

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ROMILDA RAYANE GODOI SOUZA

**USO DA BOLSA CANGURU EM BEBÊS A TERMO
SAUDÁVEIS: A RELAÇÃO COM A AMAMENTAÇÃO E A
PERCEPÇÃO MATERNA**

GOIÂNIA, 2017

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

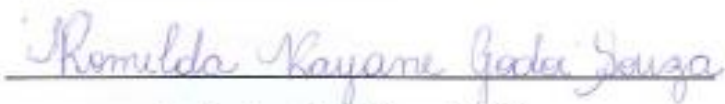
Nome completo do autor: Romilda Rayane Godoi Souza

Título do trabalho: Uso da bolsa canguru em bebês a termo saudáveis: a relação com a amamentação e a percepção materna

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento **SIM** **NÃO**¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.



Data: 25 /04 /2017

Assinatura do (a) autor (a)

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

ROMILDA RAYANE GODOI SOUZA

**USO DA BOLSA CANGURU EM BEBÊS A TERMO
SAUDÁVEIS: A RELAÇÃO COM A AMAMENTAÇÃO E A
PERCEPÇÃO MATERNA**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da
Universidade Federal de Goiás para a obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.*

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana

Linha de pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o
cuidar em saúde e enfermagem

Orientadora: Thaíla Corrêa Castral

Co-orientadora: Karina Machado Siqueira

GOIÂNIA, 2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Rayane Godoi Souza, Romilda

Uso da bolsa canguru em bebês a termo saudáveis: a relação com a amamentação e a percepção materna [manuscrito] / Romilda Rayane Godoi Souza. - 2017.

128 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Thaila Corrêa Castral; co-orientador Dr. Karina Machado Siqueira.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2017.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, fotografias, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Contato pele a pele. 2. Aleitamento Materno. 3. Autoeficácia. 4. Alojamento Conjunto. 5. Recém-nascido a termo. I. Corrêa Castral, Thaila, orient. II. Título.

CDU 616-083

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE ROMILDA RAYANE GODOI SOUZA – Aos vinte e cinco dias do mês de abril de dois mil e dezessete (25/04/2017), às 09h00min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Prof^o. Dr^a. Thaila Corrêa Castral (orientadora/Presidente/PPGENF/FEN/UFG), Prof^o. Dr^a. Marcela Maria Faria Peres Cavalcante (membro externo/PUC-GO) e Prof^o. Dr^a. Denize Bouttlet Munari (membro interno/PPGENF/FEN/UFG), sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada na sala de aula Alzira Rezende da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para procederem à avaliação da defesa de dissertação intitulada: **"USO DA BOLSA CANGURU EM BEBÊS A TERMO SAUDÁVEIS: SUA RELAÇÃO COM A AMAMENTAÇÃO E A PERCEPÇÃO MATERNA"**, em nível de Mestrado, área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA**, de autoria de **Romilda Rayane Godoi Souza**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela presidente da Banca Examinadora, Prof^o. Dr^a. Thaila Corrêa Castral, que fez a apresentação formal dos membros da Banca. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Dissertação que, em 40 minutos, procedeu à apresentação de seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta na Resolução nº. 1403/2016 do Conselho de Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura (CEPEC), que regulamenta o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a dissertação foi APROVADA, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da dissertação, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta dissertação para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 30 dias. Cumpridas as formalidades de pauta, a presidente da banca encerrou esta sessão de defesa de dissertação e para constar eu, Julianna Malagoni Cavalcante Oliveira, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei a presente Ata que depois de lida e aprovada será assinada pelos membros da Banca Examinadora em três vias de igual teor. A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da dissertação: _____

Thaila Corrêa Castral
Prof^o. Dr^a. Thaila Corrêa Castral

Orientadora-Presidente/PPGENF/FEN/UFG

Denize Bouttlet Munari
Prof^o. Dr^a. Denize Bouttlet Munari
Membro interno/PPGENF/FEN/UFG

Marcela Maria Faria Peres Cavalcante
Prof^o. Dr^a. Marcela Maria Faria Peres Cavalcante
Membro externo/PUC-GO

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus familiares e a todos que empenharam na elaboração do mesmo e desejaram, tanto quanto eu, um resultado legítimo.

Agradecimentos

Hoje o sentimento que inunda meu coração se chama gratidão e transborda em alegria. Porque sei que nunca estive sozinha durante o desenvolvimento deste estudo. Por isso, tenho muito o que agradecer e a muitas pessoas.

Agradeço a Deus, primeiramente, por ter me dado o dom mais precioso que é a vida e por me permitir saúde, força e sabedoria para iniciar e finalizar essa etapa de estudos. A ti toda Honra, Glória e Gratidão.

Agradeço a minha família, meu pai Carlos Jacinto de Souza, minha mãe Angelita de Godoi Lobo Souza, a meus irmãos Karla Cristiny Godoi Souza de Camargos e Jhonathan Phelipe de Godoi Azevedo por terem sido meu apoio e a minha base mais sólida, por me apoiarem sempre nos estudos e por serem meus maiores incentivadores. Eu não conseguiria sem a ajuda de vocês. Agradeço também aos meus pequenos sobrinhos, Ana Clara e Pedro, que sempre alegrem meus dias, a vocês, um abraço apertado da titia.

Agradeço a meu amado namorado, Vinícius Gonçalves Braga, que me deu força, conselhos, motivação. Acalmou-me quando pensei que não conseguiria e me impulsionou a fazer e a ser melhor a cada dia. Sem você essa conquista não teria a mesmo sabor.

Agradeço aos demais familiares, avós, tios, tias, primos, primas, sobrinhos, cunhados, sogro e sogra que souberam compreender minha ausência em muitas confraternizações de família e por me incentivarem a crescer na vida profissional.

Agradeço a minha querida orientadora, Professora Dra. Thailla Corrêa Castral, por ter confiado no meu trabalho e por ter me ensinado a ser uma profissional mais competente. Aprendi muito nestes dois anos de mestrado e devo meu crescimento profissional a muitos de seus ensinamentos.

Agradeço a minha querida co-orientadora, Professora Dra. Karina Machado Siqueira, por ter aceitado participar deste trabalho e por compartilhar comigo todo seu conhecimento, me orientando mesmo com um bebê pequeno em casa. Tenho uma admiração muito grande pelo seu trabalho desde a graduação. Contigo também aprendi a ser uma profissional melhor. Obrigada por tudo!

Agradeço a todos os auxiliares de pesquisa, Danielle, Raquel, Julyana, Natália, Lorrany, Thamires, Thaynara, Taynara, Luana, Laura, Iana, Sarah, Lisandra, por todo empenho na coleta de dados, sem vocês eu não teria conseguido.

Agradeço as minhas queridas amigas, Paulie, Priscielle e Raquel, que desde a graduação compartilham comigo os diversos momentos da vida. Obrigada por serem amigas de verdade, pelo ombro amigo que sempre me acolhe. Por me proporcionarem tantos momentos de alegria em meio aos dias corridos da vida de mestranda.

Agradeço a minha querida amiga, Marília Mendes, que com seu jeito amoroso, sempre me ajudou, compartilhando comigo os sentimentos oscilantes que a vida nos proporciona. Obrigada por todas as caronas e por me incentivar a ir no Congresso na Itália. Parecia algo tão distante, mas através da sua motivação e ajuda consegui conquistar mais este sonho.

Agradeço as queridas Julyana Cardoso e Daniele Olsson, por compartilharem comigo tantos momentos durante o mestrado. Obrigada Ju, por esse coração tão bom e por ser uma

excelente companheira de trabalho. Obrigada Dani, por compartilhar comigo o cansaço da coleta de dados, de domingo a domingo, pela viagem que realizamos juntas para apresentar o trabalho na Itália. Foi muito bom conhecer um pouco mais de vocês durante esses dois anos, sou muito grata pela amizade de ambas.

Agradeço a minha querida amiga, Suiany Bueno, amiga de longa data, amizade verdadeira da infância. Agradeço pela atenção de sempre, por ser tão presente em minha vida e por sempre me motivar e animar com suas palavras sábias.

Agradeço as Irmãs da Comunidade Loyola, em especial, as Irmãs Giuliana, Martina e Antonela, e a querida Adriani, que me ajudaram a ter hospedagem na cidade de Trieste e em Roma, quando fui apresentar o trabalho com resultados parciais dessa dissertação. Essa viagem não teria a mesma graça se não fosse pela recepção amorosa das Irmãs na Itália.

Agradeço a todos da ONG bebê canguru, em especial a Luciene Godoy que financiou as bolsas canguru e nos apoiou na realização da pesquisa desde o início. Obrigada ser uma pessoa tão motivadora, por levar a frente esse projeto tão lindo que é o bebê canguru, que ajuda tantas mães.

Agradeço ao núcleo de pesquisa GESMAC por todo aprendizado disponibilizado durante a graduação e pós-graduação.

Agradeço a professora Dra. Ruth Minamisava, que contribuiu na avaliação deste trabalho na disciplina de Seminários II e demais momentos da pesquisa.

Agradeço as professoras Dra. Marcela Maria Faria Peres Cavalcante, Dra. Ana Karina Marques Salge, Dra. Flaviana Vieira pelas ricas contribuições no meu exame de qualificação, o olhar de vocês auxiliou no aprimoramento deste trabalho.

Agradeço as professoras Dra. Marcela Maria Faria Peres Cavalcante, Dra. Denize Bouttelet Munari, Dra. Ana Karina Marques Salge, Dra. Flaviana Vieira por terem aceitado participar da minha banca de defesa de mestrado, como efetivas ou suplentes. Confio na competência do trabalho de vocês, obrigada pelo sim.

Agradeço aos meus colegas de graduação por estes dois anos de mestrado, pelas disciplinas que realizamos juntos e todo conhecimento compartilhado.

Agradeço aos profissionais do Hospital e Maternidade Dona Íris que me acolheram em todos os setores na maternidade para a realização deste estudo.

Agradeço a todos da família FEN que auxiliaram de alguma forma para a realização do estudo.

Agradeço a CAPES, que me proporcionou 2 anos de bolsa, para que eu me dedicasse exclusivamente as atividades do mestrado.

Por fim e não menos importante, agradeço a todas as mães que aceitaram participar deste estudo. Vocês foram imprescindíveis para o resultado desta pesquisa. Obrigada por terem me recebido em suas residências e por me receberem tão bem.

Muito obrigada a todos!

“Para servir, servir. Porque para fazer as coisas, é necessário, em primeiro lugar, saber concluí-las. Não acredito na retidão de intenção de quem não se esforça por conseguir a competência necessária, para cumprir bem os trabalhos de que está encarregado. Não basta querer fazer o bem, é preciso saber fazê-lo”

São Josemaría Escrivá

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	10
LISTA DE TABELAS.....	11
LISTA DE SIGLAS	12
RESUMO	13
ABSTRACT.....	14
RESUMEN.....	15
1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	21
2.1. Objetivo Geral.....	21
2.2. Objetivos Específicos.....	21
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	22
3.1. Método canguru e contato pele a pele: definição, terminologias, histórico, benefícios.....	22
3.2. Aleitamento Materno e sua relação com o contato pele a pele.....	30
4. REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	36
5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	43
5.1. Tipo de Estudo.....	43
5.2. Local do Estudo.....	43
5.3. Amostra e Participantes.....	44
5.3.1 Amostra.....	44
5.3.2 Critérios de inclusão.....	45
5.3.3 Critérios de exclusão.....	45
5.4. Aspectos Éticos.....	46
5.5. Procedimento de coleta de dados.....	46
5.6. Instrumentos.....	48
5.6.1 Questionário de Aleitamento materno.....	49
5.6.2 Escala de Autoeficácia da Amamentação.....	49
5.6.3 Entrevista no domicílio.....	50

5.7. Análise de dados.....	50
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
6.1. Artigo 1 – Uso da bolsa canguru em bebês a termo: relação com aleitamento e autoeficácia da amamentação.....	59
6.2. Artigo 2 – Nova maternagem: percepção materna do uso de bolsa canguru em bebês a termo saudáveis.....	75
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE 1.....	99
APÊNDICE 2.....	101
APÊNDICE 3.....	103
APÊNDICE 4.....	105
APÊNDICE 5.....	107
APÊNDICE 6.....	111
APÊNDICE 7.....	112
APÊNDICE 8.....	113
APÊNDICE 9.....	121
ANEXO 1.....	122
ANEXO 2.....	125

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Ciclo 4D da Investigação Apreciativa. Elaboração própria baseada em Cooperider, Whitney (2005), p.16.....	40
Figura 2. Fluxograma da coleta de dados da etapa 1 e 2.....	48
Quadro 1. Composição do eixo central “Nova forma de maternar: um cuidado que une e acalma” e “ <i>Cuidado facilitado e compartilhado: mãe, pai e familiares mais próximos do bebê</i> ”. Goiânia-GO, 2016.....	51
Quadro 2. Trechos de descrições e unidades de sentido do eixo central “ <i>Nova forma de maternar: um cuidado que une e acalma</i> ”, baseado no Método da Análise Qualitativa da Investigação Apreciativa. Goiânia-GO, 2016.....	52
Quadro 3. Trechos de descrições e unidades de sentido do eixo central “ <i>Cuidado facilitado e compartilhado: mãe, pai e familiares mais próximos do bebê</i> ”, baseado no Método da Análise Qualitativa da Investigação Apreciativa. Goiânia-GO, 2016.....	54
Quadro 4. Trechos de descrições e unidades de sentido do eixo central ‘ <i>Desafios a serem superados para melhorar e ampliar a utilização da bolsa canguru</i> ’, baseado no Método da Análise Qualitativa da Investigação Apreciativa. Goiânia-GO, 2016.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Frequência do uso da bolsa canguru pela mãe e familiares. Goiânia, 2016.....63

Tabela 2. Características do aleitamento materno exclusivo e uso da bolsa canguru. Goiânia, 2016.64

Tabela 5. Escores da Escala de Autoeficácia da Amamentação (EAA), segundo a classificação por escore e por domínio. Goiânia, 201664

LISTA DE SIGLAS

ALCON – Alojamento Conjunto

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

BSES-SF – *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form*

CPN – Centro de Parto Normal

EAA – Escala de Autoeficácia da Amamentação

IC – Intervalo de Confiança

MC – Método Canguru

MS – Ministério da Saúde

NBCAL – Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

RN – Recém-nascido

RR – Razão de risco

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCINca – Unidade de Cuidado Intermediário Canguru

UN – Unidade Neonatal

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

O contato pele a pele precoce até uma hora após o nascimento, para todo bebê que nasce saudável, está associado ao início precoce do aleitamento materno, sucesso na primeira mamada, estabilidade cardiorrespiratória e da glicose sanguínea. No entanto, esse contato, usualmente, não é mantido em Alojamento Conjunto (ALCON) ou em domicílio, em bebês a termo. Acreditamos que a aproximação entre mãe e bebê por meio do uso da bolsa canguru possa beneficiar também os bebês a termo saudáveis. O objetivo deste estudo foi identificar os benefícios para amamentação, do contato materno prolongado em bebê a termo saudável, por meio do uso da bolsa canguru, em ALCON e domicílio, e a percepção materna dessa experiência. O estudo foi realizado em duas etapas. A etapa 1, com abordagem quantitativa, do tipo descritivo transversal e a etapa 2 teve abordagem qualitativa, embasada no referencial metodológico da investigação apreciativa. A amostra inicialmente constituiu-se de 98 mães que aceitaram usar a bolsa canguru e responderam à uma ligação telefônica realizada entre o primeiro e segundo mês de vida do bebê (29-81 dias) para verificar a frequência do uso da bolsa canguru, aplicar a Escala da Autoeficácia da Amamentação (EAA) e para obter dados da amamentação. Realizamos análise quantitativa por meio de frequência absoluta, média e desvio padrão; e testes de associação entre as variáveis. Os dados qualitativos foram obtidos por meio de visita domiciliar a 23 mães, com três perguntas norteadoras e foram analisados de acordo com a análise de conteúdo, modalidade temática, e ancorada nos princípios da investigação apreciativa. Todas as mães usaram a bolsa canguru no ALCON, entretanto, em domicílio 39,8% utilizaram três ou mais vezes por semana. O escore da EAA de todas as mães foi classificado como alto. Permaneceram em aleitamento materno exclusivo (AME) 70,4% dos bebês. Identificamos a associação entre o AME e o uso da bolsa canguru em domicílio, usando pelo menos uma vez após a alta (valor- $p = 0,014$). As mães relataram que a posição canguru promoveu melhoria no contato mãe-bebê; maior autonomia, independência materna; bebê mais calmo e seguro; redução das cólicas; melhoria do sono; aproximação do bebê aos familiares; além da necessidade de disseminação do conhecimento e adaptação das mães quanto ao uso da bolsa canguru. Os resultados sugerem benefício da bolsa canguru quanto à amamentação para bebês a termo saudáveis na amostra estudada. Assim, o uso da bolsa canguru configura-se como uma nova forma de maternar, ao contribuir com desenvolvimento do bebê e na melhoria na relação materna e familiar.

Palavras-chave: Contato pele a pele; Aleitamento Materno; Bebê a termo; Alojamento Conjunto; Enfermagem pediátrica; Autoeficácia.

ABSTRACT

Early skin-to-skin contact up to one hour after birth for every unborn child is associated with early initiation of breastfeeding, success at first feeding, cardiorespiratory stability, and blood glucose. However, this contact is usually not maintained in rooming-in care or at home, in term infants. We believe that the proximity between mother and baby through the use of kangaroo bag may also benefit healthy term infants. The objective of this study was to identify the benefits to breastfeeding of prolonged maternal contact in a healthy term baby, through the use of the kangaroo bag in rooming-in care and at home, and the maternal perception of this experience. This study was carried out in two stages. Stage 1, with a quantitative approach, of transversal descriptive type and stage 2 had a qualitative approach, based on the methodological framework of appreciative investigation. The sample initially consisted of 98 mothers who accepted to use the kangaroo bag and answered a phone call between the first and second month of the baby's life (29-81 days) to verify the frequency of use of the kangaroo bag, to apply the Breastfeeding Self-Efficacy Scale/Short Form (BSES-SF) and to obtain breastfeeding data. We performed quantitative analysis by means of absolute frequency, mean and standard deviation; and tests of association between variables. Qualitative data were obtained through a home visit to 23 mothers, with three guiding questions and were analyzed according to content analysis, thematic modality, and anchored in the principles of appreciative investigation. All mothers used the kangaroo bag at rooming-in care, however, at home 39.8% used three or more times per week. The BSES-SF score of all mothers was classified as high. 70.4% of the infants remained in exclusive breastfeeding (EBF). We identified the association between EBF and the use of the kangaroo bag at home, using at least one time after discharge (p -value = 0.014). The mothers reported that the kangaroo position promoted improvement in mother-infant contact; a greater autonomy and maternal independence; the baby stays calmer and safer; a reduction of colic; improvement of sleep; approximation of the baby to family members; besides the need to disseminate the knowledge and adaptation of the mothers regarding the use of the kangaroo bag. The results suggest benefits of the kangaroo bag for breastfeeding for healthy term infants in the sample studied. Thus, the use of the kangaroo bag is a new form of maternal, contributing to the development of the baby and improving the maternal and family relationship.

Keywords: Skin-to-skin contact; Breast Feeding; Term Birth; Rooming-in Care; Pediatric Nursing; Self Efficacy.

RESUMEN

El contacto piel a piel precoz hasta una hora después del nacimiento, para todo bebé que nazca sano, está asociado al inicio precoz de la lactancia materna, éxito en la primera mamada, estabilidad cardiorrespiratoria y de la glucosa sanguínea. Sin embargo, este contacto, usualmente, no se mantiene en Alojamiento Conjunto o en domicilio, en bebés a término. Creemos que el acercamiento entre madre y bebé a través del uso de la bolsa canguro puede beneficiar también a los bebés a término sanos. El objetivo de este estudio fue identificar los beneficios para la lactancia materna, del contacto materno prolongado en bebé a término sano, a través del uso de la bolsa canguro, en ALCON y domicilio, y la percepción materna de esa experiencia. El estudio se realizó en dos etapas. La etapa 1, con abordaje cuantitativo, del tipo descriptivo transversal y la etapa 2 con enfoque cualitativo, basado en el referencial metodológico de la investigación apreciativa. La muestra inicialmente se constituyó de 98 madres que aceptaron usar la bolsa canguro y respondieron a una llamada telefónica realizada entre el primer y segundo mes de vida del bebé (29-81 días) para verificar la frecuencia del uso de la bolsa canguro, Escala de la autoeficacia de la lactancia y para obtener datos de la lactancia. Realizamos análisis cuantitativo por medio de frecuencia absoluta, media y desviación estándar; Y las pruebas de asociación entre las variables. Los datos cualitativos fueron obtenidos por medio de visita domiciliar a 23 madres, con tres preguntas orientadoras y fueron analizados de acuerdo con el análisis de contenido, modalidad temática, y anclada en los principios de la investigación apreciativa. Todas las madres usaron la bolsa canguro en Alojamiento Conjunto, sin embargo, en domicilio 39,8% utilizaron tres o más veces por semana. La puntuación de la Escala de la autoeficacia de la lactancia de todas las madres fue clasificada como alta. Permanecían en lactancia materna exclusiva (LME) 70,4% de los bebés. Identificamos la asociación entre el LME y el uso de la bolsa canguro a domicilio, usando al menos una vez después del alta (valor-p = 0,014). Las madres relataron que la posición canguro promovió mejora en el contacto madre-bebé; Mayor autonomía, independencia materna; Bebé más tranquilo y seguro; Reducción de los cólicos; Mejora del sueño; Acercamiento del bebé a los familiares; Además de la necesidad de diseminación del conocimiento y adaptación de las madres en cuanto al uso de la bolsa canguro. Los resultados sugieren beneficio de la bolsa canguro en cuanto a la lactancia materna para bebés a término sanos en la muestra estudiada. Así, el uso de la bolsa canguro se configura como una nueva forma de materner, al contribuir con el desarrollo del bebé y en la mejora en la relación materna y familiar.

Palabras clave: Contacto piel a piel; Lactancia Materna; Bebé a término; Alojamiento Conjunto; Enfermería Pediátrica; Autoeficacia.

1. INTRODUÇÃO

O contato entre mãe e bebê, principalmente o contato pele a pele, seja ele precoce (dentro da primeira hora de vida dos bebês estáveis), ou prolongado, (realizado em unidade neonatal (UN), alojamento conjunto (ALCON) e domicílio) é estimulado por meio do Método Canguru (MC).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o MC é um cuidado eficiente e de baixo custo para promover a saúde e o bem-estar do bebê pré-termo, bem como do a termo. Os principais componentes do MC incluem realizar o contato pele a pele de forma precoce, contínua e prolongada entre a mãe e o bebê; aleitamento materno exclusivo (AME); iniciar o contato no hospital, podendo ser continuado em domicílio com estímulo à alta precoce e após a alta fornecer acompanhamento adequado a ambos (WHO, 2003).

Esse método foi iniciado em 1978, na Colômbia, em Bogotá, idealizado pelo médico pediatra Dr. Reys Sanabria, como forma de solucionar a superlotação das unidades neonatais, onde havia compartilhamento de incubadoras pelo déficit de equipamentos, contribuindo para altos índices de infecção hospitalar e abandono dos lactentes internados (CHARPAK *et al.*, 2005).

Dr. Sanabria começou a colocar os bebês juntos às mães em contato pele a pele, como uma "incubadora natural" e após a realização de alguns estudos verificou melhoria na termorregulação; nas taxas de aleitamento materno (AM); no ganho ponderal do bebê; além da redução nas taxas de infecção e no tempo de internação (CHARPAK *et al.*, 2005; MOORE *et al.*, 2012)

O método foi difundido pelo mundo (VESEL *et al.*, 2015), tendo como um dos motivos, a descoberta de que, a partir dos efeitos anteriormente citados, é capaz de auxiliar na redução da morbimortalidade dos bebês pré-termos e de baixo peso internados nas UN (CONDE-AGUDELO; DIAZ-ROSSELLO; BELIZAN, 2003; CONDE-AGUDELO; DIAZ-ROSSELLO, 2016).

No Brasil, o MC foi implantado no começo da década de 1990 sendo, atualmente, uma política pública de saúde. O Ministério da Saúde (MS) definiu MC como um modelo de assistência perinatal para promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, reunindo estratégias de intervenção biopsicossocial de forma a propiciar uma mudança institucional, com ações focadas na humanização e no princípio da cidadania da família. Esse novo modelo de assistência envolve uma

mudança de paradigma do cuidado biológico para o humanizado, com foco no apego, incentivo ao AM, desenvolvimento neurocomportamental e segurança, além delegar autonomia à família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As normas gerais da Portaria nº 1683/07 esclarecem que o método no Brasil visa, principalmente, uma mudança de atitude no cuidado ao bebê de baixo peso, não a substituição das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ou das incubadoras, considerando a importância e as indicações desses equipamentos para a recuperação dos bebês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Um dos principais componentes do método é a posição canguru (ou contato pele a pele), que consiste em colocar o bebê sobre o peito dos pais ou familiares, na posição vertical, em prona, em contato pele a pele, de forma precoce, contínua e prolongada, desde o nascimento até o domicílio, pelo tempo que for prazeroso para mãe, demais familiares e o bebê (CATTANEO *et al.*, 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No Brasil, o MS preconiza que ele seja realizado em três etapas: a primeira compreende o pré-natal de alto risco, seguido da internação em UN; a segunda etapa é o período de internação na Unidade de Cuidado Intermediário Canguru (UCINca), local em que o bebê fica em posição canguru com a mãe/familiar pelo tempo que for prazeroso para ambos, para ganho de peso e aprendizagem da família sobre cuidados com o bebê; e a terceira é o acompanhamento da família e bebê em ambulatório e/ou domicílio até esse completar 2.500g (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Essas etapas serão explicadas de forma mais detalhada no item 3.1 da revisão da literatura.

Diversas são as vantagens apresentadas por este método para os bebês pré-termo e de baixo peso, bem como para família, profissionais e gestores (COSTA; MONTICELLI, 2005). Dentre os benefícios para o bebê destacam-se a melhoria na estabilidade fisiológica e na regulação térmica; aumento do tempo de duração da amamentação (NYQVIST *et al.*, 2010; MOORE *et al.*, 2016); maior facilidade que ele busque o seio materno, propiciado pela posição canguru e, conseqüente, melhoria no AM (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010); regulação do estresse e dor aguda (WARNOCK *et al.*, 2010; CASTRAL *et al.*, 2012; CASTRAL *et al.*, 2015); favorecimento do sono profundo, mesmo quando sob suporte ventilatório (AZEVEDO; DAVID; XAVIER, 2011), além do impacto positivo na atividade motora, cognitiva e eletromiográfica (DINIZ *et al.*, 2012; MIRANDA *et al.*, 2014).

Quanto aos benefícios para a mãe, a literatura aponta a percepção melhorada da autoeficácia materna nos cuidados com bebê (SPEHAR; SEIDL, 2013); melhora do vínculo e apego e redução dos sintomas de depressão pós-parto (NYQVIST *et al.*, 2010). Para os gestores, destaca-se a redução de custos e tempo de internação (ENTRINGER *et al.*, 2013).

Quanto ao contato pele a pele precoce, logo após o nascimento, já é preconizado para todos os bebês estáveis, ou seja, aqueles que não necessitam de assistência médica para respiração ou circulação (WHO, 2003). Consiste em colocá-lo nu em contato com a pele da mãe, ocasionalmente com uma fralda ou uma toca, e nas costas cobre-se com cobertores ou toalhas. Recomenda-se essa prática, imediatamente após o nascimento por pelo menos uma hora ou até a primeira amamentação, visando entre outros fatores, a promoção do vínculo e da amamentação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; UNICEF, 2011).

Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados sobre os benefícios do contato pele a pele precoce em bebês saudáveis, a termo e pré-termo tardios, quando comparados a cuidados hospitalares habituais, encontrou melhores resultados no grupo intervenção quanto à redução do tempo de início para amamentação, sucesso na primeira mamada, estabilidade cardiorrespiratória e da glicose sanguínea (MOORE *et al.*, 2016).

Esses benefícios podem ser justificados pelo fato deste contato precoce promover um “comportamento pré-alimentar” organizado no bebê, conhecido como “*breast crawl*” (rastreamento da mama), um comportamento previsível, que acontece quando colocado no abdômen de sua mãe logo após o nascimento, tem a capacidade de encontrar o seio sozinho, assim, ele realiza movimentos de busca e sucção espontâneos (WIDSTROM *et al.*, 1987).

Esse período inicial após o parto é importante, pois o bebê pouco se mexe, mas está alerta, sentindo o cheiro, olhando e ouvindo. Contudo, gradualmente após aproximadamente 150 minutos, ele adormece (WIDSTROM *et al.*, 1987; CHATURVEDI, 2008). Antes que adormeça, este período deve ser aproveitado para reconhecimento entre mãe e filho, sendo uma fase precursora de apego (KLAUS, 1998). Preconiza-se a redução do número de procedimentos aos que estão estáveis e são de baixo risco, estimulando o contato precoce (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A partir da revisão de literatura realizada para esta dissertação, constatamos que a maioria dos estudos sobre os efeitos do MC são realizados com bebê pré-termo e de baixo peso. Compreendemos ainda, que o foco nessa faixa etária é justificado pelo maior risco de morbimortalidade dessa população e pelas políticas públicas que visam mudanças nesse cenário.

O MC, contudo, pode beneficiar também os bebês a termo saudáveis, pois a humanização do cuidado, preconizada pelo método, tem ênfase na não separação entre o bebê e os pais ou familiares (NYQVIST *et al.*, 2010), fato que justifica sua prática para todos os bebês, independente da idade gestacional.

Conforme demonstrado na literatura, verificamos ainda que a maioria dos estudos sobre o MC em bebês a termo, conduzidos no Brasil e no mundo, está relacionado ao contato pele a pele precoce realizado na primeira hora de vida. No entanto, diante dos benefícios comprovados do contato materno prolongado, em bebês pré-termo e de baixo peso, identificamos a necessidade de investigar os benefícios do uso da bolsa canguru de forma prolongada para a amamentação de bebês a termo saudáveis.

O bebê a termo saudável possui a “vantagem” de ser capaz de manter a estabilidade térmica após cerca de seis horas do nascimento (PISICANE *et al.*, 2012), não perde peso, nem adoece tão facilmente quando comparado ao pré-termo. No entanto, um contato corporal mais frequente com a mãe poderia favorecer ainda mais a amamentação (PISICANE *et al.*, 2012) e amenizar a separação mãe-bebê.

Devemos levar em consideração ainda que todo bebê necessita de contato corporal. Após o nascimento, ele perde abruptamente o contato ininterrupto e o calor do corpo da mãe; o movimento que o embalava incessantemente dentro do útero e o barulho cadenciado das batidas do coração da mãe. Assim, mesmo que nascido a termo pode ser considerado um prematuro diante do sofrimento da separação do corpo materno e podendo ser beneficiado pelo contato prolongado (LACAN, 2002; GODOY, 2016).

O contato prolongado do bebê com a mãe ou demais familiares pode ser realizado por meio do uso de carregadores de bebê, tal como as bolsas canguru, slings ou faixas de contenção seguras amarradas à mãe com conforto e segurança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

No Brasil, o uso destes carregadores ainda é pouco difundido. A cultura ocidental prioriza a autonomia da criança (RIBAS; MOURA, 2004), aliada ao

pensamento de que longos períodos em contato com pais ou familiares pode contribuir para que o bebê fique “manhoso”.

Somente um estudo no mundo se propôs identificar a relação do uso da bolsa canguru em bebês a termo saudáveis com a amamentação (PISICANE *et al*, 2012). Diante do exposto e do ineditismo da pesquisa, propomos neste estudo identificar os benefícios do contato materno prolongado, pele a pele ou não, por meio do uso da bolsa canguru, para a amamentação de bebês a termo saudáveis, em ALCON e em domicílio, entre o primeiro e segundo mês pós-natal e a percepção materna dessa experiência entre o quarto e quinto mês de vida pós-natal.

Para investigar a percepção das mães que utilizaram a bolsa canguru em bebês a termo saudáveis, utilizamos o referencial metodológico da Investigação Apreciativa, a fim de ampliar a capacidade de compreensão e reflexão a respeito da aproximação mãe-bebê e dos familiares. Buscamos narrativas de sucesso para ultrapassar as aparências, com foco no que é útil e funcional, sem negar a presença dos problemas.

A identificação dos benefícios à amamentação e o conhecimento sobre percepção materna da experiência do uso da bolsa ocorreram em períodos diferentes. Optamos por estimar a frequência do uso da bolsa canguru para, posteriormente, convidarmos as mães a participarem das entrevistas sobre suas vivências. Assim, foi possível conhecer a experiência de mães que usaram a bolsa com alta e baixa frequência.

Trata-se de um estudo inédito no país e que está em consonância com as políticas públicas nacionais de humanização e promoção do aleitamento materno, com o potencial de inovação no cuidado ao bebê a termo saudável por meio de uma estratégia simples e de baixo custo que é a posição canguru.

Os resultados poderão ampliar o conhecimento acerca dos benefícios da posição canguru para os bebês a termo saudáveis, contribuindo com novas evidências para o fortalecer as políticas públicas nacionais e internacionais, e melhor a qualidade da assistência prestada ao bebê a termo e família em ALCON e no domicílio.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Identificar os benefícios do contato materno prolongado, pele a pele ou não, por meio do uso da bolsa canguru, para a amamentação de bebês a termo saudáveis, em Alojamento Conjunto em domicílio, entre o primeiro e segundo mês pós-natal e conhecer a percepção materna dessa experiência entre o quarto e quinto mês de vida pós-natal.

2.2. Objetivos Específicos:

1. Estimar a prevalência de aleitamento materno exclusivo, de bebês a termo saudáveis que usaram bolsa canguru com as mães, em Alojamento Conjunto e domicílio, entre o primeiro e segundo mês pós-natal.
2. Identificar a autoeficácia da amamentação, de mães que usaram a bolsa canguru com seus bebês a termo saudáveis, em Alojamento Conjunto e domicílio, entre o primeiro e segundo pós-natal.
3. Identificar a relação entre o aleitamento materno exclusivo e o uso da bolsa canguru entre mãe e bebê, em Alojamento conjunto e domicílio, entre o primeiro e segundo mês pós-natal.
4. Conhecer a percepção materna quanto ao uso da bolsa canguru, entre mãe e bebê a termo saudável, entre o quarto e quinto mês pós-natal.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Método canguru e contato pele a pele: definição, terminologias, histórico, benefícios

O termo mais utilizado nas pesquisas mundiais sobre o MC é “Cuidado Mãe Canguru” (Kangaroo Mother Care - KMC), cuja definição foi proposta pela OMS em 2003. O Cuidado Mãe Canguru possui como principais componentes: 1) o contato pele a pele de forma precoce, contínua e prolongada entre a mãe e o bebê; 2) estímulo ao AME; 3) ser iniciado no hospital, podendo ser continuado em domicílio, com estímulo a alta precoce; 4) após a alta, as mães em casa devem ter adequado apoio e acompanhamento (WHO, 2003). O KMC não é composto somente de uma intervenção, abrange mais componentes para além do contato pele a pele, embora seja o item mais importante e mais abordado nos estudos.

O termo "Cuidado Mãe Canguru" foi definido em uma reunião com cerca de 30 pesquisadores que estudavam a posição canguru, convocada por um médico italiano, Dr. Adriano Cattaneo e seus colegas, em novembro de 1996 em Trieste, Itália, juntamente com representante da OMS, Dr. Jelka Zupan (CATTANEO *et al.*, 1998). Esta reunião promoveu a organização de um Congresso que é realizado até hoje e ajuda a impulsionar os estudos na área. O evento ocorre a cada dois anos, e se chama “International Network Kangaroo Mother Care”, que no ano de 2016 completou 20 anos e, por isso, novamente foi realizado em Trieste, Itália.

Já o termo Posição Canguru (Kangaroo Position) é utilizado como alternativo ao contato pele a pele (Skin-to-skin Contact) e deve ser realizado de forma precoce (na primeira hora de vida do bebê), contínua (pelo maior tempo possível, idealmente 24h/dia) e prolongada (após a primeira hora, na maternidade e também em domicílio) em todos os bebês, independente da idade gestacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; CHARPAK *et al.*, 2005). Assim, Posição Canguru consiste:

manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele a pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 19).

Uma revisão sistemática realizada em 2016 identificou que existe uma heterogeneidade significativa na definição do MC, que dificulta a implementação do método, e teve como objetivo descrever as atuais definições, verificando a presença

dos componentes propostos pela OMS em 2003. Foram analisados 299 artigos que continham dados sobre o MC e resultados neonatais ou informações qualitativas sobre a implementação do MC. Dos artigos analisados, 29% não relataram a definição de MC; 71% definiram MC, todos (100%) consideraram contato pele a pele como componente, 16% incluíram o AME, 12% a alta precoce e 7% o acompanhamento. O contato pele a pele foi identificado como componente central do MC, enquanto os demais componentes, como o AME, alta precoce, e o seguimento pós alta, como contexto específico. Mas, para implementação eficaz do método é necessária uma definição global padronizada de MC (CHAN *et al.*, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde, inicialmente, utilizava o termo “Método Mãe Canguru” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), semelhante ao termo internacional “Cuidado Mãe Canguru” (Kangaroo Mother Care). No entanto, como o método abrange o pai e demais familiares nos cuidados com o bebê, lembrando que o pai tem participação ativa e fundamental (LAMY *et al.*, 2005), e com base no cuidado centrado na família, retirou-se a palavra “mãe”, ficando somente Método Canguru.

O MC surgiu em Bogotá, na Colômbia, em 1978, idealizado pelo neonatologista, Dr. Reys Sanabria, como uma estratégia de assistência neonatal que consistia inicialmente no contato pele a pele precoce entre a mãe e seu bebê, com intuito de estimular a alta precoce de bebê pré-termo e de baixo peso clinicamente estáveis (CHARPAK *et al.*, 2005).

Essa alternativa foi uma solução eficaz para a superlotação e carência de recursos nas UTINs na Colômbia, resultando ainda, na redução da morbimortalidade entre os bebês de baixo peso. Dessa forma, o método se tornou bastante difundido em todo o mundo como uma estratégia de atenção perinatal, sendo consolidado em diversos países (CHARPAK *et al.*, 2005).

Na Colômbia, o método é conhecido como “Método Madre Canguro” e as atividades destinadas a realizar uma intervenção do método são conhecidas como “Programa Madre Canguro” (MINISTÉRIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL REPÚBLICA DE COLOMBIA, 2009). A prática canguru foi iniciada no Instituto Materno Infantil de Bogotá, pelo Dr. Rey Sanabria, em 1978, e posteriormente, teve continuidade com o Dr. Hector Martinez Gómez e, depois, o Dr. Luis Navarrete Pérez, médicos pediatras da mesma instituição colombiana. Naquela época, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) se interessou em realizar pesquisas e observar o método devido a relação do contato pele a pele precoce e prolongado da

mãe com o bebê e a formação do vínculo afetivo e desenvolvimento do bebê (CHARPAK *et al.*, 2005).

Posteriormente, em 1993, o “*Programa Madre Canguru*” foi implantado na *Clínica del Niño do Instituto de la Seguridad Social (ISS)*, Colômbia, através das pediatras Dra. Nathalie Charpak e Dra. Zita Figueroa, com a colaboração do grupo multiprofissional. Essa equipe formou a *Fundación Canguro*, que conta com o apoio de uma Organização Não Governamental (ONG) suíça (*World Laboratory*) e da *Unión Europea* (EED). O grupo auxiliou na difusão da técnica na Colômbia e no mundo, por meio de diversas pesquisas (LAMY *et al.*, 2005). Atualmente, a *Fundación Canguro* ainda realiza treinamentos e formações online (site: <http://www.fundacioncanguro.co/>) e presencial, e a pesquisadora Dra. Nathalie Charpak ainda trabalha na disseminação do MC.

Assim, após vários anos de incentivos empesquisas sobre o MC, muitos estudos foram conduzidos e, atualmente, a evidência científica de que o MC reduz o risco de morbimortalidade dos bebês prematuros e de baixo peso já está consolidada e publicada em revisões sistemáticas (CONDE-AGUDELO; DIAZ-ROSSELLO; BELIZAN, 2003; CONDE-AGUDELO; DIAZ-ROSSELLO, 2016).

O MC reduz o risco de infecção nosocomial, doença grave, doença respiratória inferior, entre outras. Além disso, o contato pele a pele está associado à maior duração e início precoce do AM e estabilidade cardiorrespiratória. (CONDE-AGUDELO; DIAZ-ROSSELLO; BELIZAN, 2003; CONDE-AGUDELO; DIAZ-ROSSELLO, 2016). Quanto ao risco de mortalidade, verificou-se que o MC reduz a mortalidade na alta ou após 40 a 41 semanas de idade pós-natal (Risco Relativo=0,60, intervalo de confiança (IC) 95%= 0,39-0,92, em oito ensaios clínicos, com 1736 bebês) (CONDE-AGUDELO; DIAZ-ROSSELLO, 2016).

Atualmente há diversas experiências positivas de estudos realizados com o MC, em alguns países em desenvolvimento na Ásia e na África (VESEL *et al.*, 2015) e, também em países desenvolvidos na Europa e América (PALLÁS-ALONSO *et al.*, 2012; CHARPAK; RUIZ, 2016). A prática do MC foi inicialmente reconhecida como específica de países em desenvolvimento como um instrumento para solucionar problemas de superlotação e poucos recursos nas unidades neonatais. No entanto, atualmente é promovido em todo o mundo, e considerado como uma intervenção prioritária com comprovada eficácia na assistência neonatal (WHO, 2015).

No Brasil, no início da década de 1990, foi realizada a primeira implantação do “Programa Mãe Canguru”, no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos-SP, e depois, em 1994 em Recife-PE, no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) e posteriormente, o método foi propagado em várias regiões do Brasil (TOMA, 2012, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No ano de 1999 alguns encontros e eventos sobre as “práticas canguru” foram realizados, dentre eles, o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru, sediado no IMIP, em Pernambuco, com representantes do estado da Paraíba, Ceará, Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Após análise das diferentes realidades desses hospitais e maternidades, e a realização de outros eventos, construiu-se um relatório que tornou o método uma nova proposta de assistência ao bebê. Esse documento, posteriormente, embasou a criação da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Assim, em 5 de julho de 2000, foi publicada no Diário Oficial da União, a primeira normativa do MC, a Portaria GM nº 693, estabelecendo o MC como uma Política Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Após sete anos de vigência, essa portaria foi revogada e atualizada com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.683 de 12 de julho de 2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O MC foi adotado pelo MS como medida para melhorar a qualidade da atenção à saúde do bebê, e também da gestante e sua família. Atualmente, suas ações estão sendo ampliadas e fortalecidas e, para isso, foram incorporadas às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal instituídas por meio dessa mesma Portaria de 2007 (Gabinete Ministerial/MS nº 1.683) (TOMA, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Assim como no cenário mundial, no Brasil o MC está voltado aos bebê pré-termo e de baixo peso. O Ministério da Saúde dividiu o MC em três etapas. A primeira etapa compreende o pré-natal de alto risco e a internação na Unidade Neonatal (cuidado intensivo e intermediário - convencional) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As principais características da primeira etapa são: atentar para que os pais tenham acesso livre e precoce ao bebê; informar e tirar dúvidas sobre as condições de saúde do bebê, sobre a equipe e as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal; oferecer suporte a amamentação e suporte a mãe para que permaneça ao lado do seu bebê durante a internação na Unidade Neonatal, com auxílio transporte,

refeição, cadeira para manter-se ao lado do seu bebê, e espaço adequado para o descanso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A segunda etapa do MC é o período de internação na UCINca, local em que o bebê fica em posição canguru com a mãe/familiar pelo tempo que for prazeroso, para ganho de peso e aprendizagem da família sobre cuidados com o bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Para participar dessa etapa o bebê deve ter, no mínimo, 1.250g; estabilidade clínica e estar com nutrição enteral plena, ou seja, alimentando-se pelo peito, sonda gástrica ou copo; a mãe deve ter capacidade de identificar situações de risco e de estresse do bebê; conhecimento e habilidade para manipular o bebê na posição canguru e desejo em participar, com disponibilidade de tempo para permanecer com o bebê, por meio de uma rede social de apoio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A alta da UCINca ocorre quando o bebê tiver com, no mínimo, 1.600g, com ganho de peso adequado nos três dias que antecedem a alta, em geral com sucção exclusiva ao peito e mãe segura e consciente quanto aos cuidados domiciliares com bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Na terceira etapa é realizado o acompanhamento do bebê e família em ambulatório e/ou domicílio até completar 2.500g. Nessa etapa o bebê será acompanhado por equipe multiprofissional, preferencialmente, que tenha acompanhado o bebê nas etapas anteriores, com realização de exames físico, orientações e todos os procedimentos que visem dar continuidade a uma abordagem biopsicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A partir das evidências que mostram os benefícios desta posição para os bebês pré-termo e de baixo peso, acreditamos que alguns destes benefícios possam se estender aos bebês a termo saudáveis. Assim, elegemos investigar como as mães de bebês a termo saudáveis percebem a experiência de realizar a posição canguru, e como esta prática, realizada desde o nascimento, pode influenciar o AM.

A posição canguru implica que o bebê seja mantido em posição vertical, em contato pele a pele, vestido somente com fralda no peito da mãe ou pai (WHO, 2003). No entanto, neste estudo os bebês poderiam ser colocados na posição canguru com ou sem a roupa, visto que os bebês a termo já são capazes de manter a temperatura corporal.

A posição canguru, com contato pele a pele ou não, do bebê com a mãe, pai e demais familiares pode ser realizada por meio de carregadores de bebê que

compreendem diversos dispositivos conhecidos popularmente como bolsa canguru, sling ou faixa de contenção, utilizados para segurar e amarrar o bebê junto ao corpo da mãe ou outra pessoa, com conforto e segurança. Há diversos modelos de carregadores de bebê que podem ser utilizados pelos pais e familiares, mas deve ser evitado os nós nas costas, por ser desconfortável ao se sentar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Realizamos uma busca de referências bibliográficas feita nas bases de dados Pubmed, Biblioteca Virtual de Saúde e, no Portal Capes Periódicos, utilizando as palavras-chaves: “baby carriers”; “infant carriers”, “backpack carriers”, “infant slings” e “baby slings”. Assim, identificamos que a palavra-chave “carregadores de bebê” também deveria fazer parte do nosso estudo. Entretanto, não há um descritor definido no Medical Subject Headings (MeSH) ou nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para esse termo.

Localizamos somente três artigos que investigaram os benefícios do uso de carregadores de bebês para mãe e bebê a termo, sendo um relacionado a amamentação.

O primeiro estudo é uma coorte italiana que relacionou o uso da bolsa canguru por tempo prolongado com a amamentação em bebês a termo saudáveis. O estudo acompanhou 100 díades mãe-bebê para verificar se o contato mais frequente, não pele a pele, pelo menos por uma hora diariamente durante o primeiro mês de vida aumenta a taxa de AM aos 2 e 5 meses de idade, comparado aos bebês que não realizam. No grupo que utilizou a bolsa canguru (69 díades mães-bebês), os bebês tiveram maior tempo significativo de AME, comparado ao grupo que não utilizou a bolsa (31 díades mães-bebês), sendo 72% e 51% aos 2 meses; e de 48% e 24% aos 5 meses, respectivamente. Assim, os resultados deste estudo sugerem que o uso de carregadores em bebês saudáveis durante o primeiro mês está associado ao aumento da duração da amamentação (PISACANE *et al.*, 2012).

No entanto, os autores apontam que há necessidade de outras pesquisas experimentais controladas, pois a amostra pequena e taxas elevadas de cesárea tornaram a amostra menos representativa quanto a população em geral (PISACANE *et al.*, 2012).

O segundo estudo, um ensaio clínico sobre vínculo que foi realizado para testar a hipótese de que o contato físico promove maior responsividade materna e maior apego mãe-bebê. Para isso, os autores recrutaram 23 mães e bebês a termo

saudáveis que usaram carregadores de bebê durante o primeiro mês de vida e 26 mães e bebês a termo saudáveis que não usaram. A responsividade materna e afeto mãe-bebê foram avaliadas aos 3 meses e meio e aos 13 meses, por meio de análise de um vídeo de 10 minutos; da escala “Carey Infant Temperament Scale”; da análise do comportamento do olhar, vocalização e classificação geral de outra escala conhecida como “Maternal Sensitivity Scale”. Os resultados mostraram que as mães do grupo experimental, que usaram os carregadores de bebê, provavelmente devido ao aumento do contato físico, ficaram mais responsivas aos seus bebês, e demonstraram maior formação de segurança no apego mãe-bebê, comparado ao grupo controle (ANISFELD *et al.*, 1990).

Alguns artigos relatam preocupações quanto a acidentes com bebês em bolsa canguru (NGUYEN *et al.*, 2016; BERGOUNIOUX *et al.*, 2015). Existe relatos de sufocamento (NGUYEN *et al.*, 2016) e presença de petéquias por torniquete pelo uso de carregadores muito apertados e outros incidentes (BERGOUNIOUX *et al.*, 2015). Apesar desses estudos possuírem baixa qualidade metodológica, alertam para a importância de orientação e acompanhamento das mães que usam slings e demais carregadores de bebê, semelhantes aos que utilizamos nesta pesquisa.

Para uso adequado de carregadores de bebês os pais devem ser treinados. Observando, por exemplo, se as vias áreas estão livres, o nariz e a boca do bebê estão fora da bolsa canguru (NGUYEN *et al.*, 2016). Também se a cabeça e a perna do bebê estão bem posicionadas, dentre outros.

A escassez de estudos que comprovem os possíveis benefícios do uso de carregadores de bebê como mediadores da aproximação mãe-bebê e amamentação, enfraquece o estímulo ao uso desses dispositivos na sociedade.

Assim, fica evidente que precisamos avançar nos estudos para promover uma prática com mais embasamento científico que impulse e estimule o contato próximo entre mãe e bebês com a utilização da posição canguru, de forma a melhorar o desenvolvimento do bebê, o vínculo materno, o estímulo ao aleitamento materno e demais benefícios ainda desconhecidos.

O uso da posição canguru deve ser iniciado logo após o parto, dentro da primeira hora após o nascimento, preferencialmente nos primeiros 30 minutos de vida, período sensível e significativamente influenciado por níveis elevados de oxitocina, o hormônio reprodutivo materno (BUCKLEY, 2014). Após o parto, a oxitocina aumenta substancialmente, sendo maior em mães que mantêm seu bebê em contato pele-a-

pele do que em mães que não realizam o contato. Esse hormônio ajuda ainda promover apego entre mãe e filho por meio do contato, reduz estresse de ambos e ajuda na transição do bebê para a vida pós-natal (MOORE, *et al.*, 2012).

A oxitocina é sintetizada no hipotálamo, armazenada na hipófise posterior e é popularmente conhecida como o hormônio do amor, porque é um poderoso hormônio reprodutivo, liberado em momentos como no orgasmo, parto, amamentação, durante as contrações uterinas e na ejeção do leite. A oxitocina estimula também os sentimentos de maternidade após o nascimento, influenciando até mesmo em como a mãe toca, olha e amamenta seu bebê (BUCKLEY, 2014).

Outro hormônio liberado pelo cérebro através da posição canguru é a beta-endorfina, um hormônio analgésico que ajuda a mãe se sentir mais calma e a responder ao bebê, de forma a reforçar o prazer da interação (BUCKLEY, 2014).

O contato pele a pele imediato e ininterrupto é uma das estratégias mais eficazes para promoção do AME. Os reflexos de amamentação, ou seja, os impulsos inatos são como que “despertados” durante o contato pele-a-pele (WIDSTRÖM *et al.*, 2011).

Essa primeira hora de vida, comumente conhecido como "Golden hour" (Hora de Ouro) requer respeito, proteção e apoio. Se esse momento for retardado ou impossibilitado, através de uma separação precoce entre mãe-bebê pode acarretar em supressão dos comportamentos de proteção inata do bebê (como o comportamento pré-alimentar já citado na introdução), levar à desorganização comportamental, e tornar o vínculo e amamentação mais difícil (CRENSHAW, 2014).

A separação mãe-bebê pode reduzir a resposta afetiva da mãe ao seu bebê, com conseqüente efeito negativo sobre o comportamento materno. Esses resultados foram demonstrados por estudos que verificaram um manejo mais brusco das mães com seus bebês durante a amamentação; com menores ações afetivas e menos comportamentos maternos em resposta aos sinais do bebê no quarto dia pós-parto (DUMAS *et al.*, 2013), no primeiro e quarto mês (MOORE *et al.*, 2012) e no primeiro ano de vida (BYSTROVA *et al.*, 2009) em comparação com mães que não foram separadas de seus bebês na primeira hora de vida.

O contato pele a pele entre mãe-bebê na primeira hora de vida é frequentemente interrompido por diversos procedimentos pós-parto, dentre eles a realização do banho precoce. Esse procedimento aumenta o risco de hipotermia neonatal, remove as bactérias maternas e vernix, conseqüentemente, aumentando o

risco de infecção nosocomial e retardando o início efetivo da amamentação. Assim, destaca-se que o contato pele-a-pele precoce promove uma temperatura favorável, favorece a colonização com a flora da mãe e facilita a oportunidade do bebê "rastejar" em direção ao seio materno. Esses benefícios reforçam a importância da não separação entre mãe e bebê (CRENSHAW, 2014).

3.2. Aleitamento Materno e sua relação com o contato pele a pele

A OMS e o MS recomendam o AME até o sexto mês de vida dos bebês, ou seja, o bebê deve tomar apenas leite materno (LM) e não deve consumir nenhum outro alimento complementar ou bebida. O LM é um alimento rico em nutrientes, sendo o mais completo e de fácil digestão para bebês dessa idade. A partir do sexto mês, o LM sozinho já não é suficiente para suprir as necessidades do bebê, assim, as crianças devem receber alimentos complementares (sopas, papas, entre outros) e manter o AM até pelo menos os 2 anos de idade ou mais (WHO, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a).

O AME é considerado pela OMS como proporção de crianças de 0 a 5 meses completos, que são alimentadas exclusivamente com leite materno. Este indicador baseia-se na dieta dos bebês menores de 6 meses durante as 24 h antes do levantamento, para evitar o viés de lembrança. Ou seja, não é um indicador que confirma que os bebês foram amamentados exclusivamente durante todo o período de 6 meses de vida (WHO, 2008).

A prevalência de AME é baixa em todo o mundo. Com poucas exceções, o tempo da amamentação é menor em países de alta renda quando comparados a países de baixa renda. Globalmente, a prevalência da amamentação aos 12 meses é maior na África subsaariana, no sul da Ásia e em partes de América Latina. Na maioria dos países de alta renda, a prevalência é inferior a 20%. Há diferenças importantes, por exemplo, entre o Reino Unido (<1%) e os EUA (27%), e entre a Noruega (35%) e Suécia (16%) (VICTORA *et al.*, 2016).

Quando analisados dados do início precoce do AM (dentro da primeira hora de vida), os países de alta renda possuem melhores taxas. Porém, quanto a prevalência dos demais indicadores de AM pode-se fazer a relação de que as taxas diminuem com o aumento da riqueza nacional. Entretanto, mesmo os países de baixa renda com alta prevalência de AM têm taxas insuficientes de início precoce de AM e de AME de 0 a 5 meses (VICTORA *et al.*, 2016). Esses dados evidenciam a

importância do incentivo ao AM em todos os países do mundo independente da riqueza do país, para promoção de saúde adequada a todas as crianças do mundo.

Os dados acima foram obtidos de informação sobre 127 dos 139 países de baixa e média renda, que totalizam 99% das crianças desses países. Enquanto, nos países de alta renda, os dados obtidos foram de somente 37 dos 75 países e ainda alguns indicadores de vários países não estavam disponíveis. Portanto, estes dados devem ser interpretados com cautela (VICTORA *et al.*, 2016).

Em países de baixa e média renda, crianças com menos de seis meses que não foram amamentadas tinham 3,5 vezes (meninos) e 4,1 vezes (meninas) de aumento na mortalidade comparado às que foram amamentadas, e essa proteção reduz com a idade (WHO, 2000). Outro estudo com crianças de seis a 23 meses de idade apontou que qualquer tipo de AM foi associado com uma redução de 50% nos óbitos nessa faixa etária (SANKAR *et al.*, 2015). Assim, é possível considerar que se o AM atingisse um nível quase universal haveria a prevenção de 823.000 mortes anuais em crianças menores de cinco anos (VICTORA *et al.*, 2016).

Em países de alta renda, a amamentação também pode proteger contra morte súbita, com uma redução de 36% (95% IC 19-49) e enterocolite necrosante com redução de 58% (95% IC 4-82) (IP *et al.*, 2007).

Quanto a morbidade infantil, há comprovação que amamentação protege os bebês de desenvolverem diarreia, infecções respiratórias, otite média aguda, rinite alérgica, má oclusão dentária, com melhores resultados quanto a saúde bucal, reduz a probabilidade de sobrepeso, obesidade, diabetes tipo 2, alta performance em testes de inteligência na infância e adolescência. Para a mulher, a amamentação auxilia na amenorreia lactacional, reduz as chances de desenvolver câncer de mama e de ovário, diabetes tipo 1 e osteoporose (VICTORA *et al.*, 2016).

Quanto a relação da amamentação com a redução do câncer de mama, existem evidências de uma forte associação inversa. Em uma meta-análise verificou-se que a cada 12 meses de amamentação ao longo da vida há uma redução de 4,3% (IC 95% 2,9-6,8) na incidência de câncer de mama invasivo (CHOWDHURY *et al.*, 2015).

Aproximadamente metade de todos os episódios de diarreia e um terço das infecções respiratórias seriam evitados pela amamentação. A amamentação também poderia prevenir 72% das internações por diarreia e 57% das infecções respiratórias (HORTA; VICTORA, 2013). Os estudos sugerem proteção contra otite média em

crianças menores de dois anos de idade que são amamentadas, principalmente em países de alta renda, mas para crianças com maior idade os dados são inconclusivos (BOWATTE *et al.*, 2015). Há evidência de proteção contra a rinite alérgica em crianças menores de cinco anos (LODGE *et al.*, 2015). Maiores períodos de amamentação foram associados a 26% de redução (IC 95% 22-30) nas probabilidades de sobrepeso ou obesidade (HORTA; MOLA; VICTORA, 2015).

A OMS classifica a prevalência do AME em menores de seis meses como muito bom (90-100%); bom (50-89%); ruim (12-49%) e muito ruim (0-11%) (OMS, 2008).

Os dados nacionais mais atuais da prevalência de AME até os seis meses no Brasil são da II Pesquisa Nacional de Prevalência de AM (II PPAM) realizada pelo MS em 2008. A prevalência de crianças que amamentaram na primeira hora de vida foi de 67,7% no Brasil, 72% no Centro-Oeste e de 66,7% em Goiânia, valor muito próximo da taxa média brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b). Assim, esses valores são classificados como bom, segundo os padrões da OMS.

A estimativa de duração mediana do AME no conjunto das capitais brasileiras foi de 54,1 dias (1,8 meses). Dentre as regiões brasileiras, a Centro-Oeste apresentou a maior estimativa de duração em dias, com 66,6 dias (2,2 meses), porém a cidade de Goiânia apresentou valor inferior à média nacional com uma duração de 38,6 dias (1,2 mês). A prevalência de AME até os seis meses de idade no Brasil é de 41%. Na região Centro-Oeste a taxa é 45%, e em Goiânia é igual a 32,7%, inferior à média nacional e regional. Esses dados reforçam a necessidade de ações que estimulem o aumento do AM no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b).

Estudo realizado em Goiânia, nos anos de 2006-2007, com mães da região noroeste, observou baixa prevalência de AME em todos os seguimentos da pesquisa. Aos 30 dias de vida pós-natal, a taxa de AME era de 47,1%. Essa prevalência reduziu com o aumento da idade da criança, sendo 22,3% no quarto mês e apenas 4,7% no sexto mês de vida do bebê, e como consequência desse processo, aumentaram os percentuais de desmame e/ou de introdução de outros alimentos com manutenção do AM (SCHINCAGLIA *et al.*, 2015).

Mesmo as taxas estando abaixo do esperado pela OMS, o Brasil é considerado um país que realiza vários investimentos em proteção, promoção e apoio à amamentação. Mesmo com o aumento significativo das taxas de AME entre 1986 (3,1%) e 2008 (41%), com mais de 20 anos de ações e políticas públicas. Muito ainda

se tem a caminhar para atingir níveis ideais (VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013).

Para melhorar esses dados, a Política Nacional de Aleitamento Materno no Brasil possui diversas ações que apoiam, promovem e protegem a amamentação. Na atenção primária, o MS realiza capacitações aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde para promover a prática do aleitamento, por meio da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que inclui a realização de uma oficina de trabalho, com duração de seis horas, com toda a equipe da Unidade Básica de Saúde (VENANCIO *et al.*, 2016).

Na atenção secundária e terciária destacam-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a), além dos Bancos de Leite Humano que compõe a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a) e o Método Canguru, voltados aos bebês de baixo peso.

O Ministério ainda possui ações que são transversais e intersetoriais como a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) que regulamenta a promoção comercial e dá orientações quanto ao uso apropriado de alimentos para crianças até três anos. A NBCAL foi transformada em lei em 3 de janeiro de 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Além das ações da OMS e do MS, é importante o conhecimento dos profissionais sobre os fatores que podem influenciar positivamente ou negativamente no sucesso ao AME.

Estudo de coorte realizada em Feira de Santana, Bahia, identificou os fatores associados a descontinuação do AME dessa população. Participaram da pesquisa 1344 mães-bebês que foram acompanhados até o sexto mês com visitas domiciliares. A duração média do AME foi de 89 dias. O modelo de regressão identificou nove fatores associados à interrupção do AME; sendo dois destes avaliados pela primeira vez em estudos brasileiros (a apreciação da mãe pela amamentação (Razão de risco (RR) 0,62; IC 95%; 0,48-0,79) e limitar o número de mamadas noturnas no peito (RR 1,58; IC 95%: 1,11-2,23)) (VIEIRA *et al.*, 2014).

As demais variáveis descritas como determinantes da interrupção do AME, da pesquisa descrita acima, foram: presença de fissuras mamárias (RR 2,54; IC 95%, 2,06-3,13); pré-natal em serviços públicos (RR 1,34; IC 95% 1,17-1,55); orientação sobre amamentação realizada no hospital (RR 0,80; IC 95% 0,68-0,92); nascimento em Hospital Amigo da Criança (RR 0,85; IC 95%: 0,73-0,99); menor ou igual a oito

anos de escolaridade materna (RR 1,34, IC 95%, 1,17-1,53); mãe trabalhando fora de casa (RR 1,73; IC 95% 1,53-1,95) e uso de chupeta (RR 1,40; IC 95% 1,14-1,71) (VIEIRA *et al.*, 2014).

O estudo acima confirmou que os fatores associados à duração do AME são múltiplos, variáveis e dependentes da população avaliada. Os novos determinantes identificados podem auxiliar no direcionamento das práticas em saúde. Por exemplo, podemos pensar em práticas que incentivem às mães apreciarem a amamentação, compreender a importância do AM à noite e madrugada, tratar as fissuras mamárias e manter as consultas de pré-natal dos serviços públicos.

Diversos estudos têm investigado a relação do contato pele a pele com a amamentação em díades mãe-bebê. Esses estudos, em sua grande maioria, apontam que o contato pele a pele precoce em prematuros e a termos está associado a maior duração do AM (BOUNDY *et al.*, 2016; MOORE *et al.*, 2012); maior volume de leite ordenhado (HURST *et al.*, 1997); maior chance de estabelecer AME nos primeiros 4 meses (BOUNDY *et al.*, 2016) e porcentagem elevada de AM na alta hospitalar (ROJAS *et al.*, 2003).

Estudo de revisão sistemática com meta-análise demonstrou que houve um aumento em 39% na probabilidade de se estabelecer o AME nos primeiros quatro meses de vida de bebês a termos e pré-termos que realizaram o contato pele a pele precoce. Porém, o estudo não encontrou significância estatística para o tempo para início do AM (BOUNDY *et al.*, 2016).

Outra revisão sistemática publicada pela Cochrane demonstrou que existem diversos benefícios do contato pele a pele precoce (após o nascimento) para os bebês pré-termos e a termos, quando comparado ao cuidado usual (sem o contato pele a pele precoce). Dentre estes benefícios destacam-se melhores índices de AM nos primeiros quatro meses pós-parto, maior duração total da amamentação (43 dias a mais que o grupo usual); e melhora dos comportamentos de afeto e apego da mãe (MOORE *et al.*, 2012).

Na Índia, um ensaio clínico identificou melhor competência na amamentação, medida pelo instrumento *Infant Breastfeeding Assessment Tool* – IBFAT, em bebês a termo que foram submetidos ao contato pele a pele precoce (após o nascimento) comparado ao cuidado usual. Verificou-se que a prevalência de AME nos bebês que realizaram contato precoce foi maior do que naqueles que do cuidado usual nas primeiras seis semanas de vida; 85,2% e 63,6% para os bebês do grupo experimental

e do grupo controle, respectivamente ($p < 0,0001$); além de apresentarem maiores índices de satisfação materna e uma menor perda de peso na alta (SRIVASTAVA *et al.*, 2014).

Outro ensaio clínico randomizado identificou melhores resultados na amamentação, quando comparou os dados do grupo experimental, com mães de bebês a termo saudáveis ($n=122$), que realizaram o contato pele a pele precoce, ao grupo de cuidado usual ($n=118$), que não realizaram o contato precoce. Os autores identificaram que o grupo experimental teve início da amamentação bem-sucedida; menor tempo para início da primeira mamada, e melhor autoeficácia da amamentação aos 28 dias após o parto (AGHDAS; TALAT; SEPIDEH, 2014).

Estudo realizado com 66 mães e bebês pré-termos e de baixo peso, acompanhados por seis meses, com grupo intervenção que realizou o contato pele a pele no nascimento e durante a internação; e grupo controle que não realizavam a posição canguru; foi verificada uma prevalência de 8% de AME no grupo intervenção, enquanto no grupo controle nenhum bebê manteve o AME aos seis meses (HAKE-BROOKS; ANDERSON, 2008).

Na Espanha, foi realizado um estudo do tipo observacional e retrospectivo, entrevistou mães imediatamente após o parto e, novamente aos 3 meses pós-parto, para identificar variáveis associadas ao início e continuação da amamentação. O estudo foi realizado com 1.071 mães. Os autores identificaram que o contato pele a pele precoce, em bebês a termo, foi significativamente associado com o tipo de alimentação na alta, que permaneceram em sua maioria em AME no 1º, 2º e 3º mês pós-parto ($p < 0,001$). A duração média do AME, quando realizado contato pele a pele precoce foi de 72,6 dias, comparado com 42,3 dias, nos que não fizeram contato pele a pele precoce, diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) (VILA-CANDEL *et al.*, 2017).

4. REFERENCIAL METODOLÓGICO

A Investigação Apreciativa foi escolhida como referencial metodológico para o presente estudo com o intuito de conhecer a percepção materna quanto a experiência no uso da bolsa canguru. A Investigação Apreciativa foi criada, inicialmente, para promover a gestão de mudanças nas organizações (como empresas e ONGs), com foco no que há de melhor nas pessoas e nas coisas que as rodeiam. Para isso, explora e reconhece por meio de questões positivas, o que dá certo, os pontos fortes dos envolvidos nas organizações (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005).

Cooperrider e Whitney (2005) utilizaram-se de definições presentes no dicionário para explicar o significado dos termos “investigação” e “apreciativa”. Assim, definiu-se, investigação como “o ato de exploração e descoberta. Fazer perguntas, estar aberto a ver novos potenciais e possibilidades” (p. 7) e apreciativa como “o ato de reconhecer o melhor nas pessoas ou no mundo à nossa volta, afirmando as forças, sucessos e potenciais passados e presentes, perceber essas coisas que dão vida (saúde, vitalidade, excelência) aos sistemas vivos” (p. 7).

Cooperrider propôs essa forma de investigação após observar em seus estudos o efeito da abordagem das questões em pesquisa. Ele observou que as perguntas de cunho apreciativo sobre o que as pessoas identificam de positivo em suas ações facilitava a condução da conversa (REED, 2007 apud SOUZA, MCNAMEE, SANTOS, 2010). Além de promover maior abertura, entusiasmo, e ampliar a capacidade dos participantes em compreender a perspectiva do outro (MCNAMEE, 2003).

A Investigação Apreciativa, como forma de avaliação de uma organização, pode tornar um ambiente mais humano e socialmente útil. Entretanto, a autora afirma que não tem a pretensão de colocar como o melhor método de avaliação, melhor que os tradicionais, mas como uma nova abordagem. Vê a Investigação Apreciativa como o uso prático e útil da Construção Social (MCNAMEE, 2003)

A teoria sobre a qual a Investigação Apreciativa se fundamenta é o Construcionismo Social, movimento que alguns autores consideram ter surgido a partir da publicação do artigo “Social Psychology as History”, em 1973, escrito por Kenneth Gergen, principal referência teórica do Construcionismo Social (STROEBE,

KRUGLANSKI, 1989; BOECHAT, PORTUGAL, 2010), que critica a Psicologia Social “modernista” (CASTAÑON, 2004).

O movimento do Construcionismo Social tem ênfase nas relações entre as pessoas e conseqüentemente na comunicação, nas práticas linguísticas. Além disso, consideram que a verbalização de um fato, de uma ideia não ‘representa’ a realidade, mas ‘constrói’ a realidade (GERGEN, 1997 apud SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010). Ou seja, em resumo, a verdade ou a realidade pode ser construída e não é única, mas plural, produzida localmente (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

Gergen (2006) afirma que as diversas áreas do conhecimento “geram verdades úteis nas tradições de suas comunidades”. Entretanto, “dessas tradições geralmente concorrentes, não podemos encontrar uma verdade transcendente, uma ‘verdade verdadeira’”. Por isso, Gergen diz que o Construcionismo Social tem um papel libertador, de impedir que qualquer pessoa ou grupo queiram ser os portadores de uma verdade universal (GERGEN, 2006).

Embasado na teoria do Construcionismo Social, a Investigação Apreciativa, além de um método de gestão de mudança em organizações, foi aprimorada como um modelo metodológico para pesquisa. Enquanto método de pesquisa, os autores dizem que se assemelha a outras estratégias teóricas e metodológicas, como a Teoria Crítica, a Etnografia, o Estudo de Caso, a Análise de Narrativa e a Pesquisa-Ação (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

Alguns autores a comparam com a Pesquisa-Ação e pode-se observar convergências e divergências entre esses métodos. Como característica comum, ambos têm a finalidade de mudança e transformação social, com um direcionamento que se utiliza de diálogo, interação e transformação. Entretanto, os métodos se diferem na orientação epistemológica e metodológica. Por exemplo, na condução do ciclo de cada vertente, em que na investigação apreciativa inicia-se com a descoberta das potencialidades dos participantes, com posterior visão das melhorias, desenvolvimento de soluções e por fim, deseja instigar os sonhos para redescobrir alternativas e já a pesquisa-ação começa com diagnóstico dos problemas a serem resolvidos, com foco na ação prática, verificando os resultados das ações, para que no final aja uma avaliação dos resultados com intuito de reiniciar o planejamento de novas ações (SILVA, COSTA FILHO, BRITO, 2014).

A Investigação Apreciativa considera a própria pesquisa como uma intervenção, pois ao entrevistar, a interação entre pesquisador e participante altera o

contexto estudado (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005), esse fato é considerado como um princípio do método, princípio da simultaneidade, como veremos mais à frente. O foco da investigação apreciativa enquanto pesquisa está no processo de investigação, ou seja, o pesquisador deve estar atento na forma como os dados são coletados, objetivando compreender como ocorreram as narrativas de sucesso (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

Esse método afirma ainda, que a realidade/verdade pode ser construída através da linguagem, conseqüentemente, ao extrair os relatos de sucesso por meio da interação, (por exemplo, uma entrevista) é possível presumir a construção de realidades de sucesso. Ao utilizar-se da estratégia de busca dos relatos positivos não existe o objetivo de suprimir os relatos de problemas ou fracassos, mas têm-se a compreensão que são relatos produzidos pela linguagem, no momento da interação. Mesmo que os relatos negativos apareçam, ao avaliá-los, deve-se dar ênfase ao que é útil e funcional (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005). Ou seja, o olhar do pesquisador deve estar voltado de forma a extrair e transcrever de forma positiva também os problemas.

Há quem pontue, que esse método abandona ou reduz a importância dos relatos de “insucesso”, de fracasso, porém, quem defende o método afirma que ocorre o contrário, porque ao utilizar de perguntas positivas, o ambiente se torna mais favorável e de maior confiança para relatos em geral, como os próprios problemas. E ainda, a autora considera que os problemas podem ser mais facilmente solucionados por meio de uma abordagem apreciativa (MCNAMEE, 2003).

O uso da Investigação Apreciativa como método de pesquisa leva em consideração “a construção social em ação, com a ênfase nas práticas linguísticas” (REED, 2007 apud SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010). Ou seja, a autora afirma que existem vários fatores que interferem na construção do conhecimento, dentre eles, as perguntas que o pesquisador utilizará, os objetivos construídos, o desenvolvimento da pesquisa, a maneira como busca os resultados e se relaciona com os participantes abordados (MCNAMEE, 2007 apud SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

Para direcionar a postura que o profissional ou pesquisador deve assumir para colocar em prática a Investigação Apreciativa os criadores do método formularam cinco princípios (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005), sendo estes:

1) Construcionista: No âmbito filosófico, esse princípio envolve a mudança do pensamento ocidental, de “penso, logo existo”, para “nos comunicamos, logo existimos” (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005). Na prática, o princípio objetiva levar atenção aos processos de construção dos relatos, sobre como os participantes exprimem os fatos e como esses relatos interferem na maneira das pessoas agirem e pensarem (REED, 2007 apud SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

2) Simultaneidade: Considera-se a pesquisa, o contato pesquisador-participante como uma intervenção. Assim, não é objetivo desse método e do pesquisador saber se as respostas às perguntas são certas ou erradas, o intuito é “buscar o efeito dessas perguntas na construção de diferentes realidades a partir da interação pesquisador-participante” (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010, p.601)

3) Poético: O enfoque está no modo que as pessoas olham sua história, como compõem seu próprio mundo, pois elas relatam o que estão mais interessadas no momento, refletindo o que vivem (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

4) Antecipatório: Há uma predição entre o futuro que a pessoa almeja e o que ela constrói, ou seja, o que “as pessoas pensam sobre o futuro constrói a maneira como que ela se direciona para o futuro” (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010, p.602). Exemplificando, uma pessoa que almeja um futuro melhor e o enxerga repleto de oportunidades agirá de forma a conquistá-lo da forma que o imaginou.

5) Positivo: O uso de perguntas de pesquisa com ênfase no que é positivo, é fundamental, pois faz com que as pessoas estejam abertas as mudanças e busquem subsídios para conquista-las (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

A Investigação Apreciativa, foi elaborada ainda, a partir de sete pressupostos que consolidam a teoria do método, são eles:

1. Em toda sociedade, organização ou grupo, alguma coisa funciona;
2. Aquilo que focamos se torna nossa realidade;
3. A realidade é criada no momento e existem múltiplas realidades;
4. A ação de produzir perguntas sobre algum grupo influencia o grupo de alguma forma;
5. As pessoas se sentem mais confortáveis e confiantes sobre o futuro quanto retomam experiências positivas do passado;
6. É importante valorizar as diferenças;
7. A linguagem que utilizamos cria nossa realidade (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005 apud SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010, p.602).

Para colocar em prática a elaboração teórica do método da Investigação Apreciativa há um ciclo que consiste em quatro fases, conhecido como ciclo 4D, em inglês Discovery, Dreaming, Design e Destiny (Descoberta, Sonho, Planejamento e Destino), muito utilizado especialmente na área organizacional (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005).

Embora muitas pesquisas, inclusive na área da saúde, utilizem este ciclo na metodologia, deve ficar evidenciado a importância de não executar o ciclo apenas como uma série de procedimentos, mas levar em consideração a natureza crítica e reflexiva desse método (TRAJKOVSKI, 2013). A seguir descrevemos cada fase do ciclo (Figura 1):



Figura 1. Ciclo 4D da Investigação Apreciativa. Elaboração própria baseado em Cooperider, Whitney (2005), p.16 e adaptado mediante informações do levantamento bibliográfico.

Descoberta: consiste em apreciar e valorizar o que há de melhor, momento de avaliação das experiências. É explorar, investigar os fatos por meio de histórias afirmativas, discursos apreciativos e, nesta fase, normalmente são realizadas discussões a respeito do tema escolhido e pode ser conduzido através de entrevistas, narração e grupos de discussão. Assim, o objetivo principal desta fase é descobrir as capacidades positivas (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005; TRAJKOVSKI, 2013).

Sonho: momento de visualizar resultados, “pensar grande”. Pergunta-se: o que poderia ser? É encorajado “pensar no cenário futuro ideal, mesmo que pareça impossível de ser alcançado” (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005; SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010, p.602).

Planejamento: O que deve ser ideal? Há um trabalho em conjunto entre os participantes na produção dos objetivos mais desafiadores, “proposições provocativas”, que sejam motivadores para alcançar o objetivo (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005; SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

Destino: consiste em sustentar o que será, o futuro imaginado, como empoderar, aprender e ajustar, nessa fase requer a criação de um plano de ação sobre os objetivos desafiadores da fase anterior (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005; SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

Na presente pesquisa, utilizamos somente a primeira etapa do ciclo, a descoberta, buscando refletir a percepção das mães que usaram a bolsa canguru.

A Investigação Apreciativa é utilizada em diversos países do mundo (TRAJKOVSKI, 2013). A partir da busca de artigos para realização da dissertação sobre a abordagem da Investigação Apreciativa, conclui-se que, no Brasil ainda é pouco utilizada, principalmente enquanto método de pesquisa, sendo mais difundida como consultoria em empresas.

Enquanto método de pesquisa, na área da saúde, há um estudo brasileiro publicado em 2012, intitulado “Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção”, que utilizou a Investigação Apreciativa para elaboração do roteiro pré-estabelecido, buscando os relatos de sucesso da equipe do consultório na rua de Maceió. As autoras perceberam que a entrevista, com as questões baseadas na Investigação Apreciativa, permitiu que a equipe fizesse uma reflexão sobre o trabalho que realizam e acreditam ainda, que as considerações levantadas podem auxiliar no futuro do serviço (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012).

Para elaboração das perguntas de pesquisa que conduzem as entrevistas individuais ou grupos focais para realização do método da Investigação Apreciativa deve-se levar em consideração dois aspectos importantes (SOUZA, MCNAMEE, SANTOS, 2010, p.602):

- 1) O pesquisador deve buscar extrair relatos positivos, de experiência anteriores exitosas, fazendo com que “as pessoas identifiquem aquilo que foi vivenciado como sucesso no passado”;

2) Levar o participante a refletir o que de melhor pode ocorrer no futuro para si e para o grupo, que está incluído.

Para análise dos dados a Investigação Apreciativa, enquanto estratégia de pesquisa, “não privilegia nenhuma abordagem analítica específica” (SOUZA, MCNAMEE, SANTOS, 2010, p.604). Há apenas sugestões de possibilidades de análise de dados, como o de levar em consideração “dois eixos norteadores: a análise do contexto de produção de sentidos e a análise da mudança” (REED, 2007 apud SOUZA, MCNAMEE, SANTOS, 2010, p. 604).

Na análise do contexto de produção de sentidos, o pesquisador deve considerar todo o contexto presente no material coletado, as pessoas que participam, as experiências vividas, o meio que o participante vive, ou seja, pensar em todo o contexto que permeia as narrativas, os dados coletados (REED, 2007 apud SOUZA, MCNAMEE, SANTOS, 2010).

A análise da mudança leva em consideração que a própria pesquisa é uma intervenção, como diz o princípio da simultaneidade, e conseqüentemente promove mudança no objeto a ser estudado. Como a investigação apreciativa propõe a interação, a conversa, o diálogo, isso faz com que as pessoas direcionarem seu modo de agir para alcançar suas metas de vida, de forma individual e para o grupo, que pertence. Assim, o pesquisador deve estar atento para entender como se deu a mudança dos participantes no decorrer da pesquisa, para conseguir realizar essa ‘análise de mudança’ (REED, 2007 apud SOUZA, MCNAMEE, SANTOS, 2010).

Então, primeiramente, faz-se uma leitura do contexto em está inserido o participante abordado, depois identifica-se como se deu as mudanças mediante a intervenção. Para que, posteriormente, possa compreender e ‘validar’ os resultados com todos os participantes, para ser realmente um método de construção conjunta (REED, 2007 apud SOUZA, MCNAMEE, SANTOS, 2010).

Assim, na abordagem qualitativa desta pesquisa realizamos a formulação das perguntas norteadoras da entrevista, a coleta e a análise dos dados levando em consideração os pressupostos da Investigação Apreciativa e buscando a essência positiva dos relatos de sucesso das mães entrevistada

5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1. Tipo de Estudo

Para atender aos objetivos do estudo utilizamos duas abordagens metodológicas.

Na etapa 1: A prevalência do AME, autoeficácia da amamentação e associação entre o uso da bolsa canguru e o AME foram avaliadas em um estudo com abordagem quantitativa, descritiva e transversal.

Na etapa 2: A percepção materna quanto a experiência no uso da bolsa canguru foi investigada em uma abordagem qualitativa utilizando primeira fase do ciclo 4D da Investigação Apreciativa.

Estudo descritivo transversal é considerado como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população através de uma amostragem, examinando e descrevendo os integrantes da amostra, presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (FLECHER, 2014).

Por sua vez, o estudo qualitativo proporciona a possibilidade de se conhecer os significados e as intenções relacionadas aos atos e às relações, além de permitir compreender as estruturas sociais, tomadas enquanto construções humanas significativas (MINAYO, 2014).

5.2. Local do Estudo

O estudo foi realizado em duas etapas, sendo a primeira em uma maternidade pública de Goiânia-GO, e a segunda no domicílio de uma parte das puérperas moradoras das regiões de Goiânia e Aparecida de Goiânia-GO.

A maternidade é referência para o atendimento de baixo e alto risco obstétrico e neonatal e possui atendimento exclusivo para a clientela do Sistema Único de Saúde, contando com cinco leitos de Centro de Parto Normal (CPN), cinco leitos de Centro Cirúrgico, 45 leitos de ALCON, dez leitos de Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal, dez leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Convencional, e cinco leitos de UCINca, além de outros serviços ambulatoriais como pré-natal, vacinação, coleta de leite humano, teste do pezinho, consulta de puerpério etc.

Em 2014, ocorreram 3.887 partos, com uma média de 325 partos por mês, sendo que 60% (2.319) foram partos vaginais. Dos partos vaginais, cerca de 170 por mês foram realizados no CPN. Em 2015, no primeiro semestre, ocorreram 2.260

partos, com 65% (1.268) partos vaginais, com uma média de 210 partos vaginais por mês realizados no CPN. Utilizamos esses dados de 2014/15 para estimarmos o tamanho da amostra que poderíamos atingir na coleta realizada no período de janeiro a março de 2016.

A maternidade faz parte da Rede Cegonha e no segundo semestre de 2015 recebeu o título de Hospital Amigo da Criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a). Em conformidade com a legislação vigente, na maternidade toda parturiente tem direito a um acompanhante de sua escolha no pré-parto, parto e puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Além disso, são oferecidos métodos de alívio da dor (ex.: bola suíça, banho de chuveiro, massagens, escalda pés) durante o trabalho de parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b), e estimulado o contato materno pele a pele precoce na primeira hora de vida e incentivo ao AME (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Ainda, na maternidade, as enfermeiras obstetras realizam os partos normais sem distócias.

5.3. Amostra e Participantes

5.3.1. Amostra

A amostra do estudo foi de conveniência, ou seja, é uma amostragem não probabilística, que tem como objetivo obter uma amostra de elementos convenientes, assim a seleção das unidades amostrais é deixada a cargo do entrevistador (MAROTTI, 2008).

Na etapa 1, estudo quantitativo, realizamos o recrutamento das mães de bebês a termo que tiveram parto normal na maternidade, entre 18 de janeiro de 2016 a 18 de março de 2016. Aceitaram participar da pesquisa para utilizar a bolsa canguru na maternidade e em domicílio 109 mães e seus bebês.

Na etapa 2, estudo qualitativo, incluímos 23 mães e bebês, selecionados a partir do grupo de 109 mães que utilizaram a bolsa canguru. Primeiramente, realizamos contato telefônico com todas as 109 mães entre o 1º e 2º mês de vida (29-81 dias) dos bebês para investigar a frequência do uso da bolsa canguru, depois convidamos as mães que utilizaram a bolsa canguru com maior (de 3 vezes por semana a diariamente) e menor frequência (apenas na maternidade, com poucas tentativas de uso em domicílio, até no máximo 6 vezes desde que saíram da maternidade) para receberem visita domiciliar e participar da entrevista. Após 23

visitas, observamos a convergência dos sentidos expressos pelas mães sobre o uso da bolsa canguru e a reincidência dos significados contidos nas entrevistas, caracterizando o critério de saturação teórica dos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; MINAYO, 2014).

5.3.2 Critérios de inclusão

Para a etapa 1 do estudo incluímos os recém-nascidos:

- Com mais de 37 semanas de gestação, calculada pelo ultrassom do primeiro trimestre ou data da última menstruação ou Capurro Somático (WHO, 1994; MORAES, REICHENHEIM, 2000);
- Nascido de parto vaginal e que realizaram o contato pele a pele com a mãe até a primeira hora de vida;
- Permaneceram no ALCON por, no mínimo, 48 horas de vida neonatal;
- Cujas mães tiveram o desejo de realizar a posição canguru após o parto e residiam em Goiânia ou Aparecida de Goiânia, Goiás; e que foram contatadas em ALCON ou CPN em menos de 24h após o parto.

Para a etapa 2 do estudo incluímos:

- As mães que utilizaram a bolsa canguru com maior (de 3 vezes por semana a diariamente) e menor frequência (apenas na maternidade, com poucas tentativas de uso em domicílio, até no máximo 6 vezes desde que saíram da maternidade) para receberem visita domiciliar e participar da entrevista.

5.3.3 Critérios de exclusão

Para a etapa 1 do estudo excluimos os recém-nascidos com:

- Asfixia neonatal;
- Contraindicação definitiva ou temporária para amamentação (ex.: HIV ou HTLV positivo, uso de medicamentos incompatíveis com amamentação, mães que foram a óbito, bebê com fenda palatina) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a; LEVY, BÉRTOLO, 2012);
- Alterações cromossômicas ou neurológicas (ex.: microcefalia, hidrocefalia, paralisia cerebral).

Para a etapa 2 do estudo excluimos:

- As mães que não atenderam o telefone para agendar a visita (após três tentativas) ou não aceitaram receber visita domiciliar.

5.4 Aspectos Éticos

O nosso estudo está vinculado ao projeto de pesquisa intitulado “Efeitos do método canguru para o aleitamento materno e desenvolvimento do bebê a termo saudável desde o nascimento até os seis meses pós-natal”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o número do parecer 1.314.944 (ANEXO 1).

Todas as mães participantes foram esclarecidas quanto ao objetivo da pesquisa e receberam um termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) para ser assinado, em duas vias, uma para pesquisador e a outra para a participante. Quando a mãe era menor de idade, essa assinava o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE 2) e o responsável legal assinava o TCLE do responsável (APÊNDICE 3). Dessa forma, buscamos atender a Resolução 466/12 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

5.5. Procedimento de coleta de dados

Inicialmente, realizamos um estudo piloto entre 17 e 23 de dezembro de 2015 para verificarmos a necessidade de modificação nos questionários ou na condução da pesquisa. Assim, tivemos aceitação de 18 mães e houve apenas uma modificação no estudo, excluímos da amostra as mães que tiveram parto cesáreo, porque poucas realizaram o contato pele a pele precoce após o parto.

Após o piloto, recrutamos as mães e seus bebês entre 18 de Janeiro de 2016 a 18 de Março de 2016. O recrutamento foi realizado pela pesquisadora, uma fisioterapeuta e 12 auxiliares de pesquisa (acadêmicas de enfermagem e enfermeiras). As mães e bebês que atenderam aos critérios de inclusão convidamos a participar da pesquisa em até 24 horas após o parto, durante a hospitalização no ALCON ou CPN, sendo respeitado o descanso da mãe sempre que necessário. Após o aceite da mãe, entregamos o TCLE para ser assinado e também entregamos gratuitamente a bolsa canguru (semelhante ao sling, mas são três tiras de malha fria), doada pela ONG Bebê Canguru (bebecanguru.com), de Goiânia, Goiás.

Todas as participantes do estudo foram orientadas quanto ao uso da bolsa canguru com a demonstração do posicionamento do bebê e entregamos um folheto

explicativo (APÊNDICE 4), quando a mãe estava em condições de dialogar e apresentava-se disposta. O folheto continha informações sobre o que é a posição canguru e seus benefícios, como posicionar o bebê e situações em que o uso da bolsa é indicado ou não.

Se a mãe não estivesse em condições de receber as orientações naquele momento, realizávamos outra visita no mesmo dia. As mães foram orientadas a utilizar a bolsa canguru por pelo menos uma hora por dia, durante a hospitalização na maternidade, e após a alta, no domicílio, pelo menos uma hora, três vezes por semana. Foi esclarecido que o pai ou algum familiar que ela autorizasse poderia utilizar a bolsa canguru com seu bebê.

O tempo mínimo de uma hora foi estipulado como o recomendado para uma sessão em posição canguru, porque permite tempo suficiente para a produção de leite, amamentação e um ciclo de sono completo (CHARPAK et al., 2005). Evidências apontam que manipular o bebê, retirando-o e colocando-o novamente na bolsa canguru em menos de 60 minutos pode induzir respostas de estresse (MOORE *et al.*, 2012).

Após as orientações, as mães responderam a um roteiro semiestruturado com questões sobre as condições sócio-demográficas, condições de gestação, parto e nascimento (APÊNDICE 5).

Entre o primeiro e segundo mês de vida pós-natal contatamos as mães por telefone e aplicamos dois questionários. As ligações duraram cerca de 8 a 10 minutos. Não conseguimos contatar 11 mães. Assim, nossa amostra foi de 98 binômios mãe-bebê. O primeiro roteiro semiestruturado era relacionado ao AM, com itens quanto ao tipo e frequência de aleitamento, intercorrências, fatores facilitadores ou dificultadores e sobre a frequência de uso da bolsa canguru (APÊNDICE 5). O segundo questionário foi a Escala de Autoeficácia da Amamentação— forma abreviada (EAA) (ANEXO 2) (DODT, 2008). A EAA aplicamos com 88 mães, pois 10 já não amamentavam.

Para realização da etapa 2, fizemos um levantamento da frequência de uso da bolsa canguru entre as mães participantes da etapa 1 e após o levantamento, convidamos para receberem visitas domiciliares, agendadas por telefone, conforme disponibilidade das participantes. As visitas domiciliares tiveram duração média de 1 hora, e foram realizadas entre 16 de junho e 10 de julho de 2016, quando os bebês estavam em média de 4 a 5 meses de idade pós-natal.

Assim, incluímos na etapa 2 do estudo 23 mães que usaram a bolsa canguru com maior e menor frequência. A decisão de colocar mães com essas características de uso da bolsa canguru se baseou na intenção de buscar elementos de intersecção que representariam o grupo, visando conhecer seus atributos essenciais e responder aos objetivos da investigação (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; MINAYO, 2014).

As entrevistas em domicílio foram gravadas com um gravador de voz digital, Sony Icd-Px-240 e pela câmera modelo SONY DCR-PJ6, neste caso, somente com captação de áudio e não de imagem. O tempo médio das entrevistas foi de 6 minutos (3-29min). Algumas mães visitadas aceitaram ser fotografadas com seus bebês em uso da bolsa canguru (APÊNDICE 6). Todas as mães que aceitaram, assinaram o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos (APÊNDICE 7). O procedimento de coleta de dados foi ilustrado na figura 2.

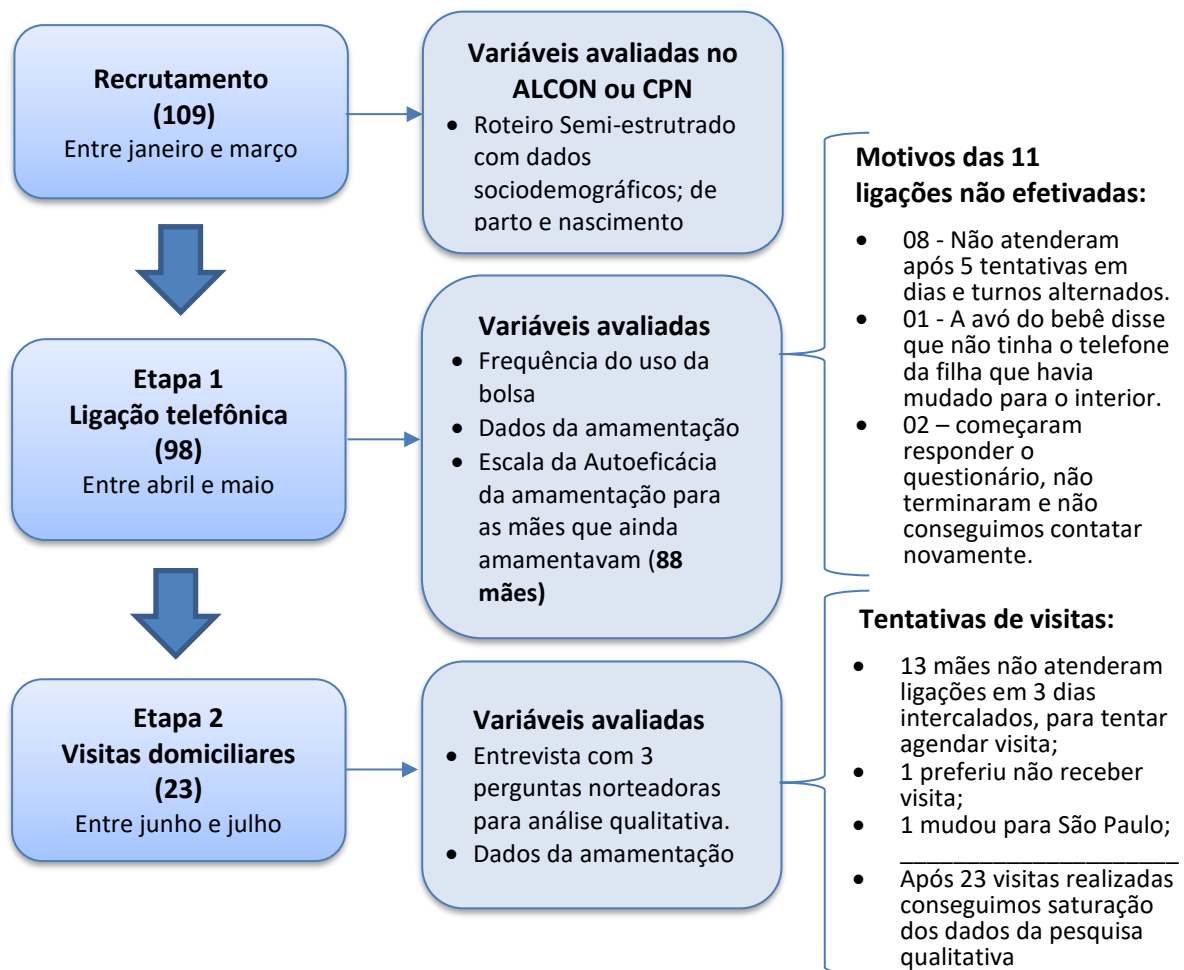


Figura 2. Fluxograma da coleta de dados da etapa 1 e 2.

5.6 Instrumentos

5.6.1 Questionário Aleitamento materno

Mensuramos os dados da amamentação entre o 1º e 2º mês de vida pós-natal do bebê por meio de entrevista telefônica com a mãe utilizando questionário semiestruturado com itens relacionados ao tipo, frequência, intercorrência, fatores facilitadores ou dificultadores para amamentação (APÊNDICE 5).

5.6.2 Escala de Autoeficácia da Amamentação

A autoeficácia materna da amamentação foi mensurada entre 1º e 2º mês de vida pós-natal do bebê por meio de entrevista telefônica com a mãe, para isso, utilizamos a Escala de autoeficácia da amamentação, forma abreviada (EAA) (em inglês *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form/BSES-SF*) (ANEXO 2) (DODT, 2008).

A EAA foi desenvolvida por Cindy-Lee Dennis no Canadá, e posteriormente, traduzida e adaptada culturalmente para a língua portuguesa (ORIÁ; XIMENES, 2010). Para verificar a confiabilidade e validade de conteúdo dos itens individuais da escala, foi realizado um estudo no nordeste do Brasil, com 294 puérperas, que demonstrou a eficácia em identificar a confiança materna em sua prática da amamentação (DODT, 2008).

Essa escala é autoaplicável, mas também pode ser realizada por meio de entrevista, possui 14 itens divididos em dois domínios, técnico com oito itens e, intrapessoal com seis itens. É do tipo Likert, com variação de um a cinco pontos em cada item, com pontuação total de 14 a 70 pontos, classificados em eficácia baixa (14 a 32 pontos); eficácia média (33 a 51 pontos); e eficácia alta (52 a 70 pontos) (ORIÁ; XIMENES, 2010).

No domínio técnico, é possível verificar se a mãe consegue reconhecer a pega adequada; a necessidade de aleitamento ser exclusivo e de revezar as mamas; reconhecer se o bebê mamou o suficiente e se finalizou a mamada, dentre outros pontos. No domínio Pensamentos Intrapessoais, a escala considera a satisfação e o desejo em amamentar, a capacidade de amamentar em público, de relacionar a amamentação com outros afazeres, dentre outros fatores relacionados à interação e à subjetividade materna, o que reflete as percepções, atitudes e crenças da mãe quanto à amamentação (ORIÁ; XIMENES, 2010).

Essa escala foi aplicada somente com 88 mães, pois 10 não amamentavam no momento da ligação, e estavam somente em aleitamento artificial.

5.6.3 Entrevista no domicílio

A entrevista individual com a mãe foi norteada por três perguntas sustentadas pela metodologia da Investigação Apreciativa: 1) Fale um pouco sobre como têm sido a experiência de usar a bolsa canguru com o seu bebê 2) O que melhorou na relação ou cuidado do bebê a partir desta experiência? E com a família? 3) O que poderia ter sido feito para melhorar esta experiência?

5.7 Análise de dados

Para análise quantitativa, digitamos as variáveis relacionadas aos dados sócio demográficos, condições de gestação, parto e nascimento e aleitamento materno em planilha do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 23.0). Após avaliação da consistência dos dados, realizamos análise descritiva com apresentação de frequência absoluta, média, desvio padrão, e teste de associação, Teste de Qui-Quadrado e Exato de Fisher.

Para análise qualitativa das entrevistas, utilizou-se análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011), que sugere a realização de três fases descritas como pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. Primeiramente procedeu-se leitura flutuante de todas as entrevistas, identificação de trechos semelhantes e de cunho apreciativo das falas das mães e levantamento das unidades de sentido. Como não foram estabelecidas categorias prévias de análise, a partir dos sentidos expressos, foi realizado o agrupamento das unidades em subcategorias temáticas denominadas eixos secundários. Após este processo, emergiram três eixos centrais: “Nova forma de maternar: um cuidado que une e acalma”; “Cuidado facilitado e compartilhado: mãe, pai e familiares mais próximos do bebê” e “Desafios a serem superados para melhor e maior utilização da bolsa canguru”.

No Quadro 1 apresentamos os dados que embasaram o desenvolvimento dos eixos centrais. Os Quadros 2, 3 e 4 apresentam alguns trechos das falas das mães que subsidiaram a criação das unidades de sentido.

Quadro 1. Composição do eixo central “Nova forma de maternar: um cuidado que une e acalma”, “Cuidado facilitado e compartilhado: mãe, pai e familiares mais próximos do bebê” e “Desafios a serem superados para melhorar e ampliar a utilização da bolsa canguru”. Goiânia-GO, 2016.

Unidades de sentido	Eixos secundários	Eixos centrais
Fortalece o contato mãe bebê	O canguru une mãe-bebê em um e promove melhoria no cuidado mãe-bebê	Nova forma de maternar: um cuidado que une e acalma
Mãe conhece melhor o bebê		
Amamentação no canguru		
Mudança na visão de como cuidar de um bebê		
Bebê mais calmo	“Canguruzar” torna o bebê mais calmo e com mais conforto	
Alívio da cólica do bebê		
Facilita o bebê arrotar		
Bebê dorme melhor		
Promove maior proteção ao bebê		
Praticidade para realizar as atividades em casa	Autonomia e empoderamento da mãe que “canguruza”	Cuidado facilitado e compartilhado: mãe, pai e familiares mais próximos do bebê
Mãe mais calma e atenciosa		
O canguru como transporte do bebê		
Possibilidade de descanso para a mãe		
Redução do medo de segurar o bebê	Maternidade compartilhada: O bebê mais próximo de pai e familiares	
Pai mais próximo do bebê		
Fortalece vínculo dos familiares		
Mais conforto ao carregar o bebê		
Aprimoramento na habilidade de colocar a bolsa	Conhecimento, habilidade e atitude influencia a frequência do uso da bolsa canguru	Desafios a serem superados para melhorar e ampliar a utilização da bolsa canguru
Disseminação do conhecimento sobre a bolsa canguru		
Atitude de usar a bolsa mais vezes e mais precocemente		
O clima influencia o uso da bolsa	Adaptação da mãe e bebê ao uso da bolsa canguru	
Estado emocional da mãe e bebê intervém na capacidade de usar o canguru		
A mobilidade do bebê influencia na segurança da mãe em posicionar o bebê		

Quadro 2. Trechos de descrições e unidades de sentido do eixo central “Nova forma de maternar: um cuidado que une e acalma”, baseado no Método da Análise Qualitativa da Investigação Apreciativa. Goiânia-GO, 2016.

Trechos destacados das descrições dos participantes	Unidade de sentido
<p>(...) parece que a criança fica mais próxima da gente, né? Tipo que se ela tivesse dentro da nossa barriga de novo (Mp3) Porque a gente pega tipo um amor maior, porque fica o tempo todo (...) Perto da gente, né? (M1) A atenção é maior, a maternidade é mais aconchegante (...) foi a grande vantagem disso (uso do canguru) foi o contato, a aproximação, o carinho, essa questão, o contato mesmo, o contato íntimo. (M3) Ah, fiquei mais próxima dele, com contato físico, emocional. (M5) Porque ele sente o calor da mãe, sente a presença da mãe, então assim, é muito essencial, no começo, em tudo. (M16)</p>	Fortalece o contato mãe bebê
<p>(...) me fez entender mais as vontades dela, o jeitinho dela dormir, as vezes estou com ela no colo, eu sei do jeito, tipo assim a posição ou a hora que ela quer dormir. (Mp1) (...) então a gente fica mais junto, mais próxima, a gente percebe muita coisa, a gente vai observando, assim, a maneira que ela... a hora que ela quer comer, a hora que ela tá com dor. A hora... a gente, porque, devido a gente ficar muito junto, a gente... só no olhar a gente já consegue perceber o que ela está querendo ali no momento. Porque fica muito junto, então a gente vai tendo uma convivência, toda hora tá ali, aí eu percebi muita coisa nela. (M19)</p>	Mãe conhece melhor o bebê
<p>Assim, porque quando eu já colocava o canguru, ele já sabia certinho o jeito que ele ia ficar. Ele já ficava pro rumo desse peito aqui (...) porque ele já pegava o peito e já ia mamando, sabe? (...). Aí ele dormia, aí ele acordava. Eu conversava um pouquinho com ele, aí ele mamava, ixe, era bom demais. Não é mamãe? (Fala para o filho que está no colo). (M9) (...) eu comecei amamentar no sling e na mochilinha e o povo fica super surpreendido: Tá carregando um bebê, hum... e ele está mamando? (M12) (...) ficou tampando assim, não dava pra perceber que ela tava mamando, ela mamou, mamou no caminho, quando eu vi que ela não tava mamando, eu fui lá tirei, ela dormiu. (M19)</p>	Amamentação no canguru
<p>Hoje não, com ela já é diferente, totalmente diferente, eu amo tudo, eu amo. Antigamente eu falava assim, as vezes a gente fica nervosa, estressada com menino, mas hoje eu amo muito mais ser mãe, de estar com meninas do que antigamente. Antigamente eu queria estar na rua, trabalhando, fazendo, hoje não, hoje eu cuido da casa cuido delas numa boa (Mp1) Hoje, só pra você ver o quanto foi importante, que até com as meninas hoje eu consigo ser mais carinhosa. Eu consigo dar mais atenção, eu converso mais, coisa que antigamente não. (Mp1) Pra mim já é a coisa mais estranha quando olho para alguma mãe que tá com bebê solto, com bebê recém-nascido solto dentro de um carrinho, o bebê no, no bebê conforto, penduradinho assim, parecendo um objetinho, não é? Então assim, pra mim é estranho hoje ver que depois, que eu usei o bebê canguru, pra mim é estranho ver isso hoje. (M3)</p>	Mudança na visão de como cuidar de um bebê

<p>(...) quando eu colocava ele no colo balançando, no meu colo mesmo, ele ficava chorando, eu colocava ele no canguru, ele acalmava, é como se ele estivesse no útero mesmo, né? Ele ficava calminho... (M1)</p> <p>(...) chorava uma hora seguida sem parar. Aí eu coloquei o canguru no terceiro dia, foi em 5 minutos, 7 minutinhos ele parou de chorar (...) ele ficava mais calmo, ele parava de chorar, assim que eu colocava no canguru, ele parava de chorar (...) (M2)</p> <p>(...) além de tudo eu acho que ela é até uma criança que ela é bem tranquila, bem calma, sem agitação nenhuma, sem estar nervosa, não é uma criança nervosa. É, então foi muito bom, pra mim, pra ela. (M3)</p>	Bebê mais calmo
<p>Ele ficava só quietinho, paradinho e num chorou mais de cólica, não precisei dar mais remédio de cólica. Porque eu... o colocava no canguru e ele não chorava, então num ía dar remédio sem precisão, sem ele chorar (...). (M2)</p> <p>Isso, ele tinha muita cólica, aí eu sentia que dava esse conforto porque comprimia a barriga dele, né? (...) aí o dia que não colocava eu já sentia a diferença, ixe dava mais trabalho. (M6)</p> <p>Até de dia mesmo, quando ela sentia (cólica) a gente colocava (o canguru), aí ela parava, ficava quietinha, dormia melhor, aí quando acordava, acordava mais alegrinha (...). É, que aliviava as cólicas dela quando eu colocava o canguru. Daí eu acho que deve ficar quentinho, na barriguinha dela na minha (...) aliviou bastante, por isso, eu gostava muito de usar ele. (M7)</p>	Alívio da cólica do bebê
<p>Eu vejo o quanto ele fica satisfeito, a questão dele arrotar, facilita muito mais quando ele está no canguru. (M5)</p> <p>(...) porque como ela fica em pé, ela arrota normal no canguru, não sufoca, não vomita, porque tá alí em pé, né? E aperta a barriguinha (...) a gente dá mamar as vezes, e ela não 'rota', as vezes a gente põe ela pra mamar e ela não rota, e as vezes ela vomita dormindo, eu já tive uma experiência terrível, agora esse do canguru, eu fiquei, nossa ela mamou o caminho todo, dormiu, nós continuou o caminho, e ela continuou alí no canguru. (M19)</p>	Facilita o bebê arrotar
<p>(...) a noite ela dormia bem melhor quando eu usava (o canguru) de dia (...) E sempre quando eu colocava ela no canguru, ela já... parece que era um alívio, ela dormia muito bem, dormia muito tempo (...) se eu dormia com ela no canguru, aí ela dormia muito, aí passava a noite todinha dormindo só acordava pra mamar. (M7)</p> <p>Três horas seguida, minha fia, aí eu tinha que esperar ela acordar pra tirar ela do canguru. Ela dormia muito. (M8)</p> <p>(...) eu carregava ele, jogava um paninho assim, porque como ele tava firme aqui, aí ele dormia. Mamava até dormir. (M9)</p> <p>Aí eu comecei a usar, aí ela amou, dormia o tempo todo (...) porque quando eu colocava (no canguru), ela dormia, se eu ficasse o dia inteirinho, ela dormia o dia inteiro no canguru. (M19)</p> <p>(...) ela, eu podia fazer mais as coisas que ela logo dormia comigo, pertinho de mim, e ela não ficava tão enjoada. (M20)</p>	Bebê dorme melhor
<p>Ele sente que ali ele está protegido. Aí como se fosse, como eu te falei, como se ali, ele estivesse dentro da barriga novamente. Que aí ele sente o calor da mãe de novo (...) que quando eu tiro o canguru e deixo ele no berço, aí ele já estranha, ele fica, né mãe? [fala para avó do bebê]. Fica procurando assim, ele fica procurando um lugar pra se proteger. (Mp3)</p> <p>(...) as vezes ele chora e o canguru ele tá assim, tá assim corpo a corpo então ele sente a mãe aí assim, eles ficam, eles sente a proteção. (M16)</p>	Promove maior proteção ao bebê

Quadro 3. Trechos de descrições e unidades de sentido do eixo central “Cuidado facilitado e compartilhado: mãe, pai e familiares mais próximos do bebê”, baseado no Método da Análise Qualitativa da Investigação Apreciativa. Goiânia-GO, 2016.

Trechos destacados das descrições dos participantes	Unidade de sentido
<p>(...) eu tomava banho tranquila, fazia as minhas coisas tranquila e o Pedro no canguru com o pai dele. (M2) Limpou casa, lavar vasia, eu usei muito com ela dentro de casa. Fazer ela dormir também. (M8) Facilita pra você também, porque você, o bebê tá aqui, e você tá com as mãos livres pra fazer qualquer coisa. (M17) (...) podia dobrar roupa, eu podia arrumar a casa, assim algumas coisas, só não mexia com água, nem lavava vasilha “esses trem”, mas o resto eu fazia, arrumava sofá, varria, arrumava a cama (...). (M20)</p>	Praticidade para realizar as atividades em casa
<p>Eu tive mais paciência, no primeiro quando ele começava a chorar eu deixava ele lá... (M1) (...) mas eu que gosto muito de passear e sair, eu acho que sem o sling no início eu teria ficado muito mais em casa. Teria afetado em mim e no meu relacionamento com os outros, porque se eu fico um dia inteiro sem sair eu fico de mal... mal-humorada já (Risos). (M12) E eu achei muito bom, porque fica assim com o bebê, dá atenção devida que o bebê merece (...). Nessa fase de tão pequenininho, e amadurecendo e crescendo ao mesmo tempo, não é? Então, pra mim foi muito bom. (M3)</p>	Mãe mais calma e atenciosa
<p>Eu achava muito bom, usar ele, quando ela estava dormindo principalmente (Risos). Porque aí quando ela dorme, eu posso descansar... (...) aí eu encostava a cabecinha dela no meu peito, aí eu sentava no sofá e dormia junto com ela. (...). Então era a hora que eu achava bom, que nós duas descansava. (M7) Sim, ela (avó) adorava. As vezes até fazia assim, as noites que ele dormia pouco, aí de manhã ela saía só com ele com o sling, eu ficava em casa dormindo. (...) Pra mim era bom porque era o único jeito dele querer sair era com o sling, ele dormia ainda, ele acordava, eu dava de mamar pra ele, aí minha mãe saía e eu dormia mais um pouco. (M12)</p>	Possibilidade de descanso para a mãe
<p>“É, eu andei poucas vezes de ônibus, mas as vezes que eu fui de ônibus eu coloquei ele no canguru, é até mais fácil da gente entrar (...). Aí aqui não, eu estava com a mão livre. Podia, nem precisava de os outro me dar banco pra sentar, era só segurar mesmo..” (M1) Aí agora eu levei pra ir no supermercado, eu levei pra ir no postinho... pra levar ele aqui no postinho, pra ir lá na padaria, ir de manhã cedo, entendeu? (...). A mamãe canguru com o canguruzinho dentro. (M17) Ela fica meio estressada, se ela ficar o dia inteiro dentro de casa, nem que seja ali na porta eu tenho que sair com ela. Me ajudaria bastante, tanto nos afazeres, quanto na vida social, de passear com ela (...) se não fosse as dores (nas costas). (M18) E era até melhor, mais confortável pra poder andar, num precisava andar com carrinho, né? Tem lugar que é ruim pra gente andar com carrinho e no canguru pra mim era mais fácil. Aí eu usava! (M20)</p>	O canguru como transporte do bebê

<p><i>Aí melhorou bastante, porque ele (o pai do bebê) tinha medo, né? De pegar. Aí no canguru acho que dá mais confiança, mais segurança, né? Porque ali a gente... dá pra ver que não cai, é firme e é bom que você fica, você pode fazer o que você quiser, o menino tá preso a você e você faz, faz de tudo, que sua mão tá livre, num vai tá presa no menino. (M2)</i></p> <p><i>É... ele utilizou bastante. Ele tinha muito medo de pegar quando ele era pequenininho, né? Ele tinha medo, ele quase não pegava, depois que a gente, que eu comecei a colocar o canguru nele, aí ele não queria tirar mais o menino de lá.(M2)</i></p> <p><i>No canguru, né? Não tem como ele escapar pra cair, né? Aí cê anda até mais à vontade (...) aí cê pode andar de boa que não tem perigo dele cair nem machucar o bebê. Ele vai seguro junto com a mãe, né? (M9)</i></p>	<p>Redução do medo de segurar o bebê</p>
<p><i>(...) aí quando meu marido chegava do serviço, eu colocava o canguru nele. Colocava ele no Pedro (bebê), aí ele ficava quietinho... Ele (o esposo) gostava, tanto é que ele não queria tirar. Ele... o neném dormia, aí eu ia tirar pra colocar no berço, ele não queria, ele dormia com o neném no canguru. Ele deitava na cama e dormia com o Pedro no canguru, aí o Pedro chorava de madrugada já para mamar, aí eu tirava e dava o mamã. Aí só tirava de madrugada porque ele queria ficar o tempo todo com o bebê no canguru também. Aí, era eu e ele o tempo todo no canguru. (Risos) (M2)</i></p> <p><i>(...) ele (o pai) quase não pegava, depois que a gente, que eu comecei a colocar o canguru nele, aí ele não queria tirar mais o menino de lá. (M2)</i></p> <p><i>Usou, ele (pai) gostou também, foi uma experiência nova pra ele também. (M8)</i></p>	<p>Pai mais próximo do bebê</p>
<p><i>(...) mas, com a outra tia dela que já usa (o canguru), então eu acho que já ajudou, né? Ela gostar mais da tia. Que ela conhece, eu acho, sente o cheiro. Então, eu acho que ajudou a aproximar mais ela da tia dela. (M7)</i></p> <p><i>(...) a aproximação de todo mundo, né? Se cada um tivesse usado um pouquinho. Eu acho que teria ajudado mais. (M7)</i></p> <p><i>Eu acho que quem usa o canguru, se quando muito novinho com a pessoa, acho que com certeza deve melhorar o relacionamento em andar juntinhos. E também não só pelo bebê, a pessoa que usa e sente, né? Sente o bebê, que vai passear com ele bem juntinho deve aumentar o afeto com certeza. (M12)</i></p> <p><i>Sim, ela (a avó) adorava. As vezes até fazia assim, as noites que ele dormia pouco, aí de manhã ela saia só com ele com o sling, eu ficava em casa dormindo. (M12)</i></p>	<p>Fortalece vínculo dos familiares</p>
<p><i>Usou, ele (pai) gostou também, foi uma experiência nova pra ele também. Que nem, ele sentia dor assim na coluna, né? Ele disse que a posição que ele colocava a neném melhorava também. (M8)</i></p> <p><i>Não sente aquele peso todo, igual se você for carregar no braço. Já punha logo aqui no rumo do peito que não dói tanto o pescoço, né? (M9)</i></p> <p><i>Foi muito bom porque em relação a outra, a Priscylla (filha mais velha), ela ficava muito comigo, então era muito grudada, e era só no colo, então eu gerei assim, muita dor na coluna, assim esses trem. Com ela no canguru, nada, eu não sentia dor nenhuma, mesmo que, né? Fazia esforço, e tal, mas eu num sentia dor, com ela... (M20)</i></p>	<p>Mais conforto ao carregar o bebê</p>

Quadro 4. Trechos de descrições e unidades de sentido do eixo central ‘Desafios a serem superados para melhorar e ampliar a utilização da bolsa canguru’, baseado no Método da Análise Qualitativa da Investigação Apreciativa. Goiânia-GO, 2016

Trechos destacados das descrições dos participantes	Unidade de sentido
<p><i>Uai, ter uma pessoa pra me ajudar a colocar, né? (...). Porque ele (a bolsa canguru) é bom pra usar, né? (...) aí como eu não tinha ninguém pra me ajudar, né? (...) eu tive essa dificuldade de colocar em casa. (M10)</i></p> <p><i>Porque eu não consegui colocar, tentei de todo jeito, mas eu não consegui (...) Pedi, (ajuda) da minha mãe e da minha tia. Aí elas não conseguiu colocar. Olhei, olhei umas dez vezes (o folheto) mas não consegui (...) aí nós não conseguiu colocar! Mas melhorou, nós ajuntou a família todinha pra colocar, mas não conseguiu. (M11)</i></p> <p><i>(...) acho que passava insegurança pra ele, né? Porque eu não conseguia colocar, eu não sabia se estava certinho. (M13)</i></p>	<p>Aprimoramento da habilidade de colocar a bolsa</p>
<p><i>Então assim, eu acho que bastante conhecimento, bastante debate, eu acho que, é rede social, mostrar mais essa questão da bolsa incentivarem as pessoas a usarem a bolsa para as pessoas conhecerem mais, não é? (...) então, falta mais conscientização pra gente mesmo que vai usar, porque no primeiro impacto, que a pessoa não quer usar, ela pensa que ah... bobeira, isso e aquilo, não sei o que que tem, não é? Mas, quem não usou perdeu uma grande oportunidade para estar experimentando uma coisa maravilhosa, não é? Quem não usou. Quem usou, só ganhou! (M3)</i></p> <p><i>(...) falta muito conhecimento no geral das pessoas (quanto ao uso da bolsa) (...) o que falta é informação sobre os tipos de sling, o que é melhor pra os mais novinhos. Os tipos de amarrações e tudo. Treinar, né? Treinar as amarrações com as pessoas, isso seria bom pra facilitar (...) seria bom ter nas, nos postinhos, por exemplo no curso que dá na maternidade, dentro do curso aulas de amarrações de sling, essas coisas, seria bom, pra conhecer no geral o sling e o uso dele. (M12)</i></p>	<p>Disseminação do conhecimento sobre a bolsa canguru</p>
<p><i>Era ter usado mais vezes. (...) eu usei em um certo momento, que me trouxe, como é que fala... que me favoreceu, entendeu? Então assim, eu poderia ter feito isso mais antes. (...) antes eu acho que porque ele estava novinho não tava pesado, eu ainda tava dando conta de carregar aqui (no colo), a partir do momento que eu vi que não tava dando conta mais, não é? Aí vamos colocar no canguru! (Risos). Então assim, com a necessidade de usar aí partir daí eu gostei... (M17)</i></p> <p><i>(...) se eu tivesse colocado desde o início, desde quando eu saí da maternidade e tudo, eu tinha uma experiência melhor pra contar, né? Mas hoje, assim, eu usei durante pouco tempo, mas eu vou tá usando mais. (M19)</i></p>	<p>Atitude de usar a bolsa mais vezes e desde novo</p>
<p><i>(...) em casa eu não usei tanto assim, acho que porque até no início mais por causa do calor, que eu usava pouco em casa. Porque o único problema ele nasceu numa época bem quente, que aqui era muito calor. Agora já não, agora dá pra usar em casa nesse tempo que está um pouco mais fresco, mais aqui o bom é escolher um sling fresquinho. (M12)</i></p> <p><i>(...) é só nos momentos de calor que comig... eu, que eu não sei se é porque eu sou calorenta (...) aí, eu sou muito calorenta e como ele pega aqui, pega aqui, mas eu gostei, o Luis Fernando fica bem à vontade. (M17)</i></p>	<p>O clima influencia o uso da bolsa</p>

<p>(...) depois que a gente veio pra a casa, eu não ficava muito... eu não fico muito quieta, né? Eu fico mexendo, arrumando casa, lavando roupa, cuidando dela e coloquei ela uma vez (...) (M14)</p> <p>(...) Aí colocava ela, ela ficava agoniada lá dentro, aí eu tirava. Não sei é porque tava machucando alguma coisa, ou porque estava colocado errado. (M14)</p> <p>Bom, como eu te falei, ela não gostou muito da ideia do canguru, ela chorou bastante e aí eu tive que tirar, né? (...) Aí ela ficava chorando mesmo, gritava mesmo. Eu falei, vou ter que dar um jeito de tirar, não tem jeito... (M15)</p> <p>(...) ela sempre foi nervosa, desde nenenzinha ela era meio... (...) acho que ela se sentiu desconfortável, num sei te explicar, só sei que ela, toda vez que eu, as vezes, as poucas vezes que eu coloquei, ela ficou meio que se mexendo, num queria ficar naquela posição, então aí por isso mais também que eu deixei, que eu parei de usar. (M18)</p> <p>Se ela não fosse tão nervosa, eu acho que teria me ajudado bastante, teria melhorado muito, principalmente nas, nos, nos meus afazeres, até mesmo se ela quisesse dormir (...) eu acho que melhoraria muito, se ela não fosse tão nervosa. (M18)</p>	<p>Estado emocional da mãe e bebê intervém na capacidade de usar o canguru</p>
<p>(...) porque ele ainda estava molinho que eu fiquei morrendo de medo de ir no ônibus com ele. Porque ele ficou mais durinho, antes ele era muito molinho, não dava pra usar, era muito ruim usar com ele... (M4)</p> <p>(...) com medo de deixar ele cair. Acho que era mais isso (...) acho que é porque como eu usava poucas vezes, aí eu acho que ele ficava inseguro de eu colocar ele. Mas depois que colocava ele, ele ficava super tranquilo. (M13)</p> <p>(...) porque ela era menorzinha, molinha, eu ficava com medo de machucar perna, de machucar o pescocinho dela. (M14)</p> <p>(...) porque eu fiquei com medo de... eu fiquei com medo assim de eu não saber... de não ter amarrado direito essas coisas, com medo dele cair. Mas foi muito bom! Foi bom mesmo. (M16)</p> <p>Porque eu fiquei com medo, porque devido ela ser pequenininha, eu achava que ia fazer algum mal (...) Porque ela ficava encolhida, eu achava que ia fazer mal, tava machucando a coluna ou a perninha essas coisa (M19)</p>	<p>A mobilidade do bebê influencia a segurança da mãe em posicionar o bebê</p>

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão dessa dissertação serão apresentados em formato de dois artigos. O primeiro retrata a autoeficácia da amamentação, prevalência do AME e associação entre o uso da bolsa canguru e o AME no primeiro e segundo mês de vida pós-natal, e o segundo artigo, a percepção materna sobre o uso da bolsa canguru, entre o quarto e quinto mês de vida pós-natal.

E os demais dados que foram refinados para elaboração das tabelas presente no artigo 1 estão presentes no apêndice 8.

Desta forma, esta seção foi organizada do seguinte modo:

Artigo 1: Uso da bolsa canguru em bebês a termo: relação com aleitamento e autoeficácia da amamentação.

Artigo 2: Nova forma de maternagem: percepção materna sobre experiência de utilizar a bolsa canguru em lactentes a termo saudáveis.

6.1 ARTIGO 1

USO DA BOLSA CANGURU EM BEBÊS A TERMO: RELAÇÃO COM ALEITAMENTO E AUTOEFICÁCIA DA AMAMENTAÇÃO

Romilda Rayane Godoi Souza

Thaíla Corrêa Castral

Karina Machado Siqueira

Objetivos: Identificar a autoeficácia da amamentação, estimar a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) entre o primeiro e segundo mês de idade de bebês a termo saudáveis que utilizaram a bolsa canguru em alojamento conjunto e domicílio, e verificar a associação do uso da bolsa canguru com a prevalência do AME. *Método:* Estudo descritivo transversal, em que realizamos ligações telefônicas para verificar a frequência do uso da bolsa canguru, aplicar a Escala da Autoeficácia da Amamentação (EAA) e obter dados da amamentação. Analisamos dados de 98 binômios, através de frequência absoluta, média e desvio padrão; teste Qui-quadrado e Exato de Fisher. *Resultados:* Todas as mães usaram a bolsa canguru no ALCON, e 39,8% utilizaram três ou mais vezes por semana em domicílio. A maioria dos bebês (70,4%) permaneciam em AME, o escore da EAA de todas as mães foi alto.. Identificamos associação entre o AME e o uso da bolsa canguru em domicílio, quando utilizado pelo menos uma vez após a alta ($p=0,014$). *Conclusão:* Os resultados mostram o benefício da bolsa canguru para a amamentação em bebês a termo saudáveis desse estudo no domicílio.

Descritores: Contato pele-a-pele; Aleitamento Materno, Recém-Nascido; Autoeficácia.

INTRODUÇÃO

O contato entre mãe e bebê tem sido objeto de muitos estudos que comprovam benefícios para ambos, no âmbito fisiológico e psicossocial. Dentre esses benefícios, descobriu-se que o contato pele a pele precoce, logo após o nascimento é uma das ações mais eficazes para promover o aleitamento materno exclusivo (AME) (MOORE *et al.*, 2012).

O contato consiste em colocar o bebê sobre a mãe imediatamente após o parto de forma ininterrupta, por no mínimo uma hora (UNICEF, 2008). Os benefícios deste contato para amamentação incluem o início precoce da amamentação e sucesso na primeira mamada (MOORE *et al.*, 2016); sucção eficiente e eficaz, além de influenciar de forma positiva a relação mãe-filho (SAADEH; AKRÉ, 1996); aumento da duração da lactação e da produção de leite (NYQVIST *et al.*, 2010).

Após o parto o contato pele a pele pode ser mantido de forma prolongada durante hospitalização e em domicílio. No entanto, a maioria dos estudos sobre a

relação do contato materno prolongado e o AM está voltado para os bebês de baixo peso, atendidos em unidades neonatais (MOORE *et al.*, 2016). Tal fato justifica-se pela existência do método canguru que é uma estratégia eficaz realizada em muitos países do mundo e no Brasil, e se tornou uma política pública nacional, com objetivo de melhorar a assistência ao bebê de baixo peso desde 2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Assim como nas Unidades Neonatais, é responsabilidade da equipe multiprofissional no Alojamento conjunto (ALCON) orientar e incentivar o contato pele a pele durante hospitalização e domicílio pelo tempo que for prazeroso para os pais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). O ALCON é um ambiente que favorece a não separação entre mãe e bebê no período de pós-parto e estimula o AM desde o nascimento até a alta hospitalar (JAAFAR; HO; LEE, 2016).

Apesar de o contato materno ser incentivado após o nascimento, esta prática ainda é muito pouco estudada e incentivada durante a hospitalização e em domicílio em bebês a termo saudáveis.

Diante da importância do estímulo ao AME e do contato precoce e prolongado entre mãe e bebês a termo saudáveis, tivemos como objetivos avaliar a autoeficácia da amamentação e estimar a prevalência de AME entre o primeiro e segundo mês de idade de bebês a termo saudáveis que utilizaram a bolsa canguru desde o nascimento e no domicílio. Ainda, verificamos a associação do uso da bolsa canguru com a prevalência do AME.

Trata-se de um estudo inédito no país e que está em consonância com as políticas públicas nacionais de humanização e promoção do aleitamento materno, com o potencial de inovação no cuidado ao bebê a termo saudável por meio de uma estratégia simples e de baixo custo que é a posição canguru.

Acreditamos que o contato, pele a pele ou não, entre mãe e bebê desde o nascimento e no domicílio, por meio do uso da bolsa canguru, poderá contribuir para a manutenção da amamentação após a alta.

MÉTODO

Estudo descritivo de corte transversal realizado em uma maternidade pública de Goiânia com o título de Hospital Amigo da Criança. Os critérios de inclusão foram: mães que tiveram parto vaginal e foram hospitalizadas, por no mínimo 48 horas, com bebê em ALCON; abordadas para participar da pesquisa até 24h após o parto; que

realizaram contato pele a pele precoce (dentro da primeira hora de vida); com desejo de realizar a posição canguru; residentes em Goiânia ou região metropolitana; e bebês a termos (≥ 37 semanas de gestação), excluindo-se aqueles com anomalia genética ou neurológica, ou asfixia neonatal, com contraindicação definitiva ou temporária para amamentação.

A coleta ocorreu no período entre 18 de janeiro e 18 de março de 2016. Neste tempo, 272 mães não aceitaram participar do estudo e 496 não atenderam aos critérios de inclusão. Assim, inicialmente o estudo contou com a participação de 109 mães que aceitaram usar a bolsa canguru na maternidade e no domicílio.

Todas as mães receberam gratuitamente a bolsa canguru, que foram doadas pela ONG bebê canguru (bebecanguru.com), semelhante ao sling, mas confeccionada em três tiras de malha fria. A bolsa foi entregue durante internação, no máximo 24h após o parto. As mães foram incentivadas a utilizar a bolsa canguru (contato pele a pele ou não) pelo menos uma hora diariamente, durante internação e, no mínimo uma hora, três vezes na semana no domicílio.

Entregamos a todas as mães um folheto ilustrado com informações sobre a posição canguru, seus benefícios, o posicionamento adequado do bebê, as indicações e contraindicações de uso. Além do folheto, realizamos a demonstração do uso adequado da bolsa canguru, colocando o bebê diretamente na mãe ou em algum familiar/acompanhante; ou através de uma boneca colocada no pesquisador, caso o bebê estivesse dormindo ou a mãe indisposta. A primeira vez de uso da bolsa canguru durante a hospitalização ocorreu com a supervisão do pesquisador ou auxiliares de pesquisa.

Após entregar o folheto e realizar as orientações, aplicamos um questionário semiestruturado com dados sócio demográficos, condições de gestação, parto e nascimento e aleitamento materno. Caso a mãe estivesse indisposta voltávamos em outro momento antes da alta.

Após a alta hospitalar, entre um e dois meses (de 29 a 81 dias de vida pós-natal), realizamos contato telefônico com a mãe em domicílio e investigamos questões quanto a frequência do uso da bolsa canguru, o tipo de aleitamento nas últimas 24 horas e, aplicamos a Escala da Autoeficácia da Amamentação – forma abreviada (EAA). Cada ligação durou, em média, dez minutos.

Das 109 mães participantes, nove não atenderam as ligações após cinco tentativas em turnos e dias alternados e, duas não completaram a entrevista, porque

a ligação caiu e não foi possível restabelecê-la. Assim, para análise de dados tivemos 98 mães que responderam a todos as questões por telefone. Aplicamos a EAA somente em 88 mães, pois 10 pararam de amamentar e estavam somente em aleitamento artificial no momento do contato telefônico.

A EAA (em inglês, Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form/BSES-SF) foi desenvolvida por Cindy Lee Dennis no Canadá, para identificar a confiança materna em sua prática da amamentação. Essa escala foi traduzida, adaptada culturalmente para a língua portuguesa e validada para gestantes (ORÍÁ; XIMENES, 2010). Estudo com 294 puérperas, realizado no nordeste do Brasil, verificou a confiabilidade e validade de conteúdo dos itens individuais da escala também em puérperas (DODT, 2008).

Essa escala é autoaplicável, mas também pode ser realizada por meio de entrevista, possui 14 itens divididos em dois domínios, técnico com oito itens e, pensamento intrapessoal com seis itens. A escala é do tipo Likert, com variação de um a cinco pontos em cada item, com pontuação total de 14 a 70 pontos, classificados em eficácia baixa (14 a 32 pontos); eficácia média (33 a 51 pontos); e eficácia alta (52 a 70 pontos) (ORÍÁ; XIMENES, 2010).

Digitamos os dados coletados em um banco de dados no software Statistical Package for Social Science (SPSS, versão 23.0) e fizemos análise de consistência dos dados. Inicialmente realizamos análise descritiva das variáveis reportada por meio de frequência absoluta, média e desvio padrão. Após, verificamos a associação entre as variáveis dicotômicas, por meio do teste Qui-quadrado e Exato de Fisher, e as diferenças foram consideradas significativas com valor de $p < 0,05$.

Nosso estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal, sob o número do parecer 1.314.944. Foram garantidas todas as normas éticas brasileiras de pesquisa com seres humanos. Todas as mães após aceitarem participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre esclarecido e receberam uma via do termo.

RESULTADOS

A média de idade das mães foi de 23,7 anos (DP= 5,7), 20% delas tinham idade menor ou igual a 18 anos. A maioria residia em Goiânia (55,1%); 77,6% moravam com os pais do bebê; 41,8% estavam em união consensual. Somente 8 (8,2%) mães tinham ensino superior completo ou incompleto; 55 (56,1%) não tinham

vínculo empregatício, 49 (50%) referiram renda mensal familiar de um a dois salários mínimos. Das 48 (49%) que possuíam outros filhos, 11 (11,2) tinham idade menor ou igual a dois anos. A média de idade dos pais foi de 27,3 anos (DP= 6,1); somente 2 (2,0%) com idade menor ou igual a 18 anos; 89 (90,8%) tinham vínculo empregatício, e 13 (13,3%) referiram ensino superior completo ou incompleto.

A maioria dos recém-nascidos nasceu do sexo masculino (52,0%); média de 39 semanas de idade gestacional (DP=1,1); média de peso ao nascer igual a 3224,3 gramas (DP= 395,0); 14 (14,3%) apresentaram APGAR menor que sete no primeiro minuto e nenhum com APGAR menor que sete no quinto minuto de vida.

Quanto aos dados de gestação, parto e nascimento, 70 (71,4%) mães realizaram seis consultas ou mais de pré-natal, 69 (71,4%) foram acompanhadas em Unidade Básica; 42 (42,9%) eram primigestas; 48 (49,0%) primíparas; 19 (19,4%) tiveram aborto espontâneo; 30 (30,6%) apresentaram intercorrência na gestação e 7 (7,1%) no parto.

Entre as mães participantes, 46 (46,9%) relataram experiência prévia com a amamentação, sendo que 41 (41,8%) amamentaram exclusivo, com duração média de 105,6 dias (DP= 60,1). Somente 11 (11,2%) mães referiram AME anterior até o sexto mês de vida. Todas as mães, exceto uma, pretendiam amamentar o filho atual, com expectativa média de 14,3 meses (DP=8,6).

A frequência de aleitamento no momento da ligação foi de: Aleitamento materno exclusivo 70,4%(69); Aleitamento materno predominante 12,2%(12); Aleitamento materno 7,1%(7) e Aleitamento artificial/ Não aleitamento materno 10,2%(10).

Quanto a frequência do uso da bolsa canguru (Tabela 1), todas as mães referiram ter utilizado pelo menos uma vez durante a internação. No domicílio, 11 (11,2%) mães nunca usaram a bolsa e 89 (88,8%) usaram pelo menos uma vez após a alta da maternidade, sendo que 39 (39,8%) dessas mães utilizaram a bolsa com a frequência de três vezes ou mais por semana. A duração média de cada sessão com a bolsa canguru foi de 75min (DP= 66min).

Tabela 1 - Frequência do uso da bolsa canguru pela mãe e familiares. Goiânia, 2016.

Uso da Bolsa Canguru	f	%	Média	DP
Frequência do uso da bolsa desde que saiu da maternidade	3 vezes ou mais na semana	39	39,8	
	Menos de 3 vezes na semana	48	49,0	
	Nunca usou desde que saiu da maternidade	11	11,2	

Duração do uso da bolsa por sessão (minutos) no domicílio		75	66
Mãe usou a bolsa canguru em domicílio	Sim	87	88,8
	Não	11	11,2
Familiar usou a bolsa canguru em domicílio	Não	70	71,4
	Sim	28	28,6
Pai usou o canguru em domicílio	Não	79	80,6
	Sim	19	19,4

f: Frequência absoluta, % Porcentagem, DP: Desvio Padrão.

Ao testar a associação entre o uso da bolsa canguru e o AME no domicílio (Tabela 2), encontramos uma relação significativa entre AME e o uso da bolsa canguru pelas mães em domicílio (pelo menos uma vez desde a alta da maternidade) ($p=0,014$).

Tabela 2. Associação do aleitamento materno exclusivo e uso da bolsa canguru. Goiânia, 2016.

Variáveis de Exposição	AME				p
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
USO DA BOLSA CANGURU					
Mãe usou a bolsa canguru em domicílio					0,014 ^{*(1)}
Sim	65	66,3	22	22,5	
Não	4	4,1	7	7,1	
Frequência do uso da bolsa					0,807 ⁽²⁾
≥ 3 vezes por semana	28	28,6	11	11,2	
< 3 vezes por semana	41	41,8	18	18,4	

* $p<0,05$, ¹Teste Exato de Fisher; ²Teste Qui-quadrado.

Na Tabela 3 encontram-se descritos os escores da Escala de Autoeficácia da Amamentação (EAA), conforme percepção das mães que amamentavam entre o primeiro e segundo mês de vida do bebê.

Tabela 3. Escores da Escala de Autoeficácia da Amamentação (EAA), segundo a classificação por escore e por domínios. Goiânia, 2016.

Escala Autoeficácia da Amamentação forma abreviada				
Classificação da Escala por Escore				
	n	%	Média	DP
Alta (52 -70)	88	100	-	-
Média (33-51)	0	0	-	-

Baixa (14-32)	0	0		
Escore total	-	-	66,74	3,2

Classificação da Escala por domínios

Domínio Técnico	Concordo totalmente		Concordo		Às vezes Concordo		Discordo		Discordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Item										
1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente	58	65,9	15	17,0	13	14,8	2	2,3	0	0
3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento	77	87,5	4	4,5	5	5,7	2	2,3	0	0
4. Eu sempre percebo se meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada	85	96,6	3	3,4	0	0	0	0	0	0
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando	76	86,4	7	8,0	5	5,7	0	0	0	0
11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro	80	90,9	4	4,5	3	3,4	0	0	1	1,1
12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele (a cada mamada)	87	98,9	1	1,1	0	0	0	0	0	0
13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê)	68	77,3	11	12,5	6	6,8	0	0	3	3,4
14. Eu sempre sei quando meu bebê terminou a mamada	69	78,4	10	11,4	8	9,1	0	0	1	1,1
Domínio Pensamentos Intrapessoais										
Item										
2. Eu sempre lido com a amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Supera com sucesso a amamentação e as	67	76,1	16	18,2	5	5,7	0	0	0	0

demais situações da vida)											
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer	80	90,9	6	6,8	1	1,1	1	1,1	0	0	
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	72	81,8	11	12,5	3	3,4	1	1,1	1	1,1	
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família	69	78,4	9	10,2	4	4,5	4	4,5	2	2,3	
9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar	82	93,2	5	5,7	1	1,1	0	0	0	0	
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar)	77	87,5	9	10,2	1	1,1	0	0	1	1,1	

DISCUSSÃO

Este é o segundo estudo mundial e primeiro estudo brasileiro que investiga uma relação entre amamentação e o contato prolongado entre mãe e bebê a termo saudável, por meio do uso da bolsa canguru, no qual encontramos relação significativa mediante os testes estatísticos. Os outros achados sugerem ainda prevalência do AME relativamente elevada, em comparação à média nacional, além de resultados da autoeficácia da amamentação com escores altos para todas as mães participantes da pesquisa.

Acreditamos que a relação estatisticamente significativa entre o AME e o uso da bolsa canguru em domicílio pelas mães, quanto utilizado pelo menos uma vez, após alta, pode ter ocorrido por diversos fatores. Por exemplo, o fato da proximidade do bebê ao seio materno que torna a amamentação mais prática, um maior reconhecimento dos desejos do bebê e maior possibilidade de descanso para ambos que reflete na manutenção da produção de leite, na capacidade e desejo da mulher amamentar, dentre outras possíveis causas. No entanto, é importante destacar que este estudo não permite estabelecer relação de causa e efeito entre o uso da bolsa canguru e a amamentação, sendo necessário estudo do tipo ensaio clínico randomizado para fortalecer as evidências científicas. Vale ainda destacar que a amostra do nosso estudo foi relativamente pequena e proveniente de uma única

maternidade; e houve variação do tempo de vida do bebê no momento da ligação (entre 29 a 83 dias).

Testamos como variável se a mãe utilizou a bolsa por pelo menos uma vez em domicílio, porque 11 mães disseram que não conseguiram ou não tiveram o interesse de usar a bolsa em domicílio, e 30,8% utilizaram a bolsa na frequência recomendada pelos pesquisadores. Assim, poderia haver uma relação entre as variáveis das mães que usaram a bolsa em domicílio, independente da frequência, com o AME e confirmamos tal suposição, mediante análise estatística.

O único estudo anterior que buscou a relação entre o uso da bolsa canguru e a amamentação foi conduzido na Itália. Os autores realizaram uma coorte com 100 mães e bebês saudáveis que realizaram o contato por pelo menos uma hora, diariamente, durante o primeiro mês de vida e investigaram a prevalência de AM no primeiro e quinto mês de vida, comparado aos bebês que não realizam o contato. No grupo que utilizou a bolsa canguru (n=69), os bebês tiveram maior prevalência de AME, comparado ao grupo que não utilizou a bolsa (n=31), sendo 72% e 51% aos dois meses; e de 48% e 24% aos cinco meses, respectivamente. Assim, os resultados deste estudo sugerem que o uso da bolsa canguru em bebês saudáveis durante o primeiro mês está associado ao aumento da duração da amamentação exclusiva (PISACANE *et al.*, 2012).

Em nosso estudo, 39,8% das mães usaram a bolsa canguru com frequência de três ou mais vezes por semana em domicílio; além dos pais (19,4%) e familiares (avós, tios e irmãos) (28,6%) com uso esporádico. Esse valor baixo pode estar relacionado à falta de costume do povo brasileiro quanto a essa prática em bebês saudáveis. O uso da bolsa canguru nas sociedades ocidentais tem crescido, mas ainda existe uma lacuna nas informações sobre o significado dessa prática cultural e histórica para os povos do Ocidente (HARRIS; DOUNY, 2013).

Acreditamos que a oportunidade da visita domiciliar pode ser um momento muito oportuno para auxiliar as mães que desejam utilizar a posição canguru, ajudando no posicionamento adequado, esclarecendo dúvidas e incentivando também a participação de outros membros da família.

Quanto a prevalência do AME nos bebês de nosso estudo no momento da ligação, entre primeiro e segundo mês de vida foi de 70,4%, superior aos dados encontrados no último inquérito nacional sobre a amamentação, em que a

probabilidade de AME aos 30 e aos 60 dias no Brasil foi de 60,7% e 47,3%, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Os resultados da aplicação da EAA também foram satisfatórios. O fato do escore de todas as participantes da pesquisa, nessa escala, terem sido classificados como alto, nos permite considerar que essas mães confiam em sua capacidade de amamentar, tanto no quesito técnico-prático, quanto psicológico, pessoal.

Esta escala permite o conhecimento das áreas que a mãe tem maior ou menor dificuldade quanto aos aspectos da amamentação, sejam técnicos ou intrapessoais, possibilitando que os profissionais atuem em um ponto específico de forma a promover o AME e reduzir o desmame precoce. Principalmente quando essas potencialidade e dificuldades são descobertas precocemente (ORÍÁ *et al*, 2009).

No domínio técnico é possível verificar se mãe consegue reconhecer a pega adequada; a necessidade de aleitamento ser exclusivo e de revezar as mamas; reconhecer se o bebê mamou o suficiente e se finalizou a mamada, dentre outros pontos.

Assim, neste estudo, um ponto que deveríamos nos atentar para melhor instrução das mães é quanto ao reconhecimento se o bebê mamou o suficiente, porque a menor pontuação em toda a escala na resposta concordo totalmente, foi no item 1 do domínio técnico, eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente (65,9%).

Este mesmo item também teve menor pontuação em estudo realizado no Ceará, que avaliou a autoeficácia da amamentação em puérperas em ALCON. Os pesquisadores sugerem que esse resultado possa ter relação com a desconfiança da mãe na suficiência do leite materno, em quantidade e qualidade (TAVARES *et al.*, 2010).

Esses dados reiteram a importância de enfatizar a informação de que não existe leite fraco, explicando à mãe que ele pode parecer ralo no início da mamada, mas que mesmo assim contém muitos nutrientes. Explicar também que o volume de leite produzido pode variar, sendo influenciado pela duração e frequência que o bebê é amamentado, por isso a necessidade de amamentar exclusivamente e sob livre demanda. Quanto mais vezes o bebê mamar e mais volume de leite sugar, maior será a produção de leite (KENT *et al.*, 2006).

Outros pontos que devemos nos atentar, na análise dos itens do domínio técnico, foram os que tiveram respostas com mais “discordo e discordo totalmente”,

relativos aos itens 13 (Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê); e 3 (Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento), respectivamente.

As respostas sugerem que, atualmente, algumas mães não conseguem relacionar as necessidades delas às necessidades do bebê, devido à sobrecarga de afazeres no pós-parto que muitas vezes são enfrentadas sem apoio familiar ou de outros conhecidos; ou porque acabam voltando ao trabalho de forma precoce, quando o bebê ainda deveria ser amamentado exclusivamente.

O apoio familiar possui associação com AME, conforme demonstrado em estudo transversal em que as mães com uma percepção positiva quanto ao apoio que recebiam da família eram mais propensas a manter o AME do que aquelas com uma percepção negativa do apoio familiar (Odds Ratio Ajustado= 3,971, IC de 95%, 2,62-6,01, $p < 0,001$) (XIU; LUYAN; YAN, 2016).

Quanto a voltar precocemente ao trabalho se deve a política de licença maternidade no Brasil, que em serviços privados é de somente quatro meses, enquanto em serviços públicos é de seis meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A luta para ampliar o tempo de licença maternidade ainda é necessária. Estudo atual afirma que políticas de licença de maternidade remuneradas representam um instrumento capaz de reduzir a mortalidade infantil em países de média e baixa renda, como o Brasil. O estudo encontrou associação no aumento da duração da licença maternidade remunerada com as reduções nas taxas de mortalidade infantil, sendo que em cada mês de licença maternidade paga foi associado a 7,9 menos mortes infantis por 1.000 nascidos vivos (IC 95%: 3,7, 12,0) (NANDI *et al.*, 2016).

Em nosso estudo, as mães que ainda amamentavam e usavam o leite artificial como suplemento representaram 12,2% das participantes. Entretanto, devemos incentivar todas as mães amamentarem exclusivamente durante os seis meses de vida, sem ofertar água, chá ou outra bebida ou alimento, e até os 2 anos de idade como complemento da alimentação saudável. A introdução precoce de leites artificiais ou de alimentos complementares podem predispor o bebê a alergias, a maior número de episódios de diarreia e de hospitalização por doenças respiratórias, risco de desnutrição, menor duração do AM, entre outros (VICTORA *et al.*, 2016).

Os itens da escala que tiveram maior proporção nas respostas “concordo totalmente e concordo” foram o 12 (Eu sempre continuo amamentando meu bebê a

cada mamada), 4 (Eu sempre percebo se meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada), e 11 (Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro), respectivamente. Assim, os dados sugerem que as mães estejam assimilando bem as informações sobre a pega adequada do bebê e sobre a necessidade de revezar as mamas durante o AM, informações que devem ser orientadas por profissionais capacitados desde o pré-natal e puerpério, principalmente em maternidades que possuem o título de Hospital Amigo da Criança (JESUS; OLIVEIRA; MORAES, 2017), tal como a maternidade em que realizamos o estudo.

A pega adequada é essencial para prevenir dores e fissuras mamilares e, conseqüentemente, permitir uma amamentação bem-sucedida e mais prazerosa tanto para mãe como para o bebê (CIRICO; SHIMODA; OLIVEIRA, 2017; DENNIS; JACKSON; WATSON, 2014).

Já no domínio Pensamentos Intrapessoais, a escala considera a satisfação e o desejo em amamentar, a capacidade de amamentar em público, de relacionar a amamentação com outros afazeres, dentre outros fatores relacionados à interação e à subjetividade materna, o que reflete as percepções, atitudes e crenças da mãe quanto à amamentação (ORIÁ; XIMENES, 2010).

Na análise dos itens do domínio intrapessoal, entre as respostas que tiveram maior porcentagem de “discordo e discordo totalmente” estão os itens 8 (Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família) e 7 (Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando).

Em geral, amamentar em público, seja um familiar ou não, para algumas mulheres ainda pode ser considerado um ato constrangedor. Em alguns ambientes as mães que amamentam em público experimentam reações negativas, considerado como ato inaceitável (ROLL; CHEATER, 2016). Estudo aponta que quando a mulher amamenta no trabalho, algumas pessoas, como empregadores e colegas de trabalho sentem desconfortáveis com a amamentação (ROLLINS *et al.*, 2016).

A amamentação em público é protegida por lei em alguns países do mundo, como em muitos estados dos Estados Unidos da América, Austrália (NATIONAL CONFERENCE OF STATE LEGISLATURES, 2014; AUSTRALIAN BREASTFEEDING ASSOCIATION, 2014) e em quatro estados do Brasil, entre os quais estão Santa Catarina; São Paulo; Rio de Janeiro; Mato Grosso e, mais recentemente, no início deste ano, Minas Gerais, com previsão de multa para quem constranger ou desaprovar a amamentação em público (CONSEA, 2017).

As respostas de discordo e discordo totalmente foram muito pouco frequentes em todos os itens deste domínio. No item 7, sobre a vontade de continuar amamentando, mesmo sendo o segundo com mais respostas neste quesito, somente duas mães responderam discordo ou discordo totalmente, enquanto 81,8%, responderam concordo totalmente.

A intenção materna em amamentar é um comportamento formado durante toda a vida e antecede a amamentação. Os fatores que estão associados ao desejo de amamentar são diversos, dentre eles incluem os hábitos de vida, as características biológicas em geral e também relacionadas à gestação, amamentação e de assistência à saúde, além dos fatores étnicos, socioeconômicas, demográficos e familiares (VIEIRA *et al.*, 2016). Os profissionais da equipe de saúde que trabalham com lactantes devem incentivar o AM, mas também devem respeitar o tempo, ritmo e desejo da mãe em amamentar (KRUEL; SOUSA, 2014).

Já os itens que tiveram maior proporção nas respostas “concordo totalmente e concordo” foram o 9 (Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar), 5 (Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer), e 10 (Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo).

Os altos índices de concordância nos itens 9 e 5 demonstram a satisfação das mães em amamentar. Já o fato do item 10 ter alta concordância nos faz refletir que a maioria das mães compreende que amamentar demanda tempo; o que pode influenciar na disposição em continuar amamentando. O tempo de cada mamada e a frequência de amamentação de cada bebê é variável, ainda mais quando amamentado sob livre demanda (KENT *et al.*, 2006).

Em geral, é recomendado fazer o esvaziamento das mamas por meio da amamentação, no mínimo 8 a 12 vezes, sendo que a média é de 8 sessões de amamentação por dia, mas pode variar de 4 a 13 sessões de amamentação/dia. Os bebês que mamam mais ou menos que a média, não devem ser considerados com alimentação anormal. O que influencia a frequência do AM é a capacidade da mama; do estômago da criança, e de tempo de esvaziamento gástrico. O tempo de cada sessão de amamentação também é muito variável, em torno de 12 a 67 minutos/sessão (KENT *et al.*, 2006). Entretanto, não existe relação entre a duração de cada sessão de amamentação e a quantidade de leite durante o AM (RAMSAY *et al.*, 2004).

CONCLUSÃO

Neste estudo constatamos uma relação estatisticamente significativa ($p=0,014$) entre o AME e o uso da bolsa canguru, entre mãe e bebê, em domicílio (quando utilizado pelo menos uma vez após a alta da maternidade). No entanto, estudos com maior evidência, tal como ensaio clínico randomizado, são necessários para estabelecer uma relação entre o uso da bolsa canguru de forma prolongada e o AME em bebês a termo saudáveis. Essas evidências podem orientar o uso da bolsa canguru após o nascimento, e também no domicílio, como estratégia de incentivo ao AME e auxiliar na redução da morbimortalidade infantil, deixando de ser somente um meio de transporte dos bebês saudáveis.

Outros achados desse estudo foram os bons índices de amamentação, com prevalência do AME de 70,4% entre o 1º e 2º mês de vida pós-natal e escores altos de autoeficácia da amamentação.

Os altos escores na EAA apontam que todas as mães de nosso estudo têm confiança na sua capacidade de amamentar. No entanto, os itens de maior e menor pontuação na escala permitem refletir sobre diversos aspectos técnicos e subjetivos da amamentação, muito ou pouco discutidos na atualidade, como a pega adequada, revezamento das mamas, aleitamento sobre livre demanda, a importância da licença maternidade, necessidade do apoio familiar à mãe e bebê, a intenção materna em amamentar, dentre outros.

O estudo reforça também a necessidade de aproximação dos bebês aos pais e familiares, embora tenhamos identificado uma pequena porcentagem no uso da bolsa canguru por parte deles, essa prática, pode ser estimulada, aumentando a rede de apoio da mãe e fortalecendo ainda o papel do pai nos cuidados com o bebê.

REFERÊNCIAS

Australian Breastfeeding Association, 2014. Breastfeeding in Public: Your Legal Rights. Available at: <https://www.breastfeeding.asn.au/bf-info/breastfeeding-and-law/legalright> (accessed 07.04.17).

Cirico, MOV, Shimoda, GT, Oliveira, RNG. Healthcare quality in breastfeeding: implementation of the nipple trauma index. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2017;37(4):e60546. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.60546>

Consea. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e nutricional. Site: <http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/noticias/2017/lei-que-garante-direito-da-mae-de-amentar-em-publico-ja-e-realidade-em-4-estados-do-brasil>. Publicado em 16 de Janeiro de 2017. Acessado em 07 de abril de 2017.

Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2014(12):CD007366.

Dotz RCM. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) em puérperas. *Rev. RENE. Fortaleza, abr./jun.2008;9(2):165-167.*

Harris S, Douny L. Wrapping and Unwrapping Material Culture: Archaeological and Anthropological Perspectives (UCL Institute of Archaeology Publications). Chapter 2: Aspect of baby wrappings: Swaddling, carrying and wearing, 2013. Ebook: https://books.google.com.br/books/about/Wrapping_and_Unwrapping_Material_Culture.html?id=6JEKBAAAQBAJ&source=kp_cover&redir_esc=y

Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *The Cochrane Library*, 2016: 1465-1858. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006641.pub3>

Jesus PC, Oliveira MIC, Moraes JR. Training of health professionals in breastfeeding and its association with knowledge, skills and practices. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017;22(1):311-320. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.17292015>

Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, Ramsay DT, Doherty DA, Hartmann PE. Volume and frequency of breastfeeds and fat content of breastmilk throughout the day. *Pediatrics*, 2006;117:e387–e395

Kruel CS, Souza APR. Aleitamento materno e cuidado: uma proposta winnicotiana. *Distúrb Comun, São Paulo*, 2014;26(1): 176-186.

Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2010. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf

_____. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual técnico. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica : cuidado compartilhado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2016.

Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Ver.* 2012;18(3):CD003519.

Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.

Nandi A, Hajizadeh M, Harper S, Koski A, Strumpf EC, Heymann J. Increased Duration of Paid Maternity Leave Lowers Infant Mortality in Low and Middle-Income Countries: A Quasi-Experimental Study. *PLoS Med*, 2016;13(3): e1001985. doi:10.1371/journal.pmed.1001985

National Conference of State Legislatures, 2014. Breastfeeding State Laws. Available at: www.ncsl.org/research/health/breastfeeding-state-laws.aspx (accessed 29.08.14).

Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U et al. Towards universal kangaroo mother care: recommendations and report from the first

European conference and seventh international workshop on kangaroo mother care. *Acta Paediatr.* 2010; 99: 820–826.

Oriá MOB, Ximenes LB, Almeida PC, Glick DF, Dennis CL. Psychometric assessment of the Brazilian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Public Health Nursing.* 2009;26(6):574-83.

Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da breastfeeding self-efficacy scale para o português. *Acta Paul. Enferm.* 2010; 23(2):230-238.

Pisacane, A., Continisio, P., Filosa, C., Tagliamonte, V. and Continisio, G. I. Use of baby carriers to increase breastfeeding duration among term infants: the effects of an educational intervention in Italy. *Acta Paediatrica*, 2012;101: e434–e438. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02758

Ramsay T, Kent JC, Owens JA, Hartmann PE. Ultrasound Imaging of Milk Ejection in the Breast of Lactating Women *Donna Pediatrics* Feb 2004;113 (2):361-367. DOI: 10.1542/peds.113.2.361

Roll CL, Cheater F. Expectant parents' views of factors influencing infant feeding decisions in the antenatal period: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 2016, 60:145–155. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.011>

Rollins NC, Lutter CK, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? *Epidemiol Serv Saúde, Brasília.* 2016: 25-44. <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao2.pdf>

Saadeh R, Akre J. Ten Steps to Successful Breastfeeding: A Summary of the Rationale and Scientific Evidence. *Birth*, September 1996; 23(3):154-60. DOI: 10.1111/j.1523-536X.1996.tb00476.x

Unicef. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 1 : histórico e implementação / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 78 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet.* 2016;387(10017):475–490.

6.2. ARTIGO 2

NOVA MATERNAGEM: PERCEPÇÃO MATERNA DO USO DE BOLSA CANGURU EM BEBÊS A TERMO SAUDÁVEIS

Romilda Rayane Godoi Souza

Thaíla Corrêa Castral

Karina Machado Siqueira

Objetivo: Conhecer a percepção materna quanto ao uso da bolsa canguru em bebês a termo saudáveis, desde o nascimento até o quinto mês de vida pós-natal. *Método:* Estudo qualitativo, baseado no referencial metodológico da Investigação Apreciativa, realizado com 23 mães que utilizaram a bolsa canguru com seu filho na maternidade e no domicílio. Os dados foram coletados no período de junho a julho de 2016, por meio de entrevistas, durante visitas domiciliares. A análise se fundamentou nos pressupostos da Investigação Apreciativa. *Resultados:* As mães relataram que a posição canguru promoveu melhoria no contato mãe-bebê, maior autonomia e independência materna, tranquilidade e segurança ao bebê, diminuição das cólicas, melhora do sono e maior aproximação entre bebê e familiares. Referiram a necessidade de disseminação do conhecimento e adaptação das mães para uso da bolsa canguru. *Conclusão:* As mães percebem os benefícios relacionados ao uso da bolsa canguru, destacando aspectos relacionados ao estado físico do bebê, autonomia materna e vínculo familiar. Trata-se de uma estratégia simples, de baixo custo, que pode ser utilizada tanto no ambiente hospitalar, quanto domiciliar, favorecendo o desenvolvimento de bebês, independente da idade gestacional ao nascer.

Descritores: Contato pele a pele; Aleitamento Materno; Recém-nascido a termo; Maternidade.

INTRODUÇÃO

Todo bebê humano nasce imaturo em comparação aos outros mamíferos, exceto em relação aos marsupiais, como o canguru, em que após o nascimento o filhote é mantido na bolsa materna, aquecido e com alimentação ilimitada, para se desenvolver e sair da bolsa (KIRSTEN, BERGMAN, HANN, 2001). Acredita-se que a imaturidade do ser humano ao nascer seja, em parte, para que o cérebro do bebê não cresça mais que o tamanho da pelve da mulher, visto que o cérebro do recém-nascido (RN) humano é em média 25% a 30% do peso do cérebro adulto (DESILVA, LESNIK, 2006; ROSENBERG, TREVATHAN, 2002; DUNSWORTH, ECCLESTON, 2015).

Nesta perspectiva, podemos considerar todos RN humanos como imaturos, incompletos, independente da idade gestacional ao nascimento. Essa imaturidade faz com que os bebês tenham inteira dependência de outro ser humano para sobreviver,

diferente dos outros mamíferos que possuem comportamentos que promovem a sobrevivência e desenvolvimento futuro (KIRSTEN, BERGMAN, HANN, 2001).

No entanto, todos os RN mamíferos, inclusive os humanos que nascem imaturos e dependentes, apresentam um comportamento conhecido como “comportamento neuroendócrino altamente conservado” (WIDSTROM *et al.*, 1987), que consiste em conseguir rastejar e encontrar o peito da mãe e começar a mamar. Nos humanos, os RN, mesmo sem qualquer auxílio, são capazes de rastejar a partir do abdômen da mãe, subir até o peito e começar a mamar. Mas, assim como todos os outros mamíferos, isso depende de estar próximo à mãe. A separação interrompe esse comportamento, e perturba o desenvolvimento (CHATURVEDI, 2008).

Essa separação da mãe resulta em uma resposta de estresse, de desespero, podendo ser observada em todos os mamíferos, e ainda, quando ocorre de forma prolongada tem se mostrado prejudicial nos RN animais e também no ser humano (KIRSTEN, BERGMAN, HANN, 2001; SHONKOFF, GARNER, 2012).

Uma intervenção efetiva e bastante conhecida para reduzir a separação entre mãe e bebê, e promover adequado neurodesenvolvimento do bebê é o método canguru (MC). Este método, inicialmente criado para reduzir a superlotação das unidades neonatais em Bogotá, na Colômbia (CHARPAK *et al.*, 2005), disseminou-se pelo mundo e foi implantado no Brasil no início da década de 1990 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Atualmente, o MC é uma política pública de saúde no país que visa a humanização da assistência do RN pré-termo e de baixo peso, e redução da morbimortalidade neonatal brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Um dos componentes do MC é o uso da posição canguru, que consiste em colocar o bebê junto a mãe, pai ou demais familiares, em contato pele a pele, na posição vertical, em prona, de forma precoce, contínua e prolongada, pelo tempo que for prazeroso para ambos (CHARPAK *et al.*, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; WHO, 2003). Essa posição pode ser realizada com o auxílio de bolsas canguru (como slings, wrap-slings e demais carregadores de bebê) ou somente com o avental ou roupa da mãe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Dentre os benefícios do MC estão melhoria na termorregulação, aumento de peso, redução das taxas de infecção, melhora amamentação e vínculo mãe-bebê, dentre outros benefícios (NYQVIST *et al.*, 2010; MOORE *et al.*, 2012).

O uso da bolsa canguru para os bebês a termo saudáveis ainda é pouco difundido no Brasil, pois ainda predomina a cultura ocidental que não tem o costume de utilizar essa estratégia de aproximação entre mãe e bebê (HARRIS; DOUNY, 2013). O fato da separação mãe-bebê ser comum no ocidente pode afetar a maneira de cuidar do bebê, promovendo um distanciamento entre eles, e podendo trazer sofrimento a ambos, desde o nascimento na maternidade (BERGMANN, 2014).

Considerando que todo RN é imaturo e depende da mãe e família para crescer e se desenvolver, entende-se que a utilização da posição canguru em bebês a termo saudáveis também pode trazer benefícios, principalmente para a promoção do vínculo mãe-bebê.

Entendendo que a experiência de utilizar a bolsa canguru com o filho, somente pode ser expressa por mães que têm a oportunidade de vivenciar esse processo, desenvolveu-se este estudo que objetivou conhecer a percepção materna sobre a experiência do uso da bolsa canguru em bebês a termo saudáveis, desde o nascimento até o quinto mês de vida pós-natal. Para isso, optou-se por utilizar uma abordagem positiva, a Investigação Apreciativa, que possibilitou ampliar a reflexão a respeito da aproximação mãe-bebê e familiares, por meio de suas narrativas de sucesso, e permitiu ultrapassar as aparências, com foco no útil e funcional.

Os resultados deste estudo poderão ampliar os benefícios da posição canguru para os bebês a termo saudáveis, fortalecendo as políticas públicas nacionais e internacionais, e melhorando a qualidade da assistência prestada ao bebê a termo e família em alojamento conjunto (ALCON) e no domicílio.

MÉTODO

Estudo descritivo qualitativo, que utilizou como referencial metodológico a Investigação Apreciativa, que propõe, segundo o que o próprio termo sugere, a exploração, descoberta de algo através do reconhecimento do que há de melhor nas pessoas e nas coisas que estão ao seu redor. O método visa avaliar o objeto a ser estudado por meio da valorização, com foco principal nas descrições linguísticas apreciativas (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005).

A Investigação Apreciativa tem embasamento teórico no construcionismo social, que afirma que a realidade não pode ser reproduzida, mas construída, assim acredita-se que por meio dos relatos positivos, de sucesso, pode-se construir realidades de sucesso (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

Para colocar em prática o método da Investigação Apreciativa, há um ciclo que consiste em quatro fases, conhecido como ciclo 4D. A primeira fase é a Descoberta (apreciar e valorizar o que há de melhor, momento de avaliação), a segunda o Sonho (O que poderia ser? Momento de visualizar resultados, “pensar grande”), a terceira o Planejamento (O que deve ser ideal? Construindo em conjunto) e a quarta o Destino (sustentar o que será, o futuro imaginado, como empoderar, aprender e ajustar; requer a criação de um plano de ação) (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005).

Para este estudo, exploramos a primeira fase, que tem como foco explorar, investigar os fatos por meio de histórias afirmativas, discursos apreciativos. Nesta fase são realizadas discussões a respeito do tema escolhido e pode ser conduzido através de entrevistas, narração e grupos de discussão (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005).

Tendo como pressuposto teórico a Investigação Apreciativa, adotou-se como perguntas norteadoras deste estudo: 1) Fale um pouco sobre como têm sido a experiência de usar a bolsa canguru com o seu bebê 2) O que melhorou na relação ou cuidado do bebê a partir desta experiência? E com a família? 3) O que poderia ter sido feito para melhorar esta experiência?

As 23 mães convidadas a participar da pesquisa tiveram parto vaginal entre janeiro e março de 2016 em uma maternidade pública de Goiânia-GO. Todas ficaram hospitalizadas com o bebê em ALCON, por no mínimo 48 horas após o parto. Todos os bebês nasceram a termo (≥ 37 semanas de gestação) e saudáveis, não apresentaram anomalia genética ou neurológica; ou asfixia neonatal; e realizaram contato pele a pele precoce com a mãe na primeira hora de vida.

Após aceitarem participar da pesquisa, as mães receberam gratuitamente uma bolsa canguru (semelhante ao sling, mas são três tiras de malha fria), doada pela ONG Bebê Canguru (bebecanguru.com). Ainda no ALCON, foi entregue às mães um folhetocom orientações gerais sobre a posição canguru, como: o posicionamento do bebê, benefícios, indicações e contraindicações do uso; e feita cuidadosamente demonstração de como posicionar o bebê, com ou sem a roupa, sendo que todas as mães, a primeira vez que colocaram seus bebês na bolsa canguru durante internação foi mediante supervisão do pesquisador.

As mães foram orientadas a utilizarem a bolsa pelo menos 1 hora por dia, durante a hospitalização e também, pelo mesmo tempo, 3 vezes na semana em domicílio, e o uso poderia ser em contato pele a pele ou ambos de roupa.

Entre junho e julho de 2016, quando os bebês estavam entre o 4º e 5º mês de vida pós-natal, as mães foram entrevistadas por meio de visitas domiciliares. Todas entrevistas foram gravadas após anuência das mães, e posteriormente transcritas. As gravações foram realizadas por meio de câmera modelo SONY DCR-PJ6 (somente com captação de áudio e não de imagem) e gravador de voz digital Sony Icd-Px-240.

Os pressupostos da Investigação Apreciativa (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005) ancoraram todo o processo de análise dos dados, que foi realizada segundo a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011), que sugere a realização de três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Primeiramente procedeu-se leitura flutuante de todas as entrevistas, em seguida, a identificação e organização dos trechos semelhantes e de cunho apreciativo das falas das mães em unidades de sentido. Como não foram estabelecidas categorias prévias de análise, a partir do agrupamento das unidades por convergência de temas, chegou-se a subcategorias denominadas eixos secundários. Após este processo, emergiram três eixos centrais: “Nova forma de maternar: um cuidado que une e acalma”; “Cuidado facilitado e compartilhado: mãe, pai e familiares mais próximos do bebê” e “Desafios a serem superados para melhor e maior utilização da bolsa canguru”, como apresentados na figura 1.



Figura 1. Eixos centrais e seus respectivos eixos secundários, que compuseram a análise dos dados.

Em relação às questões éticas, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o número do parecer 1.314.944. Todas as mães após aceitarem participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre esclarecido e receberam uma via do termo. Assim, levamos em consideração todas as normas éticas brasileiras de pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

As mães entrevistadas, em sua maioria residiam com os pais do bebê (69,6%); estavam em união consensual (43,5%); estudaram até o ensino médio (87%), possuíam vínculo empregatício (52,2%), referiram renda mensal familiar de 1 a 2 salários mínimos (47,8%); tinham média de idade de 24,7 anos (DP:5,7) e 39,1% eram primíparas. Todas tiveram parto vaginal e fizeram pré-natal, sendo 82,6% com mais de seis consultas. Os bebês em sua maioria eram do sexo masculino (52,2%), com média de peso ao nascer de 3260g (DP: 395,0); Idade Gestacional de 38 semanas e 2 dias e índice de APGAR de 8 no primeiro minuto e 9 no quinto minuto. Somente 26,1% dos RN permaneceram em Aleitamento Materno Exclusivo (AME) no dia da visita domiciliar (entre 4 e 5 meses de vida do bebê), com duração média de 3 meses na de AME.

Das mães entrevistadas, 12 utilizaram frequentemente a bolsa canguru (de 3 a 4 vezes por semana), principalmente durante os primeiros três meses de vida do bebê e, 11 utilizaram com baixa frequência, poucas tentativas de usar, até no máximo 6 vezes desde que saíram da maternidade.

No momento do encontro entre pesquisador e mães/demais familiares presentes na casa, buscamos valorizar a experiência materna com o uso da bolsa canguru. A seguir, são apresentados os três eixos centrais que emergiram das entrevistas realizadas.

Nova forma de maternar: um cuidado que une e acalma

As mães relataram que, por estarem mais próximas do bebê, por meio do uso da bolsa canguru, ocorreu o fortalecimento do contato e do vínculo. Além de facilitar

a amamentação e proporcionar maior conhecimento do bebê, com prestação de um cuidado mais atento e efetivo.

“A atenção é maior, a maternidade é mais aconchegante (...) foi a grande vantagem disso [uso da bolsa canguru] foi o contato, a aproximação, o carinho, essa questão, o contato mesmo, o contato íntimo” (M3)

“(...) parece que a criança fica mais próxima da gente, né? Tipo que se ela tivesse dentro da nossa barriga de novo” (Mp3)

“Assim, porque quando eu já colocava o canguru, ele já sabia certinho o jeito que ele ia ficar. Ele já ficava pro rumo desse peito aqui (...) porque ele já pegava o peito e já ia mamando, sabe?” (M9)

Algumas mães notaram que os bebês ficavam mais calmos, choravam menos e dormiam melhor com o uso da bolsa canguru. Uma das mães percebeu seu bebê mais sociável e esperto. A sensação de tranquilidade para a criança também favoreceu o bem-estar das mães, conforme apontado em suas descrições.

“Chorava uma hora seguida sem parar. Aí eu coloquei o canguru no terceiro dia, foi em 5 minutos, 7 minutinhos ele parou de chorar.” (M2)

“Além de tudo eu acho que ela é até uma criança que ela é bem tranquila, bem calma, sem agitação nenhuma, sem estar nervosa, não é uma criança nervosa. É, então foi muito bom, pra mim, pra ela.” (M3)

“A noite ela dormia bem melhor quando eu usava (o canguru) de dia (...) se eu dormia com ela no canguru, aí ela dormia muito, aí passava a noite todinha dormindo só acordava pra mamar.” (M7)

“E não sei se é pelo sling ou não, mas ele é muito esperto, muito sociável.” (M12)

O contato barriga com barriga e a promoção do aquecimento dos bebês fez com que as mães identificassem melhora nas cólicas, comuns nos primeiros meses de vida da criança. Essa melhora influenciou no padrão de sono dos bebês e das mães. Além disso, ressaltaram a sensação de segurança e conforto por estarem juntos.

“É, que aliviava as cólicas dela quando eu colocava o canguru. Daí eu acho que deve ficarquentinho, na barriguinha dela na minha (...) se eu dormia com ela no canguru, aí ela dormia muito, aí passava a noite todinha dormindo só acordava pra mamar.” (M7)

“Ele fica mais calmo, dá uma sensação de segurança pra ele, pra mim também (...) principalmente quando eu saio, eu saio com ele, vou dar uma voltinha com ele na rua, se eu coloco no canguru, eu vejo que ele está mais seguro, ele está mais confortável.” (M5)

Cuidado facilitado e compartilhado: mãe, pai e familiares mais próximos do bebê

As mães relataram que o fato de poder usar o canguru para se locomover com o bebê trouxe praticidade em casa, possibilitando que realizassem tarefas domésticas ou outras atividades pessoais de seu cotidiano, conforme destacado nos trechos a seguir.

“Limpar casa, lavar vasilha, eu usei muito com ela dentro de casa. Fazer ela dormir também.” (M8)

“Eu tomava banho tranquila, fazia as minhas coisas tranquila e o Pedro no canguru com o pai dele.” (M2)

“Facilita pra você também, porque o bebê tá aqui, e você tá com as mãos livres pra fazer qualquer coisa.” (M17)

Também afirmaram que o uso da bolsa canguru facilitou o deslocamento com o bebê durante os passeios ou para o cumprimento de outros compromissos, favorecendo a autonomia e independência materna.

“Aí agora eu levei pra ir no supermercado, eu levei pra ir no postinho... pra levar ele aqui no postinho, pra ir lá na padaria, ir de manhãzinha cedo, entendeu? (...). A mamãe canguru com o canguruzinho dentro.” (M17)

“É, eu andei poucas vezes de ônibus, mas as vezes que eu fui de ônibus eu coloquei ele no canguru, é até mais fácil da gente entrar (...). Aí aqui não, eu estava com a mão livre. Podia, nem precisava de os outro me dar banco pra sentar, era só segurar mesmo..” (M1)

Como neste estudo recomendamos que, além das mães, os pais e demais familiares usassem o canguru, houve relatos maternos de melhora no contato entre bebê-familiares, reforçando o vínculo.

“Meu marido chegava do serviço, eu colocava o canguru nele. Ele (o pai) gostava, tanto é que não queria tirar (...) aí só tirava de madrugada, porque ele queria ficar o tempo todo com o bebê no canguru também.” (M2)

“Mas, com a outra tia dela que já usa (o canguru), então eu acho que já ajudou, né? Ela gostar mais da tia. Que ela conhece, eu acho, sente o cheiro. Então, eu acho que ajudou a aproximar mais ela da tia dela.” (M7)

“Sim, ela [a avó] adorava. As vezes até fazia assim, as noites que ele dormia pouco, aí de manhã ela saía só com ele com o sling, eu ficava em casa dormindo.” (M12)

Desafios a serem superados para melhorar e ampliar a utilização da bolsa canguru

As mães relataram a necessidade de aprimorar as habilidades no manuseio da bolsa e também de disseminação do conhecimento quanto ao uso do canguru, reconhecendo a importância de usá-lo com maior frequência e com o bebê desde mais novo para uma melhor experiência.

“Tentei de todo jeito, mas eu não consegui (...) Pedi, (ajuda) da minha mãe e da minha tia. Aí elas não conseguiram colocar (...). Mas melhorou, nós ajuntou a família todinha pra colocar, mas não conseguiu.” (M11)

“Treinar, né? Treinar as amarrações com as pessoas, isso seria bom (...) por exemplo no curso que dá na maternidade, dentro do curso, aulas de amarrações de sling, essas coisas, seria bom, pra conhecer no geral o sling e o uso dele.” (M12)

“Se eu tivesse colocado desde o início, desde quando eu saí da maternidade, eu tinha uma experiência melhor pra contar, né? Mas hoje, assim, eu usei durante pouco tempo, mas eu vou tá usando mais.” (M19)

A percepção materna apontou ainda uma relação entre o clima e o uso da bolsa. Referiram que o clima mais fresco, com temperaturas mais amenas, favorece o uso do canguru, já o clima mais quente, dificulta essa prática.

“Porque o único problema é que ele nasceu numa época bem quente, que aqui era muito calor. Agora já não, agora dá pra usar em casa nesse tempo que está um pouco mais fresco, mais aqui o bom é escolher um sling fresquinho.” (M12)

“(...) é só nos momentos de calor que comig... eu, que eu não sei se é porque eu sou calorenta (...) aí, eu sou muito calorenta e como ele pega aqui, pega aqui, mas eu gostei, o Luis Fernando fica bem a vontade.” (M17)

Algumas mães apontaram a necessidade de maior cuidado quanto ao posicionamento do bebê na bolsa, com receio de machucá-los. E também afirmaram que bebês mais agitados ou nervosos ficavam menos tempo na bolsa canguru.

“(...) porque ela era menorzinha, molinha, eu ficava com medo de machucar perna, de machucar o pescocinho dela.” (M14)

“Depois que a gente veio pra a casa, eu não ficava muito... eu não fico muito quieta, né? Eu fico mexendo, arrumando casa, lavando roupa, cuidando dela.” (M14)

“Ela sempre foi nervosa, desde nenenzinha (...) toda vez que eu, as vezes, as poucas vezes que eu coloquei, ela ficou meio que se mexendo, num queria ficar naquela posição, então aí por isso mais também que eu deixei, que eu parei de usar.” (M18)

DISCUSSÃO

As mães que utilizaram a bolsa canguru relataram que essa experiência proporcionou uma mudança em suas vidas, revelando uma nova visão de cuidar, uma nova maternidade, com benefícios para o bebê, mãe e familiares.

Essa nova forma de maternar coincide com a teoria da exterogestação, iniciada com Ashley Montagu, que reitera o nascimento imaturo de qualquer bebê humano,

independente da idade gestacional, devido a imaturidade de alguns órgãos (como o cérebro) e do desenvolvimento, quando comparado com os demais mamíferos (MONTAGU, 1988). Essa teoria demonstra a importância de ter alguém próximo do bebê para manutenção da vida e para seu desenvolvimento.

O ser humano nasce imaturo, incapaz de manter a vida sozinho, havendo a necessidade de “uma gestação do lado de fora do útero”, como um quarto trimestre de gestação, e dessa forma, a bolsa canguru é um instrumento que auxilia no processo de adaptação à vida extrauterina, assim como acontece com os marsupiais, tal como os cangurus (MONTAGU, 1988).

As mães perceberam que os bebês ficaram mais calmos, menos chorosos e até dormiram melhor, fatores que podem contribuir para que o bebê canguruzado tenha maior facilidade para adaptação à vida extra-uterina, reduzindo o sofrimento de não ter mais o aconchego do útero materno, que balançava-o, protegia-o, deixando encolhido e abraçado.

A redução do choro está em conformidade com um ensaio clínico randomizado realizado na Espanha que identificou que bebês que ficaram em contato com suas mães nos primeiros 90 minutos no pós-parto choraram menos, que aqueles que ficaram somente em berço. Os autores sugerem que o choro inicial do bebê no pós-parto imediato está relacionado a separação do corpo materno e que esse choro pode ser o equivalente ao “chamamento da angústia da separação” em mamíferos que serve para restabelecer a proximidade com a mãe. Reforçam ainda que o local mais apropriado para o bebê saudável após o nascimento é o corpo materno (CHRISTENSSON *et al.*, 1995)

As mães ressaltaram em suas falas que o uso da bolsa canguru trouxe um maior contato, proximidade, carinho e mais conhecimento sobre o bebê. O toque, o contato físico entre mãe e bebê são essenciais para a formação de vínculo, assim como, as manifestações corporais, visuais, vocais e faciais são fundamentais no processo interativo mãe-filho, resultando assim, no estabelecimento e fortalecimento de vínculos afetivos (THOMAZ *et al.*, 2005).

Os benefícios do contato entre mãe e bebês pré-termo e de baixo peso já são amplamente identificados. Entre eles, sabe-se que ocorre um aumento do AM, redução da mortalidade infantil e da incidência de maus tratos e abandono (BOCCOLINI *et al.*, 2011; CHAGAS; MONTEIRO, 2007). Além de que o vínculo é

condição ímpar para que as crianças se tornem adultos saudáveis e independentes (WINNICOTT, 2008)

O estudo de Pisicane *et al.* (2012) em que as mães de bebês a termo saudáveis utilizaram o canguru durante o primeiro mês de vida, por pelo menos uma hora diariamente, tiveram relatos de que o canguru favoreceu o vínculo e o contato íntimo; a compreensão das necessidades do bebê, sendo útil na amamentação; para sair e nos afazeres domésticos. Já quanto aos motivos para não usar a bolsa pelo tempo sugerido, as mães relataram o fato de o bebê chorar quando colocado no canguru e por se sentirem um pouco desconfortáveis com o canguru. Encontraram assim, resultados semelhantes aos nossos.

Outro estudo de revisão sistemática de estudos qualitativos avaliou a experiência materna do contato pele a pele precoce com seus filhos (bebês pré-termo e a termo) e de mães e pais durante a internação em unidade neonatal. O conteúdo principal e comum das categorias dos resultados foram os componentes positivos e restauradores. Sentir-se bem é a parte dominante encontrada na literatura, além da experiência de fazer o bem à criança e um sentimento de unificação da família (ANDERZEN-CARLSSON; LAMY; ERIKSSON, 2014).

Pais de bebês prematuros internados em unidades neonatais, que usaram a bolsa canguru, também afirmam que o MC ajudou a alcançar e ter melhor compreensão de seu papel paternal, auxiliados pelo contato e a aproximação, se tornando agentes ativos no cuidado do bebê (HEALTH; JARDEN, 2013; BLOMQVIST *et al.*, 2012). Ao desvelar a aproximação do bebê ao pai e demais familiares, propõe-se a atual necessidade de uma maternidade compartilhada (FREITAS *et al.*, 2013).

O bebê a termo “canguruzado” recebe diversos benefícios da aproximação com outro corpo, semelhante aos benefícios já comprovados pelas revisões sistemáticas sobre a posição canguru em bebês prematuros e a de baixo peso, tal como a redução do choro, alívio da dor, favorecimento do aleitamento materno, aumento do vínculo, entre outros (NYQVIST *et al.*, 2010; MOORE *et al.*, 2012).

Atualmente, sabe-se que o contato constante do bebê com os pais promove o apego e impede a liberação do estresse tóxico, que é definido como a ativação prolongada de respostas de estresse no corpo, consequência de, por exemplo, abuso ou negligência durante a infância, que ocorrem na ausência da proteção de um adulto (SHONKOFF; GARNER, 2012).

O contato pele a pele precoce, entre mãe e bebê, propicia a liberação de uma cascata de respostas químicas e hormonais, de forma a estimular a elevação da ocitocina e prolactina materna, com estímulo à produção de leite humano, além de reduzir, em ambos, o cortisol que estabiliza a carga alostática de termorregulação, com redução do estresse geral e indução da calma (NYQVIST *et al.*, 2010; MOORE *et al.*, 2012; BUCKLEY, 2015). Assim, o bebê e a mãe não devem ser separados, principalmente no primeiro dia de vida (BERGMANN, 2014).

Neste estudo, orientamos as mães quanto aos benefícios e a maneira adequada de usar a bolsa canguru de diversas formas, como folheto informativo, acompanhamento das mães na primeira vez que colocaram a bolsa canguru. Entretanto, o uso da bolsa se torna mais fácil com a prática frequente e o desejo real em aprender. Tivemos algumas mães com dificuldade de entendimento e de manuseio da bolsa.

Em geral, o principal obstáculo para as mães em nosso estudo não usarem ou terem dificuldade com uso da bolsa canguru foi a falta de conhecimento, apesar das orientações fornecidas, o que gerou insegurança e medo de deixar o bebê cair ou machucá-lo.

Alguns tipos de bolsa canguru quando não usados adequadamente existe o risco de acidentes. Nos Estados Unidos 51 lesões foram relatadas entre janeiro de 1990 e setembro de 1998 relacionadas ao uso de carregadores de bebês. Entre as lesões, 38 (74,5%) foram traumas de cabeça e oito (15,7%) traumas faciais, devido a quedas e 11 (22%) necessitaram de internação (FRISBEE; HENNES, 2000).

Esse estudo afirma que são três as fontes para desencadear as lesões: necessidade de um produto apropriado, deve ser compatível a idade, tamanho e peso do bebê; condição do produto, deve ser sem rasgões e sem reparos, com durabilidade adequada; e uso do produto, saber colocar o bebê adequadamente no carregador, de maneira confortável para ambos (FRISBEE; HENNES, 2000). Outra atenção necessária é observar se o nariz e a boca dos bebês estão livres, de forma a não prejudicar a respiração do bebê, evitando sufocamento (NGUYEN, 2015).

O que reforça a necessidade de orientação e acompanhamento dos bebês que realizam o uso dos slings e demais carregadores de bebê, como buscamos realizar em nosso estudo.

Por vezes, o desconhecimento está relacionado a falta de interesse de algumas mães em aprender a intervenção, pois são influenciadas pelos pensamentos dos

familiares e amigos; pela cultura ocidental de desejo de autonomia (RIBAS, MOURA, 2004) e pelo medo de deixar manhoso. A “manha” relacionada ao uso do canguru foi expressada somente por uma das mães da pesquisa.

Podemos inferir através do nosso estudo que o uso infrequente da bolsa e a falta de conhecimento de parte das mães pode estar relacionada a dificuldade de acesso a informação de qualidade quanto aos benefícios da bolsa canguru e a forma adequada do uso da bolsa, porque atualmente há muitas informações inverídicas veiculadas e de fácil acesso.

Além disso, muitos profissionais também não sabem informar sobre o uso da bolsa canguru para os bebês a termo saudáveis, não sabem ensinar utilizar a bolsa. O que reforça a importância de capacitação não só das mães, mas também dos profissionais de saúde e primordialmente, o enfermeiro, que é o profissional que está em contato constante com as mães nas maternidades, unidades básicas e demais unidades de saúde. Além de ser um profissional que sabe lidar bem com atividades de educação em saúde e a integralidade da saúde (SILVA *et al.*, 2016).

Como sugerido por uma das mães, uma maneira de divulgar e disseminar o conhecimento sobre o uso da bolsa canguru é colocá-lo como tema nos grupos de pré-natal, o que deve ser articulado com os gestores de saúde, das maternidades e unidades básicas, para capacitarem os profissionais a oferecerem o curso. Além de melhorar a divulgação através dos diversos meios de comunicação, fazendo com que informação de qualidade esteja acessível à todas gestantes e família.

CONCLUSÃO

Concluimos que o uso da bolsa canguru em bebês a termo saudáveis após o nascimento e no domicílio pode contribuir para tornar o bebê mais calmo e com mais conforto; reduz as cólicas e melhora do sono; possibilita que as mães adquiram maior autonomia e segurança; e aumentem o vínculo familiar. O contato íntimo e constate com a mãe facilita a amamentação, o apego, o vínculo materno e reduz o estresse tóxico.

O uso do referencial metodológico, da Investigação Apreciativa, para identificação desses resultados foi satisfatório. Facilitou o diálogo e o desenvolvimento das entrevistas, de forma a permitir maior extração de experiências bem-sucedidas que estão atreladas aos benefícios do uso da bolsa canguru. No entanto, o referencial não impediu o relato dos problemas relacionados a baixa frequência do uso da bolsa.

Assim, recomendamos que essa ferramenta seja mais utilizada no desenvolvimento de pesquisas de natureza qualitativa na área da saúde.

O uso da investigação apreciativa, ainda pouco utilizada no Brasil, enquanto método de pesquisa, também possibilitou uma reflexão das mães sobre a experiência vivida. As mães puderam pensar nos pontos fortes da prática e o que poderia ter sido feito para melhorar o uso da bolsa canguru. Assim, como o próprio método afirma, a entrevista foi também “uma intervenção”, e permitiu, a partir das perguntas, que as mães tivessem uma maior compreensão do que viveram, com abertura a mudança para uma experiência futura ainda mais exitosa.

Para que o uso da bolsa seja difundido precisa-se de uma mudança da sociedade quanto a importância do apego e da proximidade do bebê à mãe e também ao pai e demais familiares. Mesmo sendo uma estratégia simples e de baixo custo, ainda é pouco difundida no Brasil para os RN a termo saudáveis, entretanto, pode contribuir com desenvolvimento do bebê e na melhora da relação materna e familiar, configurando-se como uma nova forma de maternar.

Esperamos, por fim, que mais mães, pais e familiares possam se beneficiar da aproximação com seus bebês por meio do uso da bolsa canguru. E ainda, que mais pesquisas sejam realizadas para melhorar a compreensão e identificação dos benefícios e dos fatores relacionados ao uso da bolsa canguru em bebês a termo, com evidências científicas que sustentem a propagação dessa estratégia.

REFERÊNCIAS

- Anderzen-Carlsson A, Lamy ZC, Eriksson M. Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant-Part 1: A qualitative systematic review. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2014;9:24906.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. 7ª ed (Reto LA, Pinheiro A, Trad). Lisboa: Edições 70; 2011.
- Bergmann N. ‘The neuroscience of birth – and the case for Zero Separation’, *Curationis* 2014;37(2):1440-44.
- Blomqvist YT, Rubertsson C, Kylberg E, Joreskog K, Nyqvist KH. Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(9):988–1996.
- Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):69-78.
- Buckley, S. J. *Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies and maternity care*. Childbirth Connection, New York. 2015. Retrieved from <http://childbirthconnection.org/pdfs/CC.NPWF.HPoC.Report.2015.pdf>

- Chagas NR, Monteiro ARM. A relação entre a mãe adolescente e o bebê pré-termo. *Rev Gaucha Enferm.* 2007;28(1):35-44
- Charpak N, Ruiz JG, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R, et al. Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Paediatrica.*2005;94:514–522.
- Chaturvedi P. 'Breast Crawl' to initiate breast feeding within half an hour after birth. *Journal of Mahatma Gandhi Institute of Medical Sciences*, 2008, 13(2):9-14.
- Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnas-Moberg K, Winberg J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr*, 1995;84:468-73. ISSN 0803-5253.
- Cooperrider, D. L. & Whitney, D. *Investigação apreciativa: uma abordagem positiva para a gestão de mudanças* (N.Freire, Trad.). Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.
- DeSilva JM, Lesnik, JJ. Chimpanzee neonatal brain size: implications for brain growth in *Homo erectus*. *J. Hum. Evol.* 2006;51:207-12.
- Dunsworth H, Eccleston L. The Evolution of Difficult Childbirth and Helpless Hominin Infants. *Annual Review of Anthropology.* 2015;44:55-69.
- Freitas WMF, Silva ATMC, Coelho EAC, Guedes RN, Lucena, KDT, Costa, APT. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Revista de saúde pública.* 2009;43(1):85-90.
- Frisbee SJ, Hennes H. Adult-worn child carriers: a potential risk for injury. *Inj Prev.* 2000 Mar;6(1):56-8.
- Harris S, Douny L. *Wrapping and Unwrapping Material Culture: Archaeological and Anthropological Perspectives* (UCL Institute of Archaeology Publications). Chapter 2: Aspect of baby wrappings: Swaddling, carrying and wearing, 2013. Ebook: https://books.google.com.br/books/about/Wrapping_and_Unwrapping_Material_Culture.html?id=6JEKBAAQBAJ&source=kp_cover&redir_esc=y
- Helth, TD, Jarden, M. Fathers' experiences with the skin-to-skin method in NICU: Competent parenthood and redefined gender roles. *Journal of Neonatal Nursing*, 2013;19(3):114–121.
- Kirsten GF1, Bergman NJ, Hann FM. Kangaroo mother care in the nursery. *Pediatr Clin North Am.* 2001 Apr;48(2):443-52.
- Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual técnico.* Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica : cuidado compartilhado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- Montagu, A. *Tocar - O Significado Humano da Pele o significado humano da pele.* Rio de Janeiro: Editora Summus, 1988.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Ver.* 2012;18(3):CD003519.
- Nguyen TA, Garcia D, Wang AS. Rumpel-Leede Phenomenon Associated With Tourniquet-like Forces of Baby Carriers in Otherwise Healthy Infants: Baby Carrier Purpura. *JAMA Dermatol.* 2016;152(6):728-730. doi:10.1001/jamadermatol.2015.6270
- Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U et al. Towards universal kangaroo mother care: recommendations and report from the first european conference and seventh international workshop on kangaroo mother care. *Acta Paediatr.* 2010; 99: 820–826.

- Pisacane, A., Continisio, P., Filosa, C., Tagliamonte, V. and Continisio, G. I. Use of baby carriers to increase breastfeeding duration among term infants: the effects of an educational intervention in Italy. *Acta Paediatrica*, 2012;101: e434–e438. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02758
- Ribas AFP, Moura MLS. Responsividade Materna e Teoria do Apego: Uma discussão crítica do papel de Estudos Transculturais. 2004; 17(3):315-322.
- Rosenberg K, Trevathan WR. Birth, obstetrics, and human evolution. *BJOG*.2002;109(11):1199–206.
- Shonkoff, JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 2012;129(1):e232-46. <http://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Silva C, Souza K, Alves V, Silva L, Cabrita B. Atuação do enfermeiro na consulta de pré-natal: limites e potencialidades Nurse's performance in prenatal consultation: limits and capabilities. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2016;8(2):4087-4098. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4087-4098>
- Souza LV, Mcnamee S, Santos MA. Avaliação como construção social: Investigação Apreciativa. *Psicologia & Sociedade*, 2010; 22 (3): 598-607.
- Thomaz ACP, Lima MRT, Tavares CHF, Oliveira C. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estud Psicol*. 2005;10(1):139-46.
- Who. World health organization. Kangaroo mother care – a practical guide. Geneva: world health organization; 2003.
- Widstrom AM, Ransjo-Arvidson AB, Christensson K, Matthiesen AS, Winberg J, Uvnas-Moberg K. Gastric suction in healthy newborn infants: Effects on circulation and developing feeding behaviour. *Acta Paediatrica Scandinavica*,1987; 76: 566-572.
- Winnicott DW. *A criança e seu mundo*. 6ed. Rio de Janeiro: LTC. 2008.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, identificamos relação significativa estatisticamente entre o uso da bolsa canguru, com mãe e bebê a termo, em domicílio, por pelo menos uma vez após a alta da maternidade e o AME (valor-p = 0,014). Além de bons índices de amamentação, com prevalência do AME de 70,4% entre o primeiro e segundo mês de vida pós-natal e escores altos da autoeficácia da amamentação em todas as participantes da pesquisa.

Esses resultados sugerem benefício do uso da bolsa canguru para amamentação de bebês a termo saudáveis. No entanto, estudos com métodos de maior evidência, tal como ensaio clínico randomizado, podem confirmar a associação do uso da bolsa canguru ao AME e o contato materno prolongado. Assim, essas evidências podem orientar o uso do método canguru como estratégia de incentivo ao AME, deixando de ser somente um meio de transporte dos bebês saudáveis.

A partir dos dados da percepção materna, concluímos, que o uso da bolsa canguru pode contribuir para tornar o bebê mais calmo e com mais conforto; reduz as cólicas e melhora do sono; possibilita que as mães adquiram maior autonomia e segurança; e aumenta o vínculo familiar. Essas evidências sinalizam que usar o canguru é uma estratégia simples e de baixo custo. Apesar de pouco difundida no Brasil para os RN a termo saudáveis, pode contribuir com desenvolvimento do bebê e na melhoria da relação materna e familiar, configurando-se como uma nova forma de maternar.

Para facilitar essa nova maternagem, precisamos de uma mudança de mentalidade da sociedade quanto a importância do apego e da proximidade do bebê à mãe e também ao pai e demais familiares. O contato íntimo e constante com a mãe facilita a amamentação, o apego, o vínculo materno e reduz o estresse tóxico.

O vínculo paterno e familiar permite um cuidado compartilhado, capaz de auxiliar as mães nas dificuldades de início de puerpério, tornando a maternidade mais prazerosa e menos cansativa. Além de fazer com que os pais se sintam mais presente no cuidado com os filhos, promovendo a unificação da família.

Quanto a dificuldade das mães em utilizar a bolsa canguru ou o fato de usá-la com baixa frequência, podemos relacionar a falta de conhecimento sobre a maneira

adequada de usar a bolsa, influência dos familiares e amigos que também desconhecem a estratégia, além do medo de deixar o bebê manhoso.

Para sanar a questão do desconhecimento das mães quanto ao uso do canguru, deve haver maior divulgação dessa estratégia. O enfermeiro é um dos profissionais capazes de auxiliar na propagação, porque está em contato direto e constante com as mães e os familiares nas maternidades e em unidades básicas, podendo realizar cursos de capacitação e estimular o uso da bolsa nas consultas de pré-natal, puerpério e por meio de visita domiciliar.

O enfermeiro, entretanto, ao propagar o uso da bolsa canguru ou realizar o incentivo ao aleitamento materno, deve ter sempre em vista a importância do respeito a liberdade da paciente. A mãe, puérpera, lactante possui muitas interferências exteriores e é “bombardeada” com informações. Assim, o enfermeiro, enquanto profissional, deve auxiliar a mãe, sem negligenciar a educação em saúde, capacitando essa mulher para que ela esteja confiante, bem informada, para escolher de forma consciente como cuidar do bebê.

O uso do referencial metodológico da Investigação Apreciativa facilitou o diálogo e o desenvolvimento das entrevistas, de forma a permitir maior extração de experiências exitosas que estão atreladas aos benefícios do uso da bolsa canguru. No entanto, o referencial não impediu o relato dos problemas relacionados a baixa frequência do uso da bolsa. Assim, recomendamos que essa ferramenta seja mais utilizada no desenvolvimento de pesquisas de natureza qualitativa na área da saúde.

Esperamos, por fim, que mais mães, pais e familiares possam se beneficiar da aproximação com seus bebês por meio do uso da bolsa canguru. E ainda, que mais pesquisas com essa temática sejam realizadas para melhorar a compreensão e identificação dos benefícios e dos fatores relacionados ao uso da bolsa, com evidências científicas que sustentem a propagação dessa estratégia.

REFERÊNCIAS

- Aghdas K, Talat, K, Sepideh, B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*. 2014; 27(1):37–40.
- Anisfeld E, Casper V, Nozyee M, Cnningham N. Does Infant Carrying Promote Attachment? An Experimental Study of the Effects of Increased Physical Contact on the Development of Attachment. *Child Development*, 1990;61:1617-1627.
- Azevedo VMGO, David RB, Xavier CC. Cuidado mãe canguru em recém-nascidos pré-termo sob suporte ventilatório: avaliação dos estados comportamentais. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2011;11(2):133-38.
- Bardin L. Análise de conteúdo. 7ª ed (Reto LA, Pinheiro A, Trad). Lisboa: Edições 70; 2011.
- Bergounioux J, Madre C, Crucis-Armengaud A, Briand-Huchet E, Michard-Lenoir AP, Patural H *et al*. Sudden deaths in adult-worn baby carriers: 19 cases. *Eur J Pediatr*. 2015 Dec;174(12):1665-70. doi: 10.1007/s00431-015-2593-6.
- Boechat FM, Portugal FT. Pos-construcionismo e neo-experimentalismo. *Estud. pesqui. psicol.* [online]. 2010, vol.10, n.3, pp. 930-945. ISSN 1808-4281
- Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, Fawzi WW, Missmer AS, Lieberman E, *et al*. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137(1):e20152238.
- Bowatte G, Tham R, Allen KJ, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, Lodge CJ Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* 2015;104:85–95.
- Buckley SJ. The hormonal physiology of childbearing. New York, NY: Childbirth Connection, 2014.
- Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, Widström A M. Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction 1 year later. *Birth*. 2009;36(2):97–109.
- Castañón Gustavo Arja. Construcionismo social: uma crítica epistemológica. *Temas psicol.* [Internet]. 2004 Jun [citado 2017 Maio 20]; 12(1): 67-81.
- Castral TC, Warnock FF, Ribeiro LM, Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Fatores maternos influenciam a resposta à dor e ao estresse do neonato em posição canguru. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 02]; 20(3):435-443. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300003&lng=en
- Castral TC, Warnock FF, Dos Santos CB, Daré MF, Moreira AC, Antonini SR, Scochi CG. Maternal mood and concordant maternal and infant salivary cortisol during heel lance while in kangaroo care. *Eur J Pain*. 2015 Mar;19(3):429-38. doi: 10.1002/ejp.566.
- Cattaneo A, Davanzo R, Bergman N, Charpak N. Kangaroo mother care in low-income countries. *J Trop Pediatr*. 1998 Oct;44(5):279-82.
- Chan GJ, Valsangkar B, Kajeepeta S, Boundy EO, Wall S. What is kangaroo mother care? Systematic review of the literature. *J Glob Health*. 2016;6(1):010701. doi:10.7189/jogh.06.010701
- Charpak N, Ruiz JG, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R, *et al*. Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Paediatrica*. 2005;94:514–522.
- Charpak N, Ruiz JG. The Kangaroo Mother Care Method: From scientific evidence generated in Colombia to worldwide practice. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2016; S0895-4356(16)30549-2. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2016.05.019

- Chaturvedi P. 'Breast Crawl' to initiate breast feeding within half an hour after birth. *Journal of Mahatma Gandhi Institute of Medical Sciences*, 2008, 13(2):9-14.
- Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl*. 2015; 104: 96–113.
- Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771
- Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub4.
- Cooperrider D, Whitney D. *Appreciative Inquiry – A Positive Revolution in Change*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 2005.
- Costa R, Monticelli M. Método mãe-canguru. *Acta paul. Enferm*. 2005;18(4).
- Crenshaw JT. Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together— It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *J Perinat Educ*. 2014;23(4):211–217. doi: 10.1891/1058-1243.23.4.211.
- Diniz KT, Cabral-Filho JE, Miranda RM, Lima GMS, Vasconcelos DA. Effect of the kangaroo position on the electromyographic activity of preterm children: a follow-up study. *BMC Pediatr*. 2013;13(79).
- Dotd RCM. Aplicação e validação da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)* em puérperas. *Rev. RENE. Fortaleza*, abr./jun.2008;9(2):165-167.
- Dumas L, Lepage M, Bystrova K, Matthiesen AS, Welles-Nystrom B, Widstrom AM. Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: A randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*, 2013;22(3):310–336.
- Entringer AP, Gomes MASM, Pinto M, Caetano R, Magluta C, Lamy ZC. Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 June [cited 2016 Mar 02]; 29(6):1205-1216. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600017>.
- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jan. 2008;24(1):17-27.
- Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Gergen, KJ. *Therapeutic Realities: Collaboration, Oppression and Relational Flow*. Taos Institute: Ohio, USA, 2006. Traduzido por Clarissa Soares. *Construção social e comunicação terapêutica*. Nova Perspectiva Sistêmica, Rio de Janeiro, n.33, p.9-36, abr.2009. Disponível em: http://www.swarthmore.edu/sites/default/files/assets/documents/kenneth-gergen/construcao_0218110423.pdf
- Godoy L. *A felicidade bate a sua pele: uma teoria do apaixonamento*. Goiânia: Cãnone editorial, 2016.
- Hake-Brooks SJ, Anderson GC. Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm infant dyads 0–18 months: A randomized, controlled trial. *Neonatal Network*. 2008;27:151–159.
- Horta BL, de Mola CL, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure, and type-2 diabetes: systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* 2015; 104: 30–37.

- Horta BL, Victora CG. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review of the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva: World Health Organization, 2013.
- Hurst NM, Valentine CJ, Renfro L, Burns P, Ferlic L. Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. *Journal of Perinatology*. 1997; 17(3):213–217.
- Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.
- Jorge JS, Corradi-Webster CM. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. *Saúde & Transformação Social*. 2012;3(1):39-48.
- Klaus M. Mother and Infant: Early Emotional Tie. *Pediatrics*. 1998;102(5):1244-1246.
- Lacan, J. Os complexos familiares. 2ed. Rio De Janeiro: Zahar, 2002.
- Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Hennig MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005;10(3):659-668.
- Levy L, Bértolo H. Manual de aleitamento materno. Lisboa: comité português para a unicef, 2012.
- Lodge CJ, Tan DJ, Lau M, Dai X, Tham R, Lowe AJ, Bowatte G, Allen KJ, Dharmage SC. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* 2015; 104: 38–53.
- Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 2008 maio-ago;20(2):186-194.
- McNamee, S. Appreciative evaluation within a conflicted educational context. *New Directions for Evaluation*. 2003; 100:23-40.
- Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ªed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso/Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança – 1ªEdição – Brasília:Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Lei nº. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do sistema único de saúde – sus. *Diário oficial da união*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2005.
- _____. Portaria nº 2.193, de 14 de setembro de 2006. Define a estrutura e a atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH). *Diário Oficial da União*, 14 de setembro de 2006a.
- _____. Lei 11265. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. *Diário Oficial da União* 4 de janeiro de 2006b.
- _____. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009a.
- _____. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais ministério da saúde brasileiras e distrito federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

departamento de ações programáticas e estratégicas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009b.

_____. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Área técnica de saúde da criança e aleitamento materno. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

_____. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual técnico. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013.

_____. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da iniciativa hospital amigo da criança (ihac), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do sistema único de saúde (sus). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2014a.

_____. Humanização do parto e do nascimento / ministério da saúde. Universidade estadual do ceará, cadernos humanizasus. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2014b.

_____. Metodo Canguru no Brasil: 15 anos de politica publica / organizado por Maria Teresa Cera Sanches [et al]. Sao Paulo: Instituto de Saude, 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica : cuidado compartilhado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Ministério de La Protección Social República de Colombia. Lineamientos técnicos para la impentación de programas madre canguro em colombia..Convenio de cooperación técnica y financeira nº638 de 2009, entre el Ministerio de la Protección Social, Acción Social, Unicef y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas. Colombia: Ministério de La Protección Social República de Colombia, 2009.

Miranda RM, Cabral Filho JE, Diniz KT, Souza Lima GM, Vasconcelos DA. Electromyographic activity of preterm newborns in the kangaroo position: a cohort study. *BMJ Open*. 2014;4(10).

Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Ver*. 2012;18(3):CD003519.

Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.

Moraes CL, Reichenheim ME. Validade do exame clínico do recém-nascido para a estimacão da idade gestacional: uma comparacão do score new ballard com a data da última menstruação e ultra-sonografia. *Cad Saude Publica*, 2000;16(1):83-94.

Neves PN, Ravelli APX, Lemos JRD. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método Mãe Canguru): percepções de puérperas. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online) [Internet]. 2010 Mar [cited 2016 Mar 02]; 31(1):48-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100007&lng=en.

Nguyen TA, Garcia D, Wang AS. Rumpel-Leede Phenomenon Associated With Tourniquet-like Forces of Baby Carriers in Otherwise Healthy Infants: Baby Carrier Purpura. *JAMA Dermatol*. 2016;152(6):728-730. doi:10.1001/jamadermatol.2015.6270

Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U *et al*. Towards universal kangaroo mother care: recommendations and report from the first european conference and seventh international workshop on kangaroo mother care. *Acta Paediatr*. 2010; 99: 820–826.

- Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da breastfeeding self-efficacy scale para o português. *Acta Paul. Enferm.* 2010; 23(2):230-238.
- Pallás-Alonso CR, Losacco V, Maraschini A, Greisen G, Pierrat V, Warren I, Haumont D, Westrup B, Smit BJ, Sizun J, Cuttini M; European Science Foundation Network. Parental involvement and kangaroo care in European neonatal intensive care units: a policy survey in eight countries. *Pediatr Crit Care Med.* 2012;13(5):568-77.
- Pisacane, A., Continisio, P., Filosa, C., Tagliamonte, V. and Continisio, G. I. Use of baby carriers to increase breastfeeding duration among term infants: the effects of an educational intervention in Italy. *Acta Paediatrica*, 2012;101: e434–e438. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02758
- Ribas AFP, Moura MLS. Responsividade Materna e Teoria do Apego: Uma discussão crítica do papel de Estudos Transculturais. 2004; 17(3):315-322.
- Rojas MA, Kaplan M, Quevedo M, Sherwonit E, Foster LB, Ehrenkranz RA, et al. Somatic growth of preterm infants during skin-to-skin care versus traditional holding: A randomized, controlled trial. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics.* 2003;24(3):163–168.
- Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality. A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; published online Aug 7. DOI:10.1111/apa.13147.
- Schincaglia, RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2015;24(3):465-474.
- Silva IC, Costa Filho CG, Brito MJ. Investigação Apreciativa e Pesquisa-ação: Relação Dialógica, Complementaridade ou Oposição? *Revista Gestão.Org*, 2014;12(2):163-172.
- Souza LV, Mcnamee S, Santos MA. Avaliação como construção social: Investigação Apreciativa. *Psicologia & Sociedade*, 2010; 22 (3): 598-607.
- Spehar MC, Seidl EMF. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. *Psicologia em Estudo*, Maringá, Out./dez. 2013; 18(4): 647-656.
- Srivastava S, Gupta A, Bhatnagar A, Dutta S. Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian J Public Health [serial online]* 2014 [cited 2016 Mar 2];58:22-6. Available from: <http://www.ijph.in/text.asp?2014/58/1/22/128160>.
- Stroebe W, Kruglanski AW. Social psychology at Epistemological cross-roads: on Gergen's choice. *European Journal of Social Psychology*, 1989; 19(5):485-489.
- Toma TS. Da intuição às políticas públicas: a jornada para incorporação do Método Canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) [periódico na Internet]*. 2012 Jul [citado 2016 Mar 02]; 13(3): 231-238. Disponível em:http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122012000300006&lng=pt.
- Trajkovski S, Schmied V, Vickers M, Jackson D. Implementing the 4D cycle of appreciative inquiry in health care: a methodological review. *Journal of Advanced Nursing.* 2013; 69(6): 1224–1234. DOI: 10.1111/jan.12086
- Unicef. United Nations Children's Fund How to implement Baby Friendly standards: A guide for maternity settings. 2011, London, United Kingdom: Author.
- Venancio SI, Giugliani ERJ, Silva OLO. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad. Saúde Pública.* 2016;32(3):e00010315.

Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2013;47(6):1205-1208.

Vesel L, Bergh A-M, Kerber KJ, et al. Kangaroo mother care: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015;15(Suppl 2):S5. doi:10.1186/1471-2393-15-S2-S5.

Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475–490.

Vieira AO, Vieira OG, Oliveira NF, Mendes CMC, Giugliani ERJ, Silva LR. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14:175

Vila-Candel R, Duke K, Soriano-Vidal FJ, Castro-Sánchez E. Effect of Early Skin-To-Skin Mother-Infant Contact in the Maintenance of Exclusive Breastfeeding. *J Hum Lact*, 2017; 1-9. DOI: 10.1177/0890334416676469

Warnock F, Castral TC, Brant R, Sekilian M, Leite AM, Owens Sde L et al. Brief report: Maternal kangaroo care for neonatal pain relief: a systematic narrative review. *J Pediatr Psychol*. 2010;35(9):975-84.

Who. World health organization. Home-based maternal records. Guidelines for development, adaptation and evaluation. Geneva: world health organization; 1994.

_____. World health organization. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000; 355: 451–55.

_____. World health organization. Global strategy for infant and young child feeding - a The optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva: world health organization; 2001.

_____. World health organization. Kangaroo mother care – a practical guide. Geneva: world health organization; 2003.

_____. World health organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007. Washington, D. C., 2008.

_____. World health organization. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva: world health organization; 2015. ISBN 978 92 4 150898 8.

Widström A, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: A possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica*. 2011; 100: 1–7.

Widstrom AM, Ransjo-Arvidson AB, Christensson K, Matthiesen AS, Winberg J, Uvnas-Moberg K. Gastric suction in healthy newborn infants: Effects on circulation and developing feeding behaviour. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 1987; 76: 566-572.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cara Sr.a, você e o(a) seu filho(a) estão convidados(as) a participar, como voluntários(as), da pesquisa intitulada “Os efeitos da posição canguru para o aleitamento materno e vínculo mãe-bebê a termo saudável desde o nascimento até os três meses pós-natal”, cuja responsável é a Dra. Thaíla Corrêa Castral, professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

Após receber os esclarecimentos e as informações do projeto, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas deverá ficar com você e outra com a pesquisadora responsável. Os dados coletados nesta pesquisa serão confidenciais, sendo garantida a sua liberdade em recusar-se em participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e de seu filho(a). Não haverá também, nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação nesta pesquisa. Caso se sinta de alguma forma, prejudicado devido à coleta de dados, o participante poderá requerer indenização junto aos órgãos competentes.

Caso tenha dúvidas sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, via e-mail (thaccastral@gmail.com; romildarayane@gmail.com) ou através do telefone: (62) 3209-6280. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-8338 e 3269-8426 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª das 7:00 às 17:00hs.

A presente pesquisa tem como objetivo avaliar os efeitos da posição canguru (posição em que o bebê permanece no peito da mãe ou outro familiar em contato direto pele a pele) no aleitamento materno exclusivo, vínculo mãe-bebê, e crescimento e desenvolvimento infantil em bebê a termo saudável (nascidos com 37 semanas ou mais), desde o nascimento até os quatro meses de vida pós-natal, e comparar com bebês submetidos ao cuidado usual (sem posição canguru).

Já se sabe que a posição canguru tem diversos benefícios para os bebês prematuros (nascido antes de 37 semanas de gestação) ou de baixo peso (com menos de 2.500g), tal como, menor tempo de hospitalização, menor risco de infecções, maior tempo em aleitamento materno exclusivo, entre outros. No entanto, os benefícios da posição canguru para o bebê a termo ainda são desconhecidos e limitados ao período logo após o nascimento.

A pesquisa irá ocorrer em três etapas. Na primeira etapa, quando você for admitida no Centro de Parto Normal após o parto ou Alojamento Conjunto, você será convidada a participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, desde que esteja disposta, e com plena capacidade de dialogar e entender as explicações sobre a pesquisa. Na segunda etapa, durante a internação no alojamento conjunto, você (e acompanhante) do grupo canguru irão receber gratuitamente uma bolsa sling para realizar a posição canguru com o bebê pelo tempo e frequência que for confortável para ambos. A terceira fase ocorrerá após a alta hospitalar, em casa e no ambulatório da maternidade. Você (e acompanhante) serão orientados a realizar a posição canguru com o bebê pelo tempo e frequência que for confortável para ambos, em casa, até os três meses de vida. Você e os bebês, independente do grupo, deverão participar de consultas de acompanhamento na maternidade, realizadas pelo enfermeiro ou fisioterapeuta, na primeira semana, 1ª, 2ª e 3ª mês de vida do bebê. Na ocasião serão avaliadas as o aleitamento e o vínculo mãe-bebê. Não existem relatos na literatura de riscos associados à realização da posição canguru. No entanto, qualquer pesquisa, que tenha o ser humano como participante, envolve riscos. Esta pesquisa poderá expor as mães e os bebês do grupo canguru a riscos mínimos, como por exemplo, algum desconforto (ex.: calor) pelo uso da bolsa canguru. Caso seja detectado qualquer outro risco que cause dano físico ou emocional para a mãe ou bebê durante o estudo, será considerada a suspensão do uso da bolsa canguru. O custo de transporte para

participação nas consultas de acompanhamento após a alta hospitalar ficará a cargo do participante.

Os benefícios desta pesquisa estendem-se para as mães e recém-nascidos, sendo garantidas as práticas humanizadas e o apoio ao aleitamento materno durante o parto e pós-parto, bem como o acompanhamento do vínculo e aleitamento do bebê na maternidade por profissionais especializados (enfermeira) na primeira semana, no primeiro, segundo e terceiro mês de vida do bebê.

.....
 Eu,, inscrito(a) sob o RG/CPF/n.º..... de prontuário/n.º de matrícula, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “Os efeitos da posição canguru para o aleitamento materno e vínculo mãe-bebê a termo saudável desde o nascimento até os três meses pós-natal”. Destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui, ainda, devidamente informado(a) e esclarecido(a), pelo pesquisadora responsável, Thaíla Corrêa Castral, os procedimentos e métodos da pesquisa, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade no tratamento. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação e do meu filho(a) no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, de de

Assinatura por extenso da
participante

Assinatura por extenso do(a)
pesquisador(a) responsável

APÊNDICE 2

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) Sr.(a), você e o(a) seu filho(a) estão convidados(as) a participar, como voluntários(as), da pesquisa intitulada “Os efeitos da posição canguru para o aleitamento materno e vínculo mãe-bebê a termo saudável desde o nascimento até os três meses pós-natal”, cuja responsável é a Dra. Thaílla Corrêa Castral, professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

Após receber os esclarecimentos e as informações do projeto, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste termo de assentimento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas deverá ficar com você e outra com a pesquisadora responsável. Você só participará desta pesquisa mediante autorização de seu responsável legal, que deverá assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados coletados nesta pesquisa serão confidenciais, sendo garantida a sua liberdade em recusar-se em participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e de seu filho(a). Não haverá também, nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação nesta pesquisa. Caso se sinta de alguma forma, prejudicado devido à coleta de dados, o participante poderá requerer indenização junto aos órgãos competentes.

Caso tenha dúvidas sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, via e-mail (thaccastral@gmail.com; romildarayane@gmail.com) ou através do telefone: (62) 3209-6280. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-8338 e 3269-8426 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª das 7:00 às 17:00hs.

A presente pesquisa tem como objetivo avaliar os efeitos da posição canguru (posição em que o bebê permanece no peito da mãe ou outro familiar em contato direto pele a pele) no aleitamento materno exclusivo, vínculo mãe-bebê, e crescimento e desenvolvimento infantil em bebê a termo saudável (nascidos com 37 semanas ou mais), desde o nascimento até os quatro meses de vida pós-natal, e comparar com bebês submetidos ao cuidado usual (sem posição canguru).

Já se sabe que a posição canguru tem diversos benefícios para os bebês prematuros (nascido antes de 37 semanas de gestação) ou de baixo peso (com menos de 2.500g), tal como, menor tempo de hospitalização, menor risco de infecções, maior tempo em aleitamento materno exclusivo, entre outros. No entanto, os benefícios da posição canguru para o bebê a termo ainda são desconhecidos e limitados ao período logo após o nascimento.

A pesquisa irá ocorrer em três etapas. Na primeira etapa, quando você for admitida no Centro de Parto Normal, após o parto ou após admissão no Alojamento Conjunto, você será convidada a participar da pesquisa e assinar o termo de assentimento, desde que esteja disposta, e com plena capacidade de dialogar e entender as explicações sobre a pesquisa, e mediante autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelo seu responsável legal. Na segunda etapa, após o parto, durante a sua internação no Alojamento Conjunto, você (e acompanhante) irão receber gratuitamente uma bolsa sling para realizar a posição canguru com o bebê pelo tempo e frequência que for confortável. A terceira fase ocorrerá após a alta hospitalar, em casa e no ambulatório da maternidade. Você (e acompanhante) serão orientada a realizar a posição canguru com o bebê pelo tempo e frequência que for confortável para ambos, em casa, até os três meses de vida. Você e o seu bebê deverão participar de consultas de acompanhamento na maternidade, realizadas pelo enfermeiro, na primeira semana, 1º, 2º e 3º mês de vida do bebê. Na ocasião serão avaliadas as medidas antropométricas (ex.: peso, comprimento), o aleitamento, vínculo mãe-bebê, e desenvolvimento do bebê.

Não existem relatos na literatura de riscos associados à realização da posição canguru. No entanto, qualquer pesquisa, que tenha o ser humano como participante, envolve

riscos. Esta pesquisa poderá expor as mães e os bebês do grupo canguru a riscos mínimos, como por exemplo, algum desconforto (ex.: calor) pelo uso da bolsa canguru. Caso seja detectado qualquer outro risco que cause dano físico ou emocional para a mãe ou bebê durante o estudo, será considerada a suspensão do uso da bolsa canguru. O custo de transporte para participação nas consultas de acompanhamento após a alta hospitalar ficará a cargo do participante.

Os benefícios desta pesquisa estendem-se para as mães e recém-nascidos, sendo garantidas as práticas humanizadas e o apoio ao aleitamento materno durante o parto e pós-parto, bem como o acompanhamento do vínculo mãe-bebê e aleitamento do bebê na maternidade por profissionais especializados (enfermeiro) na primeira semana, no primeiro, segundo e terceiro mês de vida do bebê.

.....
 Eu,, inscrito(a) sob o RG/CPF/n.º..... de prontuário/n.º de matrícula, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “Os efeitos da posição canguru para o aleitamento materno e vínculo mãe-bebê a termo saudável desde o nascimento até os três meses pós-natal”. Informo ter menos de 18 anos e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui, ainda, devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora responsável, Thaíla Corrêa Castral, quanto aos procedimentos e métodos da pesquisa, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu assentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade no tratamento. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação e do meu filho(a) no projeto de pesquisa acima descrito. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com o meu responsável legal. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Goiânia, de de

 Assinatura por extenso da
 participante

 Assinatura por extenso do(a)
 pesquisador(a) responsável

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO RESPONSÁVEL LEGAL

Caro(a) Sr.(a), a menor de idade que está sob sua responsabilidade e o(a) respectivo(a) filho(a) dessa, estão convidados(as) a participar, como voluntários(as), da pesquisa intitulada “Os efeitos da posição canguru para o aleitamento materno e vínculo mãe-bebê a termo saudável desde o nascimento até os três meses pós-natal”, cuja responsável é a Dra. Thaíla Corrêa Castral, professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

Após receber os esclarecimentos e as informações do projeto, se você aceitar que eles façam parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas deverá ficar com você e outra com a pesquisadora responsável. Os dados coletados nesta pesquisa serão confidenciais, sendo garantida a sua liberdade em recusar-se em participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e de seu filho(a). Não haverá também, nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação nesta pesquisa. Caso se sinta de alguma forma, prejudicado devido à coleta de dados, o participante poderá requerer indenização junto aos órgãos competentes.

Caso tenha dúvidas sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, via e-mail (thaccastral@gmail.com; romildarayane@gmail.com) ou através do telefone: (62) 3209-6280. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-8338 e 3269-8426 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª das 7:00 às 17:00hs.

A presente pesquisa tem como objetivo avaliar os efeitos da posição canguru (posição em que o bebê permanece no peito da mãe ou outro familiar em contato direto pele a pele) no aleitamento materno exclusivo, vínculo mãe-bebê, e crescimento e desenvolvimento infantil em bebê a termo saudável (nascidos com 37 semanas ou mais), desde o nascimento até os quatro meses de vida pós-natal, e comparar com bebês submetidos ao cuidado usual (sem posição canguru).

Já se sabe que a posição canguru tem diversos benefícios para os bebês prematuros (nascido antes de 37 semanas de gestação) ou de baixo peso (com menos de 2.500g), tal como, menor tempo de hospitalização, menor risco de infecções, maior tempo em aleitamento materno exclusivo, entre outros. No entanto, os benefícios da posição canguru para o bebê a termo ainda são desconhecidos e limitados ao período logo após o nascimento.

A pesquisa irá ocorrer em três etapas. Na primeira etapa, quando a gestante menor de idade, sob a sua responsabilidade, for admitida no Centro de Parto Normal (após o parto) ou após admissão no Alojamento Conjunto, ela será convidada a participar da pesquisa e assinar o termo de assentimento, desde que esteja disposta, e com plena capacidade de dialogar e entender as explicações sobre a pesquisa, e mediante sua autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Na segunda etapa, após o parto e internação no Alojamento Conjunto, a menor que está sob sua responsabilidade (e acompanhante) irá receber gratuitamente uma bolsa sling para realizar a posição canguru com o bebê pelo tempo e frequência que for confortável para ambos. A terceira fase ocorrerá após a alta hospitalar, em casa e no ambulatório da maternidade. A mãe (e acompanhante) será orientada a realizar a posição canguru com o bebê pelo tempo e frequência que for confortável para ambos, em casa, até os três meses de vida. As mães e os bebês de ambos os grupos deverão participar de consultas de acompanhamento na maternidade, realizadas pelo enfermeiro ou fisioterapeuta, na primeira semana, no 1º, 2º e 3º mês de vida do bebê. Na ocasião serão avaliadas o aleitamento e vínculo mãe-bebê.

Não existem relatos na literatura de riscos associados à realização da posição canguru. No entanto, qualquer pesquisa, que tenha o ser humano como participante, envolve riscos. Esta pesquisa poderá expor as mães e os bebês do grupo canguru a riscos mínimos, como por exemplo, algum desconforto (ex.: calor) pelo uso da bolsa canguru. Caso seja

detectado qualquer outro risco que cause dano físico ou emocional para a mãe ou bebê durante o estudo, será considerada a suspensão do uso da bolsa canguru. O custo de transporte para participação nas consultas de acompanhamento após a alta hospitalar ficará a cargo do participante.

Os benefícios desta pesquisa estendem-se para as mães e recém-nascidos sendo garantidas as práticas humanizadas e o apoio ao aleitamento materno durante o parto e pós-parto, bem como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê na maternidade por profissionais especializados (enfermeira) na primeira semana, no primeiro, segundo e terceiro mês de vida do bebê.

.....
 Eu,, inscrito(a) sob o RG/CPF/n.º..... abaixo assinado, autorizo a pessoa que está sob minha responsabilidade a participar do estudo intitulado “Os efeitos da posição canguru para o aleitamento materno e vínculo mãe-bebê a termo saudável desde o nascimento até os três meses pós-natal”. Destaco que compreendi que participação dela nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui, ainda, devidamente informado(a) e esclarecido(a), pelo pesquisadora responsável, Thaila Corrêa Castral, os procedimentos e métodos da pesquisa, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade no tratamento. Declaro, portanto, que concordo com a participação da pessoa que está sob minha responsabilidade e o (a) filho(a) desta, no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, de de

 Assinatura por extenso do(a)
 responsável legal

 Assinatura por extenso do(a)
 pesquisador(a) responsável

POSIÇÃO CANGURU



O MÉTODO CANGURU AUXILIA O ALEITAMENTO MATERNO

O seu leite é o melhor e mais forte alimento que existe. Ele protege o bebê de muitas doenças e o faz crescer forte e saudável. Quanto mais o bebê mamar ou você retirar o leite do peito, mais leite será produzido. Por isso, se precisar, peça ajuda à equipe da maternidade ou ao Banco de Leite Humano (Telefone: 62-3956-8887).



CONSULTA RETORNO HMDI

1 sem	1 mês	2 meses	4 meses

ESPERAMOS VOCÊS!

Pesquisa realizada por:
Thaíla Corrêa Castral, professora da Faculdade de Enfermagem (FEN) da UFG; Romilda Rayane Godoi Souza, mestranda da FEN-UFG, Danielle Olsson, Fisioterapeuta do HMDI, Luciene Godoy, presidente da ONG Bebê Canguru.

FONTE:
Adaptado do Guia de Orientações para a Família Canguru do Ministério da Saúde.

QUANTO TEMPO O BEBÊ PODE FICAR NA POSIÇÃO CANGURU?

O bebê pode ficar em posição canguru pelo tempo que for prazeroso e confortável para o bebê e a mãe. Neste estudo, recomendamos que você realize, no mínimo, 3 sessões em posição canguru 3x/semana, com duração de 60 minutos até os 4 meses de idade do bebê.

Você poderá realizar diversas atividades nesta posição, mas deve **EVITAR** quando for dormir, tomar banho e cozinhar.



O BEBÊ FICARÁ MANHOSO?

Muito pelo contrário, o bebê receberá apego na medida certa, o que favorece o vínculo e o tornará uma criança mais autoconfiante, feliz e independente. Com o tempo ele mesmo dará sinais de que não quer ficar na posição canguru. Porém, a realização da posição deve ser estimulada desde o nascimento até os 6 meses de idade ou mais.



APOIO:



POSIÇÃO CANGURU

O QUE É A POSIÇÃO CANGURU?



É uma intervenção em que os pais ou familiares colocam o bebê, sem roupa, exceto pelo uso de fralda, em posição vertical, barriga com barriga, envoltos por uma bolsa de tecido.

A POSIÇÃO CANGURU tranquiliza e acalma a criança, pois o bebê escuta os batimentos cardíacos e sente o cheiro e a voz da mãe, se movimenta com ela e isso simula a vida no útero.

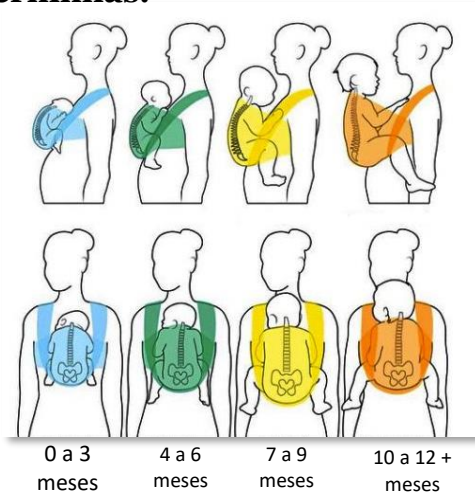
QUEM PODE COLOCAR O BEBÊ EM POSIÇÃO CANGURU?



O bebê pode ser colocado em posição canguru com a mãe, pai, tios, avós, irmãos, demais familiares. A posição deve ser realizada de forma segura e orientada inicialmente pelos profissionais treinados, para prender a bolsa de forma firme e confortável.

COMO USAR A BOLSA

A bolsa canguru possibilita que os bebês estejam posicionados de forma a não prejudicar a coluna nem o quadril, e auxilia no desenvolvimento da postura, pois o bebê fica em posição estimulante para a coluna e musculatura dos bracinhos e perninhas.



E PARA QUEM CARREGA?

A bolsa possibilita que o peso do bebê seja distribuído de forma igual nos dois ombros, costa e quadril de quem o carrega, permitindo equilíbrio e facilidade na movimentação.

VANTAGENS PARA O BEBÊ

As vantagens do uso da posição canguru para o bebê e para os pais e familiares são:

- Aumenta o vínculo entre o bebê e os pais/familiares;
- Amamenta mais e por mais tempo;
- Evita refluxo;
- Ganha peso mais rápido;
- Os pais ficam mais confiantes e seguros para cuidar do bebê;
- O bebê chora menos;
- Alivia as cólicas;
- Diminui infecção hospitalar.

CUIDADOS NECESSÁRIOS

A mãe ou pai devem sempre se certificar de que a bolsa canguru está bem fixada ao corpo e observar se a criança está com o nariz e boca para fora da bolsa.

APÊNDICE 5:
QUESTIONÁRIO DE DADOS OBSTÉTRICOS, DE NASCIMENTO E DE
ALEITAMENTO MATERNO – Data: ____/____/____ Horário: ____:____

DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Número do Prontuário/Registro do recém-nascido: _____

Nome da mãe: _____

Nome do Recém-nascido: _____

Fone de contato: Residência: () _____ Celular: () _____

2. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS PAIS

2.1 Pais residem juntos: 1 Sim()

2 Não()

2.2 **Residente em:** 1 Goiânia ()

2 Outra cidade () _____

Estado/UF: _____

2.3 **Zona** de domicílio: 1 Urbana()

2 Rural()

DADOS MATERNOS

2.4 **Idade:** _____ anos

2.5 **Escolaridade** segundo IBGE: 1 Sem estudo()

2 Ensino Fundamental Incompleto()

3 Ensino Fundamental Completo()

4 Ensino Médio Incompleto()

5 Ensino Médio Completo()

6 Ensino Superior Incompleto()

7 Ensino Superior Completo()

2.6 **Estado civil:** 1 Solteira()

2 Casada()

3 Divorciada()

4 União consensual()

5 Viúva()

2.7 **Ocupação** (trabalho atual): () Desempregada

() Do lar

() _____

DADOS PATERNOS 2.8 Ignorado(). Ir para 2.12

2.9 **Idade:** _____ anos

2.10 **Escolaridade** segundo IBGE: 1 Sem estudo()

2 Ensino Fundamental Incompleto()

3 Ensino Fundamental Completo()

4 Ensino Médio Incompleto()

5 Ensino Médio Completo()

6 Ensino Superior Incompleto()

7 Ensino Superior Completo()

2.11 **Ocupação:** (trabalho atual): () Desempregado

() _____

2.12 **Renda mensal familiar:** 1 Ignorado()

2 Menor que 1 salário mínimo regional()

3 De 1 a 2 salários mínimos()

4 De 3 a 5 salários mínimos()

5 Mais que 5 salários mínimos()

3. DADOS GESTACIONAIS E DO PARTO

3.1 Data de admissão no Centro de Parto Normal: ____/____/____ Hora: ____h: ____min

3.2 Data de alta no Centro de Parto Normal: ____/____/____ Hora: ____/____

3.3 Fez **Pré-Natal**? 1 Sim() Número de consultas: _____

2 Não()

3.4 **Local**: 1 Maternidade Dona Íris ()

2 Outro(). Especifique: _____

3.5 Número de: **Gestações**: _____ **Paridade**: _____ **Aborto**: _____

3.6 Idade dos filhos: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

3.7 **Intercorrências** na gestação atual: 1 Sim() Quais? _____

2 Não()

3.8 **Tipo de gestação**: 1 Única()

2 Dupla()

3 Tripla ou mais()

3.9 **Tipo de parto**: 1 Vaginal()

2 Vaginal com fórceps()

3 Cesáreo()

Indicação: _____

3.10 **Intercorrências no parto**: 1 Sim (). Quais? _____

4. CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

4.1 **Data** do nascimento: / / **Hora** do nascimento: _____ h

4.2 **Sexo**: 1 Masculino()

2 Feminino()

3 Indeterminado()

4.3 **Peso** ao nascer: _____ gramas

4.4 **Idade gestacional**: ____ semanas e ____ dias

Avaliação/Método: 1 USG()

2 DUM()

3 Capurro()

4 Ballard()

5 Ignorado()

4.5 **Apgar** 1º minuto: _____

4.6 **Apgar** 5º minuto: _____

4.7 Data de **admissão no Alojamento Conjunto**: ____/____/____ Hora: ____/____

4.8 Data de **alta no Alojamento Conjunto**: ____/____/____ Hora: ____/____

2 Não()

5. AMAMENTAÇÃO ANTERIOR

5.1 **História de amamentação anterior**: 1 Sim()

2 Não() Pular para 5.3

3 Não se aplica-primípara()

5.2 Amamentação anterior exclusiva: 1 Sim () Por quanto tempo: _____ meses

2 Não ()

5.3 Quais os principais motivos por **NÃO** ter amamentado seu(s) filho(s)?

() Fissura

() Mitos e crenças (ex: leite era fraco)

() Ingurgitamento

() Falta de apoio do parceiro/família

() Hipogalactia

() Recusa do bebê em pegar o peito

() Mastite

() Contra-indicação absoluta à Amamentação

() Voltou a trabalhar

() Mamilo Plano/Invertido

() Abscesso Mamário

() Outros _____

5.4 Pretende amamentar? () Sim Até quando? _____

() Não Por quê? _____

CONSULTA AMBULATORIAL

6.1 **Data:** ___/___/___ **Hora:** ___h:___min **Pesquisador:** _____

SOMENTE NA CONSULTA DA PRIMEIRA SEMANA, PERGUNTE:

ALEITAMENTO

6.2 **Amamentação na primeira hora de pós-parto:** 1 Sim()

2 Não() Por quê? _____

3 Ignorado()

6.3 **Data do início do 1ª AM:** ___/___/____. 6.4 **Tempo de vida:** _____ horas.

6.5 Houve **dificuldades para a Amamentação durante a internação** do bebê: 1 Sim()

2 Não()

Se sim, **quais?**

6.6 Houve **problemas com as mamas?** Se Sim, **quais?** 1 Ingurgitamento()

1 Sim()

2 Mastite()

2 Não()

3 Fissura()

4 Outros()

Especifique: _____

6.7 Você se **sentiu apoiada para amamentar pela equipe de saúde?** 1 Sim()

2 Não()

3 Às vezes()

6.8 Recebeu **orientações para alta sobre o aleitamento materno:** 1 Sim()

2 Não()

Se sim, **quais?**

6.9 Após a alta do bebê **procurou ajuda** para o aleitamento materno?

1 Sim() De quem: _____

2 Não()

EM TODAS AS CONSULTAS E LIGAÇÕES TELEFÔNICAS, PERGUNTE:

ALEITAMENTO

6.10 Tipo de alimentação (nas últimas 24 horas):

1 Aleitamento materno exclusivo()

2 Aleitamento materno predominante ()

3 Aleitamento materno ()

4 Aleitamento artificial/não aleitamento materno ()

6.11 **Técnica** no Aleitamento: 1 Só peito ()

2 Peito + copo()

3 Peito + mamadeira/chuca()

4 Só mamadeira/chuca()

6.12 **Frequência** da amamentação por dia: _____ vezes/dia.

6.13 Quando parou de amamentar? _____ (quanto tempo de vida do bebê)

6.14 Por que parou de amamentar?

6.15 Quando iniciou a fórmula? _____ (quanto tempo de vida do bebê)

6.16 Qual foi a indicação? _____

6.17 Qual leite artificial? _____ Frequência _____ Volume _____

No caso de ter iniciado ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR, pergunte:

6.11 Data que iniciou: ____/____/____

6.12 O que ofereceu de alimento para o bebê nas últimas 24 hs?

POSIÇÃO CANGURU

6.5 Na última semana, quantas vezes você realizou a **posição canguru**? _____

6.6 Na última semana, quanto tempo em média durou cada sessão em **posição canguru**? _____

6.7 Na última semana, quais pessoas realizaram a **posição canguru** com o bebê?

() Mãe _____ vezes

() Pai _____ vezes

() Amigos _____ vezes

() Familiar _____ vezes

Especificar em caso de familiar: _____

6.7 Mãe **voltou a trabalhar**? () Sim

() Não

() Não se aplica

APÊNDICE 6

Mães que aceitaram serem fotografadas nas visitas domiciliar



APÊNDICE 7
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____, CPF _____,
 RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores, Thaíla Corrêa Castral e Romilda Rayane Godoi Souza, do projeto de pesquisa intitulado “Os efeitos da posição canguru para o aleitamento materno e desenvolvimento do bebê a termo saudável desde o nascimento até os quatro meses pós-natal” a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides, sites e transparências), em favor da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto na Resolução do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

Goiânia, de de

Assinatura por extenso da
participante

Assinatura por extenso do(a)
pesquisador(a) responsável

APÊNDICE 8

TABELAS PARA REFINAMENTO DOS DADOS E UTILIZAÇÃO NO ARTIGO 1

Tabela 1: Características sócio demográficas maternas e paternas. Goiânia, 2016.

Características maternas e paternas		f	%	Média	DP
Idade da Mãe				23,7	5,7
Mãe adolescente (≤ 18 anos)	Não	78	79,6		
	Sim	20	20,4		
Residente em	Goiânia	54	55,1		
	Região Metropolitana	44	44,9		
Pais residem juntos	Sim	76	77,6		
	Não	22	22,4		
Estado Civil	União Consensual	41	41,8		
	Solteira	33	33,7		
	Casada	23	23,5		
	Divorciada	1	1,0		
Escolaridade Materna	Até o ensino médio	90	91,8		
	Ensino superior	8	8,2		
Vínculo Empregatício (Mãe)	Não	55	56,1		
	Sim	43	43,9		
Idade do Pai				27,3	6,1
Pai adolescente (≤ 18 anos)	Não	96	98,0		
	Sim	2	2,0		
Vínculo Empregatício (Pai)	Sim	89	90,8		
	Não	7	7,2		
	Não sabe	2	2,0		
Escolaridade Paterna	Até o ensino médio	78	79,6		
	Ensino superior	13	13,3		
	Não sabe	7	7,1		
Renda Familiar*	Menor que 1 salário mínimo	8	8,2		
	De 1 a 2 salários mínimos	49	50,0		
	De 2 a 3 salários mínimos	25	25,5		
	De 3 a 5 salários mínimos	11	11,2		
	Mais de 5 salários mínimos	5	5,1		

f= frequência absoluta %= porcentagem DP= Desvio Padrão *Salário mínimo: R\$880,00

As idades máximas e mínimas das mães foram 14 e 36 anos e dos pais, 18 e 45 anos.

Tabela 2. Características de gestação, parto e nascimento. Goiânia, 2016.

Características de gestação, parto e nascimento		f	%	Média	DP
Número de Gestações	Multigesta	56	57,1		
	Primigesta	42	42,9		
Número de Partos	Múltipara	50	51,0		
	Primípara	48	49,0		
Aborto anterior	Não	79	80,6		
	Sim	19	19,4		
Idade do filho mais novo	≤ 2 anos	11	11,2		
	> 2 anos	37	37,8		
	Não se aplica	50	51,0		
Gestação atual					
Realizou seis ou mais consultas de pré-natal	Sim	70	71,4		
	Não	27	27,6		
	Não se aplica**	1	1,0		
Local que realizou consultas de pré-natal	Unidade Básica	69	70,4		
	Maternidade Pública	16	16,3		
	Particular	4	4,1		
	Maternidade Pública e Unidade Básica	3	3,1		
	Unidade Básica e Particular	3	3,1		
	Plano de saúde	2	2,0		
	Não se aplica**	1	1,0		
Intercorrência na gestação	Não	68	69,4		
	Sim	30	30,6		
Intercorrência no parto	Não	91	92,9		
	Sim	7	7,1		
Tipo de Parto	Vaginal	95	96,9		
	Vaginal com vácuo	3	3,1		
Idade Gestacional ao nascer (semanas)				39,0	1,1
Sexo	Masculino	51	52,0		
	Feminino	47	48,0		
Peso ao nascer (gramas)				3.224,3	395,0

APGAR 1º minuto	≤ 7	14	14,3
	>7	84	85,7
APGAR 5º minuto	≤ 7	0	0
	>7	98	100

*Não se aplica, porque não fez o pré-natal.

A idade gestacional dos RN variou de 37 semanas 0 dias à 41 semanas e 4 dias; o menor peso ao nascer foi de 2380g e o maior 4370g. Dentre as mães que relataram intercorrências na gestação (69,4%), as intercorrências foram: Infecção do Trato Urinário (n=16); Elevação da Pressão Arterial (n=5); Pré-eclâmpsia (n=3); Anemia (n=3); Descolamento Prematuro da Placenta (n=3); Sangramento (n=2); Hipotireoidismo (n=1); Hipertireoidismo (n=1). As intercorrências no parto relatadas por apenas 7,1% das mães foram: Início de hemorragia (4); Uso de vácuo extrator (2); Circular de cordão (1); laceração de períneo (1); distócia de ombro (1), sendo que tanto nas intercorrências gestacionais quanto do parto, algumas mães relataram mais de uma.

Tabela 3: Frequência do uso da bolsa canguru pela mãe e familiares. Goiânia, 2016.

Uso da Bolsa Canguru		f	%	Média	DP
Frequência do uso da bolsa desde que saiu da maternidade	3 vezes ou mais na semana	39	39,8		
	Menos de 3 vezes na semana	48	49,0		
	Nunca usou desde que saiu da maternidade	11	11,2		
Duração do uso da bolsa por sessão (minutos) no domicílio				75	66
Mãe usou a bolsa canguru em domicílio	Sim	87	88,8		
	Não	11	11,2		
Familiar usou a bolsa canguru em domicílio	Não	70	71,4		
	Sim	28	28,6		
Pai usou o canguru em domicílio	Não	79	80,6		
	Sim	19	19,4		

Na tabela 4, somente uma mãe não pretende amamentar o filho atual com a justificativa de não ter paciência para tal.

Tabela 4. Características do aleitamento materna na gestação atual e anterior. Goiânia, 2016.

Aleitamento Materno		f	%	Média	DP
Gestação Anterior					
Experiência prévia com a amamentação	Sim	46	46,9		
	Não*	2	2,1		
	Não se aplica**	50	51,0		
Amamentação Exclusiva Anterior	Sim	41	41,8		
	Não	7	7,1		
	Não se aplica**	50	51,0		
Tempo de Amamentação Exclusiva Anterior	Menos de 6 meses	31	31,7		
	Até os 6 meses	11	11,2		
	Não se aplica	55	56,1		
	Ignorado	1	1,0		
Gestação Atual					
Tipo de aleitamento nas últimas 24h no domicílio	Aleitamento materno exclusivo	69	70,4		
	Aleitamento materno predominante	12	12,2		
	Aleitamento materno	7	7,1		
	Aleitamento artificial/não aleitamento materno	10	10,2		
Pretende Amamentar	Sim	97	99,0		
	Não	1	1,0		
Até quando pretender amamentar (meses)				14,3	8,6

*Não: 1 fenda palatina; 1 bebê recusou o seio materno

**Não se aplica: 48 mães eram primíparas e 2 multíparas com natimorto

Na Tabela 5 apresentamos os resultados da percepção das mães quanto a autoeficácia para amamentação, segundos os escores e os domínios da escala da autoeficácia da amamentação (EAA), forma abreviada.

Tabela 5. Dados da Escala de Autoeficácia da Amamentação (EAA), forma abreviada. Goiânia, 2016.

Escala Autoeficácia da Amamentação forma abreviada				
Classificação da Escala por Escore				
	n	%	Média	DP

Alta (52 -70)	88	100	-	-
Média (33-51)	0	0	-	-
Baixa (14-32)	0	0		
Escore total	-	-	66,74	3,2

Classificação da Escala por domínios

Domínio Técnico	Concordo totalmente		Concordo		Às vezes Concordo		Discordo		Discordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Item										
1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente	58	65,9	15	17,0	13	14,8	2	2,3	0	0
3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento	77	87,5	4	4,5	5	5,7	2	2,3	0	0
4. Eu sempre percebo se meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada	85	96,6	3	3,4	0	0	0	0	0	0
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando	76	86,4	7	8,0	5	5,7	0	0	0	0
11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro	80	90,9	4	4,5	3	3,4	0	0	1	1,1
12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele (a cada mamada)	87	98,9	1	1,1	0	0	0	0	0	0
13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê)	68	77,3	11	12,5	6	6,8	0	0	3	3,4
14. Eu sempre sei quando meu bebê terminou a mamada	69	78,4	10	11,4	8	9,1	0	0	1	1,1
Domínio Pensamentos Intrapessoais										
Item										
2. Eu sempre lido com a amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios.	67	76,1	16	18,2	5	5,7	0	0	0	0

(Supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida)											
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer	80	90,9	6	6,8	1	1,1	1	1,1	0	0	
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	72	81,8	11	12,5	3	3,4	1	1,1	1	1,1	
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família	69	78,4	9	10,2	4	4,5	4	4,5	2	2,3	
9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar	82	93,2	5	5,7	1	1,1	0	0	0	0	
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar)	77	87,5	9	10,2	1	1,1	0	0	1	1,1	

Na Tabela 6, mostramos o resultado da análise bivariada para testar a associação das variáveis que maternas e neonatais com o aleitamento materno exclusivo após a alta (inserir o período pós-natal). A única variável que encontramos uma associação estatisticamente significativa com o AME foi se a mãe usou a bolsa canguru em domicílio, por pelo uma vez desde o retorno da maternidade ($p=0,014$).

Tabela 6. Análise bivariada, Teste Qui-quadrado e Exato de Fisher, das variáveis aleitamento materno exclusivo e as variáveis maternas e neonatais. Goiânia, 2016.

Variáveis de Exposição	AME				P
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
USO DA BOLSA CANGURU EM DOMICÍLIO					
Mãe usou a bolsa canguru pelo menos uma vez					0,014 ^{*(2)}
	Sim	65	66,3	22	22,5
	Não	4	4,1	7	7,1
Frequência do uso da bolsa					0,807 ⁽¹⁾
≥ 3 vezes por semana		28	28,6	11	11,2
< 3 vezes por semana		41	41,8	18	18,4
MATERNAS					
Pais residem juntos					0,423 ⁽²⁾

	Sim	52	53,1	24	24,5	
	Não	17	17,3	5	5,1	
Mães Adolescentes						0,091 ⁽¹⁾
	Sim	11	11,2	9	9,2	
	Não	58	59,2	20	20,4	
Escolaridade da Mãe						0,561 ⁽²⁾
	Até ensino médio	63	63,4	27	27,5	
	Ensino Superior	6	6,1	2	2,0	
Ocupação materna						0,224 ⁽¹⁾
	Com vínculo empregatício	33	33,7	10	10,2	
	Sem vínculo empregatício	36	36,7	19	19,4	
Renda Mensal Familiar						0,953 ⁽¹⁾
	Até dois salários mínimos	40	40,8	17	17,4	
	Mais de dois salários mínimos	29	29,6	12	12,2	
Fez pré-natal						0,401 ⁽¹⁾
	Seis consultas ou mais	51	52,0	19	19,4	
	Menos de seis consultas	18	18,4	10	10,2	
Local do Pré-natal						0,260 ⁽²⁾
	Setor Público	63	64,9	25	25,8	
	Setor Privado (Parte ou todo)	5	5,2	4	4,1	
Número de Gestação						0,798 ⁽¹⁾
	Primigesta	29	29,6	13	13,2	
	Multigesta	40	40,8	16	16,4	
Número de Partos						0,928 ⁽¹⁾
	Primípara	34	34,7	14	14,3	
	Múltipara	35	35,7	15	15,3	
Aborto anterior						0,728 ⁽²⁾
	Sim	14	14,2	5	5,1	
	Não	55	56,1	29	29,6	
Intercorrência na Gestação						0,953 ⁽¹⁾
	Sim	21	21,4	9	9,2	
	Não	48	49,0	20	20,4	
Intercorrência no Parto						0,357 ⁽²⁾
	Sim	6	6,1	1	1,0	
	Não	63	64,3	28	28,6	
NEONATAL						
Apgar ≤ 7 no 1º minuto						0,399 ⁽²⁾
	Sim	9	9,2	5	5,1	
	Não	60	61,2	24	24,5	
AMAMENTAÇÃO						
Histórico de amamentação anterior						0,786 ⁽¹⁾
	Sim	33	32,7	13	13,3	

	Não	36	36,7	16	16,3	
Amamentação Exclusiva anterior						0,848 ⁽¹⁾
	Sim	30	30,6	12	12,2	
	Não	39	39,8	17	17,3	
Pretende amamentar						0,296 ⁽²⁾
	Sim	69	70,4	28	28,6	
	Não	0	0,0	1	1,0	

¹Teste Qui-Quadrado, ²Teste Exato de Fisher

APÊNDICE 9

EIXOS SECUNDÁRIOS E EIXOS PRINCIPAIS DA ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS



Figura 1. Eixos centrais e seus respectivos eixos secundários, que compuseram a análise dos dados.

ANEXOS

Anexo 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS EFEITOS DO MÉTODO CANGURU PARA O ALEITAMENTO MATERNO E DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ A TERMO SAUDÁVEL DESDE O NASCIMENTO ATÉ OS SEIS MESES PÓS-NATAL

Pesquisador: Thaila Corrêa Castral

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49230615.0.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.314.944

Apresentação do Projeto:

Pesquisas na área de neonatologia têm crescido principalmente devido à necessidade da redução da mortalidade neonatal e infantil, visto que é um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, bem como, atender aos princípios do Sistema Único de Saúde e às diretrizes de organizações internacionais (CHRISTOFFEL et al., 2011; BRASIL, 2011a). Um dos métodos desenvolvidos para tal é o Método Canguru (MC), que consiste no conjunto de intervenções biopsicossocial que visam promover um cuidado humanizado para o recém-nascido (RN) de baixo peso e sua mãe e família (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013). O foco do MC é o contato pele a pele, que se inicia com o toque e evolui até a posição canguru e deve ser aplicado de forma precoce, contínua e prolongada (CATTANEO et al., 1998), respeitando a livre escolha da família e o tempo que entenderem ser suficiente e prazeroso (BRASIL, 2013). A posição canguru é uma intervenção em que os pais ou familiares colocam o RN de baixo peso, sem roupa, exceto pelo uso de fralda, em posição vertical, em prona, junto ao peito. Essa técnica é considerada simples e de baixo custo, porém deve ser realizada de forma segura e orientada pelos profissionais adequadamente treinados (BRASIL, 2013).

Metodologia Proposta:

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cep@ufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.314.944

O estudo irá ocorrer em três fases. Na primeira fase a parturiente admitida no Centro de Parto Normal (CPN) ou puérpera admitida até 12 horas após no Alojamento Conjunto (ALCON), será convidada a participar da pesquisa, e mediante aceite, irá assinar o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE), após a explicação dos objetivos e Implicações da pesquisa. As participantes menores de Idade terão que assinar o termo de

assentimento livre esclarecido (TALE) e seu responsável legal irá assinar o TCLE, autorizando a participação da menor e seu filho(a) na pesquisa. O recrutamento e assinatura no TCLE e TALE (para as participantes menores de Idade) só serão realizados no CPN ou ALCON caso a parturiente esteja disponível, com plena capacidade de dialogar e entender as explicações sobre a pesquisa, sem que aja prejuízo no seu atendimento de

saúde. A parturiente será alocada para o GMC ou GC, de acordo com uma lista de randomização previamente gerada em um software gratuito (www.randomization.com) por uma terceira pessoa não envolvida com o estudo, e disponibilizada em envelopes lacrados e opacos. Em seguida, a parturiente do GMC será orientada sobre a posição canguru por meio de um folheto ilustrado Impresso contendo informações sobre a definição da

posição canguru, posicionamento e uso da bolsa tipo sling, e benefícios para o bebê e família. A parturiente do GMC também irá receber gratuitamente uma bolsa tipo sling para realizar a posição canguru no alojamento conjunto, e em casa, após a alta hospitalar até os seis meses de Idade do bebê. Ainda no CPN, até uma hora após o nascimento, os bebês de ambos os grupos (GMC e GC) serão colocados em contato pele-a-pele precoce com a mãe até uma hora após o nascimento, conforme protocolo já estabelecido na maternidade e preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2013). Após, serão realizados os cuidados de rotina (pesagem, antropometria, administração de vitamina K Intramuscular,

credelização ocular, identificação) e feito encaminhamento da mãe-bebê e acompanhante para o ALCON. A parturiente do GC irá receber a assistência usual da maternidade, que está em consonância com a política de humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), porém não irá receber orientações para realizar a posição canguru após o nascimento até os seis meses, exceto na primeira hora após o nascimento. A segunda fase do estudo ocorrerá no quarto período do parto e puerpério, no ALCON, onde a puérpera (e familiar acompanhante) do GMC serão orientados a realizar a posição canguru com o bebê pelo tempo e frequência que for confortável para ambos até os seis meses de vida pós-natal do bebê.

Durante a hospitalização, a mãe do GMC irá receber visitas diárias de uma enfermeira para estimular e orientar a posição canguru. A puérpera (e familiar acompanhante) e os RNs do GC

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcu/g@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.314.944

ficarão internados em alojamento conjunto e receberão a assistência usual da maternidade, com foco na promoção do aleitamento materno. Na ocasião da alta hospitalar, os RN de ambos os grupos (GMC e GC) serão submetidos a uma avaliação das

medidas antropométricas, tipo de aleitamento, vínculo e desenvolvimento por enfermeira ou fisioterapeuta treinados. A terceira fase ocorrerá após a alta hospitalar, em casa, e no ambulatório de seguimento da maternidade. A mãe (e familiar acompanhante) do GMC serão orientados a realizar a posição canguru com o bebê pelo tempo e frequência que for confortável para ambos em casa até os seis meses de vida do bebê. Nesta fase, os

RNs de ambos os grupos (GMC e GC) farão um acompanhamento na maternidade com uma consulta realizada pelo enfermeiro ou fisioterapeuta no primeiro, quarto e sexto mês de vida do bebê. Na ocasião serão avaliadas as medidas antropométricas, o tipo de aleitamento, vínculo mãe-bebê, e desenvolvimento do bebê.

Critério de Inclusão:

Bebês nascidos de parto normal com mais de 37 semanas de gestação calculada pelo ultrassom do primeiro trimestre ou data da última menstruação ou Capuro Somático, que realizaram o contato pele a pele com a mãe até a primeira hora de vida, que permaneçam no alojamento conjunto com a mãe por, no mínimo, 48 horas de vida neonatal, e mães com desejo de realizar o método canguru após o parto.

Critério de Exclusão:

Bebês com asfixia neonatal, ou que tenham contraindicação definitiva ou temporária para amamentação (ex.: HIV ou HTLV positivo, uso de medicamentos incompatíveis com amamentação, mães que foram a óbito, fenda palatina) (BRASIL, 2009; LEVY, BÉRTOLO, 2012), apresentem problemas neurológicos ou psicomotores.

Metodologia de Análise de Dados:

O cálculo amostral foi realizado pelo OpenEPI (http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm) considerando-se um aumento de 10% na taxa de aleitamento materno exclusivo, 1- = 80%, =5%, totalizando 768 (384 para cada grupo). Os dados obtidos pela coleta serão digitados em banco de dados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 21.0). Os dados sociodemográficos e de nascimento serão apresentados por estatística descritiva. Na comparação das médias das escalas BSES-SF, escala Bayle III, e Protocolo de Avaliação do Vínculo Mãe-Filho entre o grupo método canguru e grupo controle, na alta, primeiro, terceiro e sexto mês de vida pós-natal, será realizada Análise de Variância para Medidas Repetidas (RM-ANOVA).

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.314.944

Objetivo da Pesquisa:

2. OBJETIVO

2.1. GERAL

Avaliar os efeitos da posição canguru no aleitamento materno exclusivo, vínculo mãe-bebê, e crescimento e desenvolvimento infantil em bebê a termo saudável, desde o nascimento até os seis meses de vida pós-natal, e comparar com bebês submetidos ao cuidado usual.

2.2. ESPECÍFICOS

- Verificar as medidas antropométricas (peso, comprimento e perímetro cefálico) do bebê a termo saudável na ocasião da alta hospitalar do alojamento conjunto e, no primeiro, quarto e sexto mês pós-natal;
- Identificar o tempo (dias) para o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo, e o tipo e frequência de aleitamento em bebês na ocasião da alta hospitalar do alojamento conjunto e, no primeiro, quarto e sexto mês pós-natal;
- Avaliar o vínculo mãe-bebê e o desenvolvimento do bebê na ocasião da alta hospitalar do alojamento conjunto e, no primeiro, quarto e sexto mês pós-natal;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não existem relatos na literatura de riscos associados à realização da posição canguru. No entanto, qualquer pesquisa, que tenha o ser humano como sujeito, envolve riscos. Esta pesquisa poderá expor as mães e os RNs do GMC a riscos mínimos, como por exemplo, algum desconforto (ex.: calor) pelo uso da bolsa tipo sling. Caso seja detectado qualquer outro risco que cause dano físico ou emocional para a mãe ou bebê durante o estudo, será considerada a suspensão do uso da bolsa tipo sling.

Os benefícios desta pesquisa estendem-se para as mães e recém-nascidos de ambos os grupos, sendo garantido o apoio ao aleitamento materno, bem como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê na maternidade por profissionais especializados (enfermeira ou fisioterapeuta) no primeiro, quarto e sexto mês de vida do bebê. Além disso, os RNs do GMC poderão ter o benefício adicional de realizar o método canguru até os seis meses de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para toda a comunidade acadêmica, bem como, para a sociedade, visto que visa o vínculo mãe-filho-família.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephufg@yahoo.com.br

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO**



Continuação do Parecer: 1.314.944

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatórios foram apresentados ao CEP respeitando os preceitos éticos conforme Resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu as recomendações solicitadas para atender a Resolução 466/12, não havendo óbice ético que impeça sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466 de 2012 e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_567364.pdf	30/09/2015 12:59:29		Aceito
Outros	oficio_encaminhamento_CEP_apos_revisao.pdf	30/09/2015 12:59:11	Thaíla Corrêa Castral	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_REVISADO.pdf	30/09/2015 12:57:10	Thaíla Corrêa Castral	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento_metodo_canguru_RESPONSAVEL_LEGAL.pdf	30/09/2015 12:56:46	Thaíla Corrêa Castral	Aceito
Outros	descricao_obtencao_TCLE_revisado.	30/09/2015	Thaíla Corrêa	Aceito

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

Bairro: St. Leste Universitário

CEP: 74.605-020

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3269-8338

Fax: (62)3269-8426

E-mail: cephaufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.314.944

Outros	pdf	12:16:40	Castral	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento_REVISADO_meto_canguru.pdf	30/09/2015 12:13:36	Thaila Corrêa Castral	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_assentimento_menores_idade_metodo_canguru.pdf	30/09/2015 12:12:11	Thaila Corrêa Castral	Aceito
Declaração de Pesquisadores	aprovação CD_projeto canguru.pdf	12/08/2015 18:11:48		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto assinada.pdf	12/08/2015 18:11:27		Aceito
Outros	oficio encaminhamento CEP.pdf	12/08/2015 18:11:12		Aceito
Outros	declaração CV equipe pesquisa projeto canguru.pdf	12/08/2015 18:10:34		Aceito
Outros	justificativa dispensa documentos.pdf	12/08/2015 18:10:21		Aceito
Outros	autorização centro de estudos.jpg	11/08/2015 23:13:47		Aceito
Outros	autorização Renata.jpg	11/08/2015 23:13:28		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 09 de Novembro de 2015

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cep@ufg@yahoo.com.br

ANEXO 2: Escala de Autoeficácia da Amamentação – Forma Abreviada

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu novo bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe resposta certa ou errada.

- 1 = Discordo totalmente
 2 = Discordo
 3 = Às vezes concordo
 4 = Concordo
 5 = Concordo totalmente

	Discordo totalmente		Concordo totalmente		
1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	1	2	3	4	5
2. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Supero com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	1	2	3	4	5
3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	1	2	3	4	5
4. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	1	2	3	4	5
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer	1	2	3	4	5
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1	2	3	4	5
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1	2	3	4	5
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1	2	3	4	5
9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).	1	2	3	4	5
11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1	2	3	4	5
12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (A cada mamada).	1	2	3	4	5
13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (Organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	1	2	3	4	5
14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5

Fonte: DODT, R.C.M. Aplicação e Validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF). 2008. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008