos momentos mais difíceis.

“Sempre que a gente chamava, as enfermeiras iam lá ajudar a gente. Não deixava para depois”. (P1, 15 anos)

“Eu já sabia o nome de todas elas... Eu me lembro de uma até hoje. Ela era como avós dos nossos filhos e nossas mães. Acalmava a gente quando a gente chorava. Tinha a perda de grammas, então quando seu filho perdia grammas era um desespero, porque a gente só queria que ele ganhasse e ganhasse, mas elas ensinaram para a gente que tinha dias que infelizmente eles iam perder. Quando eles começavam a mamar, ao invés de ganhar ele perdia, aí elas explicavam para

a gente, acalmava a gente, explicava que era um processo. Aí elas ajudavam a gente”. (P2, 16 anos)

“Ah, o carinho que elas têm pela gente, a forma como elas trata. É super acolhedora com a gente. Isso é bom ficar aqui. Quando a gente precisa de alguma coisa elas ajudam”. (P6, 14 anos)

“A ajuda delas é tudo, porque a gente é mãe de primeira viagem. Mas com jeitinho a gente aprende. E também, elas dão atenção, mas tem outras que não dão. Então isso também ajuda... O vínculo da enfermeira, simpatia...” (P7, 17 anos)

A empatia é uma variável individual, e Segundo Kong *et al* (2020) indispensável para o desempenho profissional, pois ao mesmo tempo que proporciona um bem-estar emocional, também repercute na manutenção de uma relação bem-sucedida e satisfatória com os clientes. O envolvimento do profissional na UCINCa confere as mães sentimentos de segurança e tranquilidade, necessários para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento saudáveis no processo de transição.

Ao considerar as informações, orientações, apoio e acolhimento, esses são fundamentais para que as adolescentes-mães alcance a maestria do cuidado e possa receber alta com segurança. P1 ressalta que em casa sua mãe não ia poder ficar junto dela ajudando a cuidar do filho, sendo assim, ao participar do método pode aprender a cuidar do seu bebê e ao chegar em casa, já sabia dar continuidade nos cuidados.

“Foi diferente, porque se ele tivesse nascido normal, a minha mãe não ia poder me ajudar. Minha mãe trabalha o dia todo, então eu tinha que arrumar alguém em casa. Então lá, eu fiquei 1 mês lá internada. Então lá eu tive a ajuda delas (enfermeiras), que me ensinaram. Na primeira vez eu aprendi, e foi tudo certo. Então quando eu saí de lá, eu já sabia de tudo”. (P1, 15 anos)

A competência, conhecimento, habilidade cognitiva e psicomotora, tomada de decisão e autoconfiança são características importantes para o alcance da maestria, porém, a conclusão de uma transição é determinada pelo grau em que o indivíduo demonstra domínio, habilidades e comportamentos necessários para gerenciar sua nova situação, contudo, essas habilidades vão se desenvolvendo com as experiências adquiridas ao longo dos tempos, até alcançar sua estabilidade – maestria (MELEIS *et al*, 2000).

Aplicação do Modelo da Teoria das Transições de Aff Meleis

A adolescente que se encontra frente a necessidade de assumir um novo papel e adaptar-se a ele, está em transição.

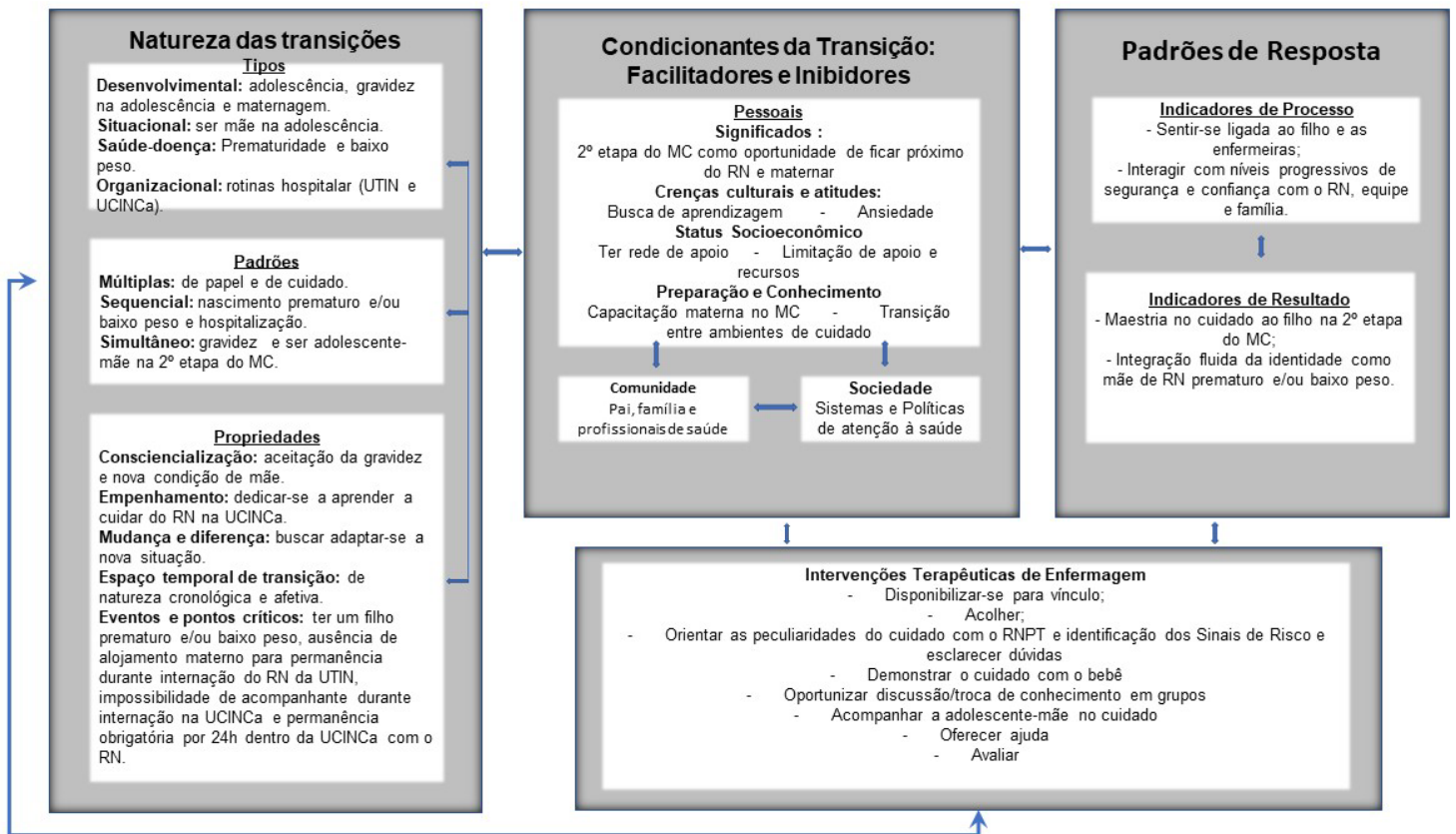
No esquema teórico, é possível observar que a adolescente-mãe que vivencia a transição da segunda etapa do MC, de forma múltipla e simultânea vivencia outras transições como: situacional (ser mãe na adolescência), saúde doença (nascimento do RNPM e/ou BP) e organizacional (hospitalização).

É na segunda etapa do MC que a adolescente-mãe toma consciência de sua atuação frente ao empoderamento das práticas de cuidados para a boa recuperação do RN e sua continuidade no domicílio.

A busca pela aprendizagem, o protagonismo do cuidado materno, a solidificação do vínculo materno por meio da posição canguru e a rede de apoio (enfermeira, família e presença do pai), foram identificados como os principais elementos facilitadores da transição na segunda etapa do MC. Já o longo tempo de internação hospitalar, a ansiedade frente ao rápido ganho de peso e as normas rígidas de algumas instituições, como a permanência por 24h dentro da UCINCa, foram os principais inibidores do processo de transição.

No que se refere as intervenções de enfermagem, é importante destacar que, face ao processo educacional, o domínio do conhecimento pelas enfermeiras é prevalente, pouco é levado em consideração os saberes das adolescentes, externando a primazia do cuidado tradicional/verticalizado. Porém, os cuidados, ensinamentos, apoio, prestado pelas enfermeiras, foram fundamentais nos alcances dos indicadores de processo e resultados.

Figura 6 - Aplicação do Modelo Teórico de Meleis.



Fonte: A autora, 2020.

Considerações Finais

Vastos são os estudos sobre a aplicabilidade e benefícios do MC para o RN, os pais e família, porém, pouco se sabe sobre a participação da adolescente-mãe no método, em especial na segunda etapa. A adolescente-mães ainda faz parte de um grupo invisível e muito negligenciado, por isso a importância em dar voz a essas mães.

Ao realizar o presente estudo foi possível adentrar no universo do ser adolescente-mãe de um RNPT e/ou BP, explorando sua vivência na segunda etapa do MC. A análise das entrevistas evidenciou que quando na UTIN o contato da mãe com o filho ainda é limitado e pouco se estimula sua participação nos cuidados ao RN e a realização da posição canguru. A ida para a segunda etapa do método, que ocorre na UCINCa, foi vista pelas adolescentes como uma oportunidade em estar perto do filho e poder desempenhar seu papel de mãe – maternar o RN.

A aplicação metodológica pelo método Narrativa de Vida, permitiu com que as participantes narrassem suas experiências desde a descoberta da gravidez, passando pela experiência do nascimento prematuro e/ou baixo peso do RN, sua internação na UTIN até sua ida e permanência na UCINCa, assim como a continuação dos cuidados no domicílio. Esse transitar destaca que o fenômeno de ser mãe na segunda etapa do método é de natureza complexa e não possui demarcações isoladas.

A permanência na UCINCa permitiu as adolescentes-mães um maior envolvimento com seus filhos, assim como uma participação mais ativa nos cuidados, o que contribui positivamente no nível da consciencialização do processo da transição desenvolvimental da maternagem frente a condição de nascimento prematuro e/ou de baixo peso. Essa consciência de mudança e empenhamento no novo papel, é fundamental para que o indivíduo consiga passar pelo processo de transição de forma saudável.

Participar da segunda etapa do MC foi visto como algo prazeroso, porém marcada por diferentes condicionantes facilitadores e inibidores do processo de

transição. Percebe-se que com o passar dos dias o desejo pela alta hospitalar foi aumentando, e quando o bebê não ganhava peso as adolescentes-mães eram tomadas pelo sentimento de ansiedade. A impossibilidade de ter um acompanhante e não poder sair do setor, dificultou o processo de adaptação no método, fazendo despertar sentimentos negativos, colocando em risco o desempenho da maternagem e as tornando vulneráveis ao sofrimento psíquico.

A presença da família e a participação do pai no método atuaram como condicionantes facilitares do processo de transição. Frente aos constantes términos de relacionamentos causados pela descoberta de uma gravidez não planejada, a presença do pai na UCINCa foi vista não somente como um suporte materno, mas sim, um meio de aproximação ao filho e participação nos cuidados. Ter o pai do bebê participando do método, foi poder “mostrar para a sociedade” que ela não foi abandonada pelo companheiro.

Como facilitador do processo transicional, as enfermeiras representaram nas narrativas a ponte para o acalcesse do empoderamento materno e o apoio mais presente e disponível. Os dados permitiram observar que as orientações de enfermagem foram focadas em cuidados básico ao RN como banho, troca de fralda, amamentação e oferta de leite por copinho, o que permitiu as adolescentes-mães sentir-se segura para realização dos cuidados. Porém, oberava-se a carência de orientações por parte das enfermeiras quanto as peculiaridades de cuidados com o RNPT e/ou BP e a identificação dos Sinais de Risco.

Vale lembrar que, as participantes do presente estudo foram adolescentes-mães que vivenciaram ou estavam vivenciando a segunda etapa do método. Ao analisar as falas das que já tinham vivenciado até mesmo a terceira etapa, não emergiu nenhuma fala quanto ao empoderamento de conhecimentos que contribuísse para diminuir possíveis complicações em relação aos sinais de risco, visto que, quando não identificados no domicílio podem levar o bebê a óbito.

Isso mostra que os enfermeiros não estão conseguindo atingir práticas nevrálgicas de educação em saúde no MC. O próprio método, no seu manual técnico, aponta os sinais de risco como algo que deve ser trabalhado ainda na primeira etapa.

A ida para UCINCa configura-se um estágio pré-alta, sendo fundamental ao enfermeiro cuidar-orientar-ouvir, pois só assim será possível conseguir identificar os condicionantes facilitadores e inibidores da maestria do cuidado materno, fundamental para a transição segura da adolescente-mãe da segunda para a terceira etapa do MC.

Assim, o estudo traz como contribuição a importante visibilidade a essas adolescentes-mães, visto ser um grupo negligenciado em termos científicos dentro do âmbito do MC. No tocante a área de enfermagem, foi possível perceber que as enfermeiras são peças fundamentais para o empoderamento dessa população, porém ao ler as narrativas, fica notório que o processo de ensino ainda é frágil. O estilo da prática educacional adotada pelas enfermeiras no presente estudo, surgiu no decorrer das análises das falas, não foi algo esgotado, ainda servindo para próximos estudos.

Ao analisar as narrativas do estudo, é possível perceber que a enfermeiras ensinam? Ensinam! Mas ensinam de uma forma tradicional, as vezes de modo descontextualizado, centralizado, mesmo assim, gera resultados positivos. Se já temos resultados positivos no contexto tradicional, o que então somos capazes de alcançar adotando um modelo contextualizado e dialógico?

No cenário da maternagem, é preciso saber como os profissionais enfermeiros encaram essa adolescente, como a segunda etapa do MC impacta no desenvolvimento dessa maternagem dentro de um período de transição (infância, adolescência, juventude e mãe).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANDREWS, C. et al. **Quality-Improvement Effort to Reduce Hypothermia Among High-Risk Infants on a Mother-Infant Unit**. PEDIATRICS Volume 141, number 3, March 2018:e20171214. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29444816>. Acesso em: 02/02/2020

ARAUJO, L. A; REIS, A. T. *Enfermagem na Prática Materno-Neonatal*. Editora Guanabara Koogan, 2012. 312p.

Asnong, C. et al. **Adolescents' perceptions and experiences of pregnancy in refugee and migrant communities on the Thailand-Myanmar border: a qualitative study** . *Reprod Health* 15, 83 (2018). doi: 10.1186/s12978-018-0522-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29789019/>. Acessado em: 12/04/2019.

BRASIL. Organização Pan-America da Saúde, Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). América Latina e Caribe têm a segunda taxa mais alta de gravidez na adolescência no mundo. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5604:america-latina-e-caribe-tem-a-segunda-taxa-mais-alta-de-gravidez-na-adolescencia-no-mundo&Itemid=820. Acesso em: 12/10/2019.

CAMINHA, N. O. et al. **Gestação na adolescência: descrição e análise da assistência recebida**. *Rev. Gaúcha Enferm.* vol.33 nº.3 Porto Alegre Sept. 2012.

CALAMEO, A. J.; REAL, M. F. **O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implementação**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(3):597 – 607, mar., 2006.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. São Paulo: Paulus Editora, 2010, p.167.

BORGES ALV et al. **Fertility rates among very young adolescent women: temporal and spatial trends in Brasil**. BMC Pregnancy and Childbirth (2016) 16:57
BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**, 2 ed., 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 204p.

_____. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: Manual da terceira etapa do método canguru na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 98p.

_____. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm . Acesso em: 12/10/2019.

_____. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método canguru: Manual técnico**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340p.

_____. **Gravidez na adolescência no Brasil: Vozes de Meninas e de especialistas**. Brasília: INDICA, 2017a.108p.

BRITO, M. A. C. **A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado – Uma teoria explicativa** – Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde, p. 269, 2012.

BULGACH, V. *et al.* **La importancia de la educacion sexual mediante talleres en salud sexual y reproductiva dictados a madres e padres en un hospital de alta complejidad**. Medicinal Infantil vol. XXVI nº 4 Diciembre 2019. Disponível em: https://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2019/xxvi_4_358.pdf .

Acesso em: 12/02/2019

CAETANO, L. C; SCOCHI, C. G. S; ANGELO, M. **Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família**. Rev Latino-am Enferm. 2005 jul/agost; 13(4):562-8.

CARVALHO, S.R & GASTALDO, D. **Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (Sup2): 2029 – 2040, 2008.

CHICK, N. & MELEIS, A. I. (1986) **Transitions: a nursing concern.** In: Chinn PL. *Nursing research methodology.* Maryland: Aspen.

CLIMACO, L.C.C et al. **Pré-natal masculino: um relato de experiência no contexto da educação em saúde.** *Enferm. Foco* 2020; 11 (2) 198 – 203.

CONG, X; LUDINGTON-HOE, S. M; MCCAIN, G; Fu, P. **Kangaroo care modifies preterm infant heart rate variability in response to heel stick pain: A pilot study.** *Early Human Development.* 85, 561–567, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19505775/> . Acesso em: 12/02/2019

DENG, Q; Li, Q; WANG, H. *et al.* **Early father-infant skin-to-skin contact and its effect on the neurodevelopmental outcomes of moderately preterm infants in China: study protocol for a randomized controlled trial.** *Trials* 19, 701, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30577818/> . Acesso em: 24/05/2019

DUARTE, F. C. P. **Preparo de alta para o cuidado domiciliar de recém-nascidos de baixo risco.** *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2019; 27:e 38523

FELDMAN, R., EIDELMAN, A. I. **Skin to skin contact (kangaroo care) accelerates autonomic and neurobehavioral maturation in preterm infants.** *Developmental Medicine Child Neurology*, 45, 274–281, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12647930/> . Acesso em: 12/02/2019

FERBER, S. G., MAKHOUL, I. R. **The effects of skin to skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: A randomized controlled trial.** *Pediatrics*, 113, 858–865, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15060238/> . Acesso em: 12/02/2019

FERNADES, R. F. M. *et al.* **Características do pré-natal de adolescentes em capitais das regiões sul e nordeste do Brasil.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1):80-86.

FERRARELLO D, HATFIELD L. **Barriers to skin-to-skin care during the postpartum stay.** Am J Matern Child Nurs.39(1):57–60, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24317145> . Acesso em: 12/02/2019

FERRO, R. P. **Caracterização dos casos de sífilis congênita com ênfase no esquema terapêutico em uma maternidade filantrópica no ES.** J Hum Growth Dev. 2020; 30(2):283-290.

GANATRA, B. *et al.* **Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010 - 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model.** www.thelancet.com vol. 390 november 25, 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext). Acesso em: 12/02/2019

Guia Prático de Atualização: Departamento Científico de Adolescência. **Prevenção da Gravidez na Adolescência.** Sociedade Brasileira de Pediatria, nº 11, janeiro 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Adolescencia_-_21621c-GPA_-_Prevencao_Gravidez_Adolescencia.pdf. Acesso em: 12/01/2019

Gomes, C. B. A. *et al.* **Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras.** Texto Contexto Enferm. 2019.

GONTIJO, T. L. *et al.* **Fatores associados ao método canguru no Brasil.** Rev. Med. Minas Gerais; 25 (3): 315-321, 2015.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. **Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(5):935-944, mai, 2012.

HABITO, C. M; VAUGHAN, C; MORGAN, A. **Adolescent sexual initiation and pregnancy: what more can be learned through further analysis of the demographic and health surveys in the Philippines.** BMC Public health (2019) 19:1142.

LAMY, Z. C. et al. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira.** Ciência & Saúde Coletiva, 10 (3):659 – 668, 2005.

LENTIRO, K. *et al.* **Risk factors of induced abortion among preparatory school student in Guraghe zone, Southern region, Ethiopia: a crossectional study.** BMC Women's Health (2019) 19:115. Disponível em: <https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-019-0813-3> .

Acesso em: 12/02/2019

LEUNG, H; SHEK, D. T. L; LEUNG, E; SHEK, E. Y. W. **Development of Contextually-relevant Sexuality Education: Lessons from a Comprehensive Review of Adolescent Sexuality Education Across Cultures.** Int. J. Environ. Res. Public Health 2019, 16,621. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6406865/> . Acesso em:12/02/2019

LIMA, K. D. F. et al. **Cuidados maternos no método canguru à luz da Teoria de Leininger.** J. res.: fundam. care. online 2019 abr/jun 11(4): 1005-1010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6848/pdf>. Acesso em: 20/09/2019.

LIN, C. J *et al.* **Long-term Outcomes for Teen Mothers Who Participated in a Mentoring Program to Prevent Repeat Teen Pregnancy.** Journal of the National Medical Association Volume 111, Issue 3, June 2019, Pages 296-301

LOPES, T.R. I. G et al. **Humanização dos cuidados aos recém-nascido no método canguru: relato de experiência.** Rev. enferm UFPE online., Recife, 11 (11):4492-7, nov., 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25089/24746>

Acesso em: 24/05/2019.

MACHADO, M. V. P, ZAGONEL, I. P. S. **O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno**. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v8 n.2, p. 26-33, jul./dez. 2003.

MARTINS, A. J. V. S.; SANTOS, I. M. M. **Vivendo do outro lado do método canguru: a experiência materna**. Rev. Eletr. Enf. 2008;10(3):703-10.

MEDEIROS, L. G. S. **Método Canguru: percepção materna e estratégia de enfrentamento**. 2016. 94f. Dissertação (Mestrado). Universidade de Santos, Santos, 2016.

MELEIS, A. I *et al.* **Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory**. **Ad-vancedNursing Science**. 2000, vol. 23(3), pp. 12-28.

MELEIS, A. I. **Theoretical Nursing Development & Progress Fourth**. Copyright, Fourth Edition, 2007

MELEIS, A. I.; SAWYER, L.M.; Im, E.; MESSIAS, D.K. & SCHUMACHER, K. (2010). **Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory**. In: A. I. Meleis. **Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MELO, S. E; MELO, O. O; SUARES, N. **Modelo multinivel de tasa global de ganancia de peso en el programa madre canguro en Bogotá**. Rev. salud pública vol.18 no.2 Bogotá mar./abr. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124>. Acesso em: 09/07/2019.

MENEZES, M. A *et al.* **Recém-nascidos prematuros assistidos pelo método canguru: avaliação de uma corte do nascimento aos seis meses.** Rev. Paul Pediatr 2014; 32(2):171-7.

MONTEIRO, D. L. M. *et al.* **Adolescent pregnancy trends in the last decade.** Rev. Assoc. Med. Bras. vol. 65 nº 9 São Paulo Sept. 2019 Epub Oct 10, 2019.

MOTTA, M; JESUS, M. P.; MORAES, F. R. **Dificuldades e desafios do pré-natal sob a perspectiva das adolescentes grávidas.** Adolesc. Saude, Rio de Janeiro, v 14, n. 3, p. 54-62, jul/set 2017.

MYNAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

NEVES, P. N.; RAVELLI, A. P. X; LEMOS, J. R. D. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (método mãe canguru): percepção de puérperas.** Rev. Gaúcha Enferm. (Online). 2010. vol.31, nº 1, pp. 48-54. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472010000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 23/06/2019

OLIVEIRA, M. C. *et al.* **Método Canguru: percepções das mães que vivenciam a segunda etapa.** J. rev: fundam. care. online 2015. jul/set. 7(3): 2939-2948. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3898/pdf_1652. Acesso em 12/02/2019

OLIVEIRA, R. B. B; PEIXOTO, A. M. C. L; CARDOSO, M. D. **Sífilis em gestantes adolescentes de Pernambuco.** Adolesc. Saude. 2019; 16(2):47-56.

ORINGANJE, C. *et al.* **Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescentns (Review).** Cochrane Database of Systematic Reviews 2016. Issue 2.Art. No.: CD005215. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26839116>. Acesso em: 12/02/2019

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REPUBLICA DEL COLOMBIA. **Actualización de los Lineamientos Tecnicos para la implementación de Programas Madre Canguru em Colombia, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro e de dajo peso al nascer**. Lineamientos Ministerio de Saludy y Protección Social, 2017. 193 p.

RODRIGUES, D. P. *et al.* **Care for both mother and child immediately after childbirth: a descriptive study**. Online braz j nurs [internet] 2014 Jun [cited month day year]; 13 (2): 227-38. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4231/pdf_142 . Acesso em: 25/03/2019

ROSSATO, N. E. **Un nuevo enfoque en pos del sueño seguro de los lactantes**. Arch Argent Pediatr 2019;117(6):354-355. Disponível em: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n6a01.pdf>. Acesso em: 02/02/2020

SÁ, F. E. *et al.* **Relações interpessoais entre os profissionais e as mães de prematuros da unidade canguru**. RBPS, Fortaleza, 23(2): 144-149, abr./jun., 2010.

SALES, I. M. M. *et al.* **Contribuições da equipe enfermagem na segunda etapa do Método Canguru: Implicações para a alta hospitalar do recém-nascido**. Esc. Anna Nery vol.22 no.4 Rio de Janeiro **2018**. Epub Dec 03, 2018.

SALES, I. M. M. *et al.* **Sentimentos de mães na unidade canguru e as estratégias de suporte dos profissionais de enfermagem**. Rev Cuid 2018; 9(3): 2413-22.

SALES, I. M. M. *et al.* **Contribuições da pesquisa enfermagem na segunda etapa do método canguru: Implicações para alta hospitalar no recém-nascido**. Esc. Anna Nery, vol. 22 nº 4. Rio de Janeiro 2018 Epub Dec 03,2018.

SANCHES, M. T. C. *et al.* **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

SANTOS *et al.* **O método de história de vida na pesquisa em educação especial.** Rev. Bras., Marília, v. 1, n. 2, p. 235-250 (edição especial), maio/ago, 2004.

SANTOS, H. M. *et al.* **Banho enrolado em bebês prematuros em unidade neonatal: a prática na perspectiva de enfermeiros.** Rev. Rene. 2020; 21: e 42454.

SANTOS, I. M. M; MARTINS, A. J. V. **Vivendo do outro lado do método canguru: a experiência materna.** Rev. Eletr. Enf. 2008; 10 (3):703-10.

SCHUMACHER, KAREN L. & MELEIS, A. I. (2010). **Transitions: A Central Concept in Nursing.** In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice.* New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

SHATTNAWI. K. K; AI-ALI, N. **The Effect of Short Duration Skin to Skin Contact on Premature Infants' Physiological and Behavioral Outcomes: A Quase-Experimental Study.** Journal of Pediatric Nursing, vol. 46, E 24- E 28, May 01, 2019. Doi: 10.1016/j.pedn. 2019.02.005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30782417>. Acesso em: 12/04/2019

SIERRA, A. M. *et al.* **Embarazos adolescentes y representaciones sociales (León, Guanajuato, México, 2016-2017).** Rev.latinam.cienc.soc.niñez juv vol.17 no.1 Manizales Jan./June 2019. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v17n1/2027-7679-rlcs-17-01-00315.pdf>. Acessado em: 10/12/2019

SMITH, E.R., BERGELSON, I., CONSTANTIAN, S. *et al.* **Barriers and enablers of health system adoption of kangaroo mother care: a systematic review of caregiver perspectives.** *B.M.C. Pediatr.* 17, 35, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5267363>

SPEHAR, M. C; SEIDL, E. M. F. **Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia.** *Psicol. Estud.* vol. 18 nº 4, Maringá Oct./ Dec. 2013.

STELMAK, A. P; FREIRE, M. H. S. **Share applicability recommended by kangaroo method.** *Rev Fund Care Online.* 2017 jul/sep; 9(3):795-802. Disponível em : [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/4429-32763-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/4429-32763-1-PB%20(4).pdf) . Acesso em 12/02/2019

Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

SEHNEM, G. D. *et al.* **Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros.** *Revista de Enfermagem Referência* 2020, Série V, nº1: e19050

TEIXEIRA, L. A. *et al.* **Necessidades de saúde mental de adolescentes e os cuidados de enfermagem: revisão integrativa.** *Texto & Contexto Enfermagem* 2020, v. 29: e20180424

TUROVA, V. *et al.* **Machine learning models for identifying preterm infants at risk of cerebral hemorrhage.** *PLOS ONE* <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227419> January 15, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0227419>. Acesso em: 02/02/2020

UNICEF Brasil, Fundação Itaú Social, Instituto Ayrton Senna. **Adolescentes e Jovens do Brasil: Participação Social e Política.** Nov. 2007. p. 84. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/3596/file/Adolescentes_e_jovens_do_Brasil_Participacao_Social_e_Politica.pdf. Acesso em: 02/03/2019

VERONEZ, M. *et al.* **Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diário de campo.** *Rev. Gaúcha Enferm.* 2017.

VITTNER, D. *et al.* **Increase in Oxytocin From Skin-to-Skin Contact Enhances Development of Parent–Infant Relationship.** First, Published October/ 11, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29017336/> Acesso: 12/02/2019

KIMBALL, A. *et al.* **Missed Opportunities for Prevention of Congenital Syphilis – United States, 2018.** MMWR Mord Mortal Wkly Rep 2020; 69:661- 665. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6922a1.htm#:~:text=Nationally%2C%20the%20most%20commonly%20missed,prevalences%20of%20these%20missed%20opportunities>. Acesso em: 15/04/2019

KONG, L. *et al.* **The relationship between effort–reward imbalance and empathy among clinical nurses: A cross-sectional online survey.** *J Clin Nurs*; 29(17-18): 3363-3372, 2020 Sep. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15367>. Acesso em: 02/03/2020

Wilson, N., Wynter, K., Anderson, C. *et al.* **More than depression: a multi-dimensional assessment of postpartum distress symptoms before and after a residential early parenting program.** *B.M.C. Psychiatry* 19, 48, 2019. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2024-8> . Acesso em: 12/02/2019

APÊNDICES

APÊNDICE "A"



Secretaria Municipal de Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401

Centro - RJ

CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Convidamos a senhora a participar, voluntariamente, da pesquisa que tem como título: **“Vivência da adolescente-mãe na segunda etapa do método canguru: contribuições para o cuidar em enfermagem”**.

Este estudo tem como objetivos: analisar a experiência vivenciada pela adolescente-mãe na segunda etapa do método canguru e discutir a contribuição da enfermagem para o desenvolvimento da maternagem a partir da vivência da adolescente-mãe na segunda etapa do método canguru. Pedimos que leia as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento, e caso haja algum desconforto poderá se recusar a participar da pesquisa sem dar nenhuma explicação:

Sua participação na pesquisa é voluntária e não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização da entrevista prevista neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

As entrevistas serão individuais, realizadas dentro da maternidade, sendo mantida a privacidade. Elas serão gravadas (em aparelho de celular) e posteriormente transcritas (passadas para o papel). O material das entrevistas ficará sob a minha guarda, por cinco anos, e será usado apenas para fins de pesquisa. Após o tempo determinado os arquivos digitais (gravados) serão excluídos e os impressos (papéis) incinerados (queimados).

A senhora poderá ter acesso a esse material a qualquer momento, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias. Seus dados pessoais (nome, endereço) serão mantidos em sigilo, assim como o nome de todas as pessoas que a senhora venha a falar.

A senhora poderá pedir todos os esclarecimentos que quiser, antes, durante e depois da realização da entrevista. Caso haja algum desconforto, terá total liberdade

de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem dar nenhuma explicação, não havendo nenhuma penalização.

Sua participação não prejudicará a saúde de sua família pois esta pesquisa não acarreta riscos previstos à sua saúde física, mental e psicológica. Caso a senhora demonstre constrangimento e desconforto psicológico, emocional e físico ou eu como pesquisadora responsável note algum desses episódios, a entrevista será imediatamente suspensa e se for de sua vontade daremos prosseguimento. É garantido o direito à indenização diante de eventuais danos associados ou decorrentes desta pesquisa.

As informações fornecidas pela senhora serão analisadas junto com as de outros mães que serão entrevistadas nesta pesquisa, sempre garantindo o sigilo e anonimato de todos os participantes, em todas as fases da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012 (documento do Conselho Nacional de Saúde que explica sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos).

Os resultados da pesquisa serão divulgados através da dissertação de mestrado em enfermagem e também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica, sempre resguardando o anonimato dos participantes.

Os resultados da pesquisa poderão contribuir para a melhoria do cuidado aos recém-nascidos, ampliar a participação no método canguru e promover discussões científicas sobre o tema.

A senhora receberá uma via do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, pelos telefones acima citados, em caso de qualquer dúvida ou esclarecimento.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, a Sra. deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 2215-1485. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, _____ residente à _____ concordo em participar do estudo intitulado **“Vivência da adolescente-mãe na segunda etapa do método canguru: contribuições para o cuidar em enfermagem”**.

Eu fui completamente orientado pela Bruna Miquelam Guimarães, que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma via da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, patrocinado pelo próprio pesquisador responsável, e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador.

Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Investigador: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____

Participante: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____

Pesquisadora Responsável: Bruna Miquelam Guimarães. Telefone para contato: (21)99660-6955. E-mail: brunamiquelam@gmail.com

Orientadora Responsável: Inês Maria Meneses dos Santos. Telefones: (21) 984740384 E-mail: inesmeneses@gmail.com

Secretaria Municipal de Saúde, Comitê de Ética em Pesquisa. Telefone: 2215-1485. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Apêndice "B"



Secretaria Municipal de Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401

Centro - RJ

CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS)

Prezada Senhora,

Convidamos você a participar, voluntariamente, da pesquisa que tem como título: **“Vivência da adolescente-mãe na segunda etapa do método canguru: contribuições para o cuidar em enfermagem”**.

Este estudo tem como objetivos: analisar a experiência vivenciada pela adolescente-mãe na segunda etapa do método canguru e discutir a contribuição da enfermagem para o desenvolvimento da maternagem a partir da vivência da adolescente-mãe na segunda etapa do método canguru. Pedimos que leia as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento, e caso haja algum desconforto poderá se recusar a participar da pesquisa sem dar nenhuma explicação:

Sua participação na pesquisa é voluntária e não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização da entrevista prevista neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

As entrevistas serão individuais, realizadas dentro da maternidade, sendo mantida a privacidade. Elas serão gravadas (em aparelho de celular) e posteriormente transcritas (passadas para o papel). O material das entrevistas ficará sob a minha guarda, por cinco anos, e será usado apenas para fins de pesquisa. Após o tempo determinado os arquivos digitais (gravados) serão excluídos e os impressos (papéis) incinerados (queimados).

Você poderá ter acesso a esse material a qualquer momento, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias. Seus dados pessoais (nome, endereço) serão mantidos em sigilo, assim como o nome de todas as pessoas que você venha a falar.

Você poderá pedir todos os esclarecimentos que quiser, antes, durante e depois da realização da entrevista. Caso haja algum desconforto, terá total liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem dar nenhuma explicação, não havendo nenhuma penalização.

Sua participação não prejudicará a saúde de sua família pois esta pesquisa não acarreta riscos previstos à sua saúde física, mental e psicológica. Caso você demonstre constrangimento e desconforto psicológico, emocional e físico ou eu como pesquisadora responsável note algum desses episódios, a entrevista será imediatamente suspensa e se for de sua vontade daremos prosseguimento. É garantido o direito à indenização diante de eventuais danos associados ou decorrentes desta pesquisa.

As informações fornecidas pela senhora serão analisadas junto com as de outras mães que serão entrevistadas nesta pesquisa, sempre garantindo o sigilo e anonimato de todos os participantes, em todas as fases da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012 (documento do Conselho Nacional de Saúde que explica sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos).

Os resultados da pesquisa serão divulgados através da dissertação de mestrado em enfermagem e também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica, sempre resguardando o anonimato dos participantes.

Os resultados da pesquisa poderão contribuir para a melhoria do cuidado aos recém-nascidos, ampliar a participação no método canguru e promover discussões científicas sobre o tema.

Você receberá uma via do TALE (Termo de Assentimento Livre e Esclarecido) e poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, pelos telefones acima citados, em caso de qualquer dúvida ou esclarecimento.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 2215-1485. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, _____ residente à _____ concordo em participar do estudo intitulado **“Vivência da adolescente-mãe na segunda etapa do método canguru: contribuições para o cuidar em enfermagem”**.

Eu fui completamente orientado pela Bruna Miquelam Guimarães, que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma via da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, patrocinado pelo próprio pesquisador responsável, e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador.

Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Investigador: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____

Responsável: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____

Adolescente: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____

Pesquisadora Responsável: Bruna Miquelam Guimarães. Telefone para contato: (21)99660-6955. E-mail: brunamiquelam@gmail.com

Orientadora Responsável: Inês Maria Meneses dos Santos. Telefones: (21) 984740384 E-mail: inesmeneses@gmail.com

Secretaria Municipal de Saúde, Comitê de Ética em Pesquisa. Telefone: 2215-1485. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

APÊNDICE "C" INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Características do perfil dos Participantes

1- Código do participante: _____ 2- Data da entrevista: _____

Dados Socioeconômicos

3- Idade: _____ 4- Situação conjugal: _____ 5 - Escolaridade: _____

6 - Profissão: _____ 7 - Renda familiar _____

8 - Bairro: _____

9 - N° de pessoas que moram na casa: _____ 10 - N° de cômodos: _____

11 - N° de filhos vivos: _____

Dados Obstétricos

12 - N° de consultas de pré-natal: _____ 13 - História Obstétrica: G__P__A__

14 - Gestação planejada: () sim () não

15 - Gestação desejada: () sim () não

16 - Intercorrências obstétricas:

17 - Tipo de parto: () cesárea () vaginal

18 - Intercorrências no parto: _____

Dados do Recém-Nascido

19 - Diagnóstico do RN: _____

20 - Idade gestacional: _____ 20 - Peso ao nascimento: _____

21 - Data de Nascimento: ___/___/___ 22 -Apgar: _____

23 - Tempo de hospitalização na UTIN: _____

24 - Utilizou auxílio de ventilação artificial: () sim Qual: _____ () não

Método Canguru

25 - Por quanto tempo fica (va) com o bebê na posição canguru: _____

26 - Quais outros membros da família fazem/fizeram a posição canguru: _____

27 – Qual(is) profissional(is) orientou sobre o método canguru?

Questão Norteadora da Entrevista

— “Conte-me sobre sua vivência em ser mãe na segunda etapa do método canguru”.

APÊNDICE D - Folha de Rosto Plataforma Brasil



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: VIVÊNCIA DA ADOLESCENTE-MÃE NA SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO CANGURU: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 20			
3. Área Temática: <u>Enfermagem</u>			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Bruna Miquelam Guimarães			
6. CPF: 106.690.447-25	7. Endereço (Rua, n.º): rua Octávio Cabral, nº 730 Jardim América ap.310 ITAGUAI RIO DE JANEIRO 23810305		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 21996606955	10. Outro Telefone:	11. Email: brunamiquelam@gmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do paramProjeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao paramProjeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p style="text-align: center;">Data: <u>16</u> / <u>01</u> / <u>2019</u></p> <p style="text-align: right;"><u>Bruna Miquelam Guimarães</u> Assinatura <u>020515192019</u></p>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE	13. CNPJ: 29.468.055/0090-88	14. Unidade/Orgão: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE	
15. Telefone: (21) 2595-8577	16. Outro Telefone: <u>Hospital Maternidade Carmela Dutra</u>		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>Silvia Eurides Soares Veiga</u> CPF: <u>024213607-90</u></p> <p>Cargo/Função: <u>DIRETORIA GERAL</u></p> <p>Data: <u>07</u> / <u>02</u> / <u>2019</u></p> <p style="text-align: right;"><u>Dra. Silvia Eurides Soares Veiga</u> Diretora Geral Hospital Maternidade Carmela Dutra Mat. 11213776-8 - CRM 52.66095-7 Assinatura</p>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			