

Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa

Kangaroo Mother Care:
the role of health care services and family
networks in a successful program

Tereza Setsuko Toma ¹

¹ Instituto de Saúde.
R. Santo Antonio 590,
2º andar, São Paulo, SP
01314-000, Brasil.
ttoma@isaude.sp.gov.br.

Abstract Kangaroo Mother Care (KMC) provides many benefits to low birth-weight babies. The family's early and active participation in the care of these infants helps create and strengthen bonding. This study was intended to increase the knowledge on the effect of hospital and family conditions on the method's implementation. Fourteen women and seven men taking part in KMC in the Itapecerica da Serra General Hospital (São Paulo State) answered in-depth interviews. The respondents' statements are focused on the decision-making process in the method's implementation, which depends not only on the mother's desire and willingness, but also on the support provided by the family network and empathetic health care teams. Although mothers realize the importance of KMC for their infants' recovery, personal and family problems may prevent them from taking active part in the program. Interaction of such factors as history of perinatal death, presence of other children in the household, involvement of the father and other family members, and household management can establish patterns that may or may not be favorable when choosing and implementing KMC.

Key words Kangaroo Mother Method; Low Birth Weight Infant; Family Relations

Resumo O Método Mãe Canguru (MMC) traz muitos benefícios ao recém-nascido de baixo peso. A participação efetiva da família no cuidado desses bebês, desde o início da vida, favorece a criação e o fortalecimento do vínculo afetivo. Este estudo teve como objetivo aumentar a compreensão sobre a influência das condições hospitalares e da organização familiar sobre a prática do MMC. Foram realizadas entrevistas com 14 mulheres e sete homens participantes do Programa Canguru, do Hospital Geral de Itapecerica da Serra, São Paulo. Os depoimentos dos entrevistados apontam o processo de decisão para a prática do MMC como um complexo que depende não só da vontade da mãe, mas também do apoio de sua rede familiar e de uma equipe de saúde compreensiva. Embora as mães percebam a importância do método para a recuperação de seus filhos, os dilemas e as dificuldades pessoais e de ordem familiar podem impedi-la de participar efetivamente do programa. A interação entre alguns fatores, tais como perda de uma criança em gestação anterior, presença de outros filhos, participação do pai e de outros membros da família e arranjos domésticos, pode determinar padrões mais ou menos favoráveis à opção e prática do MMC.

Palavras-chave Método Mãe Canguru; Recém-nascido de Baixo Peso; Relações Familiares

Atenção neonatal e vínculo afetivo

A criação das incubadoras e das unidades de cuidado intensivo possibilita, hoje, a sobrevivência de recém-nascidos com pesos cada vez mais baixos. Nessas circunstâncias, rotinas hospitalares que separam os pais de seus filhos prematuros podem ter implicações negativas para a formação do vínculo afetivo e, conseqüentemente, influenciar o posterior cuidado dessas crianças (Klaus, 1993). No Método Mãe Canguru (MMC), a mãe substitui a incubadora, progressivamente, mantendo o bebê aquecido por meio do contato da criança com sua pele. A prática se inicia dentro do hospital e continua em casa, mediante estreito acompanhamento da equipe de saúde. Os benefícios do MMC incluem redução da morbidade e do período de internação dos bebês, e melhoria na incidência e duração da amamentação e no senso de competência dos pais (Cattaneo et al., 1998; Charpac et al., 1997; Christensson, 1996; Lima et al., 2000; Sloan et al., 1994; Tessier et al., 1998).

A idéia de que a própria mãe pudesse ser a fonte de calor para seu bebê prematuro surgiu na Colômbia, devido à escassez de incubadoras (Whitelaw & Sleath, 1985). Hoje, o MMC tem sido adotado tanto nos países em desenvolvimento quanto naqueles desenvolvidos. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS, 2000), lançou a *Norma de Orientação para a Implementação do Método Canguru*, estabelecendo as diretrizes para sua aplicação nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Resolução semelhante foi aprovada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (São Paulo, 2001). Em linhas gerais, essa norma prevê: abertura das unidades neonatais de forma ampla aos pais, para que eles possam, o mais rápido possível, tocar o(a) filho(a); contato pele a pele prolongado, particularmente com a mãe, para propiciar o bem-estar e a adaptação mais rápida do bebê à vida extra-uterina e estimular a prática da amamentação; alta hospitalar mais precoce do bebê e continuidade do contato pele a pele no domicílio, até cerca de quarenta semanas de idade gestacional.

A mulher, a organização das famílias e os papéis de gênero

O MMC trata essencialmente do cuidar. Tendo em vista que as mulheres são as cuidadoras primárias da criança, cabe uma reflexão sobre os aspectos que poderiam influenciar a prática do MMC enquanto resultados de suas interações com a equipe hospitalar e os membros da

família. Silva (1997), ao estudar a amamentação sob a perspectiva da mulher que a vivência, traz à luz questões acerca do processo de tomada de decisão, no qual entra em jogo a noção de riscos e benefícios de uma opção em detrimento de outra. A opção e a prática do MMC podem ser vistas sob esse enfoque, uma vez que exigirá da mulher considerar tanto os aspectos pessoais, como aqueles relativos ao bebê e ao seu entorno social.

Do ponto de vista pessoal, segundo Tessier et al. (1998), ela terá de lidar com seus sentimentos de inadequação, bem como com o estresse e a sensação de isolamento decorrentes do nascimento de um bebê prematuro e da permanência prolongada dentro do hospital. Por outro lado, a prática do MMC teria uma influência positiva, ajudando a mãe na superação mais rápida desse processo (Affonso et al., 1989), que envolve três estágios. No primeiro, elas buscam explicações para o fato de o bebê ter nascido antes do tempo; no segundo, exercem o domínio da situação, lidando com o ambiente hospitalar, o cuidado e a alimentação da criança; e, no terceiro, elevam sua auto-estima e senso de competência.

Com relação às famílias e papéis de gênero, Bott (1976), em estudo realizado na Inglaterra sobre a organização de famílias inglesas, observou diferenças importantes na forma como os casais distribuem e desempenham as atividades relacionadas à manutenção da unidade doméstica e da família. Nesse trabalho, a autora identificou três tipos de organização: *a complementar, a independente e a conjunta*. Na *organização complementar*, as atividades do marido e da esposa são diferentes e separadas, mas ajustadas umas às outras para se formar um todo. Em uma *organização independente*, as atividades são levadas a cabo separadamente pelo casal, enquanto na *conjunta* são realizadas tanto pelo marido quanto pela esposa. O grau de participação desses três tipos de organização foi diferenciado de uma família para outra. Dessa forma, a autora estabeleceu o grau de segregação dos papéis conjugais, partindo de seus pontos extremos. Em um dos pólos, tem-se o *relacionamento de papel conjugal segregado*, no qual predominam os tipos de organização complementar e independente e, no extremo oposto, o *relacionamento de papel conjugal conjunto*, em que prevalece o tipo de organização conjunta. Entre as pesquisas sobre papéis de gênero e organização familiar realizadas no Brasil, Sarti (1996), ao estudar famílias pobres de São Paulo, encontrou uma clara diferenciação entre os papéis do homem e da mulher.

Ainda segundo Bott (1976), a rede de relações das famílias mostrava graus bastante variados em sua conexão, desde seus extremos denominados de malha estreita ou frouxa. O termo *malha estreita* é empregado para descrever uma rede na qual existem muitas relações entre as unidades componentes, enquanto a expressão *malha frouxa* é utilizada para definir uma rede na qual há poucos relacionamentos deste tipo. Notou-se uma tendência à correlação entre papéis conjugais segregados/rede de malha estreita e papéis conjugais conjuntos/rede de malha frouxa. Nessa linha de raciocínio, entre as famílias pobres estudadas por Sarti (1996), predominava a rede social de malha estreita, em que os vínculos com o grupo familiar mais amplo não se desfazem com o casamento.

A propósito da importância que a família vem adquirindo nas políticas de saúde, Vasconcelos (1999) afirma que, quando se analisa esse comportamento sob a perspectiva de realização de um modo de vida entre as classes populares, verifica-se que o apego à família e a manutenção dos padrões tradicionais nas relações homem/mulher e pais/filhos permitem o surgimento de uma estratégia de sobrevivência e a construção de projetos para o futuro.

A busca de uma melhor compreensão da prática do MMC

A implementação das diretrizes preconizadas pelo MS pressupõe equipes de saúde com habilidades não só para orientar a prática do MMC nas unidades neonatais, mas também para lidar com os aspectos que podem influenciar o ato de cuidar no âmbito da família. A normatização visa a facilitar a expansão do programa, além de estabelecer parâmetros que garantam a segurança na atenção ao recém-nascido de baixo peso. Entretanto, considerando a tradição autoritária e normatizadora dos serviços públicos nas suas relações com as classes populares, deve-se tomar cuidado para não substituir as iniciativas familiares, mas sim caminhar no sentido do seu fortalecimento (Mitjaviła & Echeveste, 1994; Vasconcelos, 1999).

Em 1997, projeto-piloto sobre viabilidade da implantação do MMC em maternidade pública da Cidade de São Paulo apontou a presença de outros filhos e a falta de dinheiro para o transporte como algumas das dificuldades para a participação das mães (Rea & Toma, 1997). A implantação do MMC no Hospital Geral de Itapeceira da Serra chama a atenção não só porque a quase totalidade das mães op-

ta pelo programa, como também pelo fato de ter sido estabelecida a prática do canguru domiciliar. É dentro deste contexto que surge a inquietação para realizar o estudo, cujo objetivo foi aumentar a compreensão sobre as condições hospitalares e sociais/familiares relacionadas à prática do MMC.

Metodologia

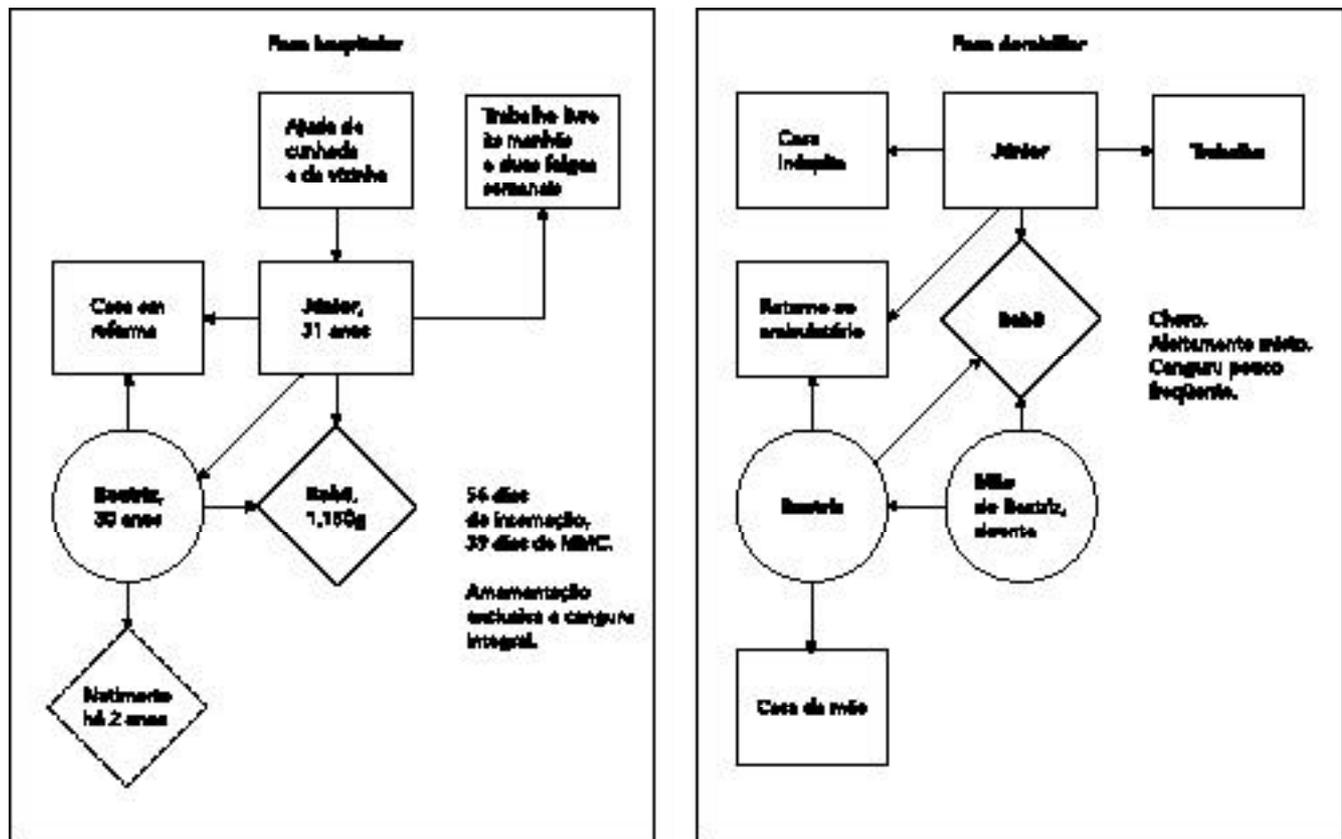
Foram realizadas entrevistas com 14 mulheres e sete homens, cujos bebês utilizaram o MMC no Hospital Geral de Itapeceira da Serra, um hospital da rede pública estadual. Dados sobre o funcionamento do programa foram obtidos com base na leitura de documentos do hospital, da observação das práticas e por meio de esclarecimentos prestados pela coordenadora do programa e por alguns membros da equipe. A consulta aos registros hospitalares permitiu completar as informações sobre o período de internação e o acompanhamento ambulatorial.

Durante o período de seleção das mulheres para o estudo, 15 de 16 mães participaram do programa. A seleção ocorreu de 18 de julho a 19 de setembro de 2001, atendendo ao critério de saturação dos dados no que se refere às informações relevantes para a pesquisa. As mulheres foram entrevistadas no hospital e no domicílio. Em dois casos, a segunda entrevista foi realizada no hospital e não em casa. Os homens foram entrevistados no hospital e/ou em casa, sempre que estivessem presentes no momento da entrevista com suas respectivas companheiras. As entrevistas gravadas, seguiram um roteiro prévio e tiveram duração entre 15 e 30 minutos cada. Os nomes verdadeiros dos entrevistados foram substituídos por nomes fictícios, algumas vezes sugeridos por eles mesmos. A análise dos depoimentos foi feita, em uma primeira instância, por meio da organização em temas (pré-natal, parto, prática do canguru, participação do pai e outros membros da família, outros filhos, amamentação, retorno ao ambulatório). Posteriormente, a montagem de diagramas permitiu observar a participação da rede familiar nas fases hospitalar e domiciliar do MMC (Figuras 1 e 2).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde. O formulário para consentimento informado, no qual se explicavam os objetivos da pesquisa, foi lido para todos os entrevistados antes de concordarem em conceder a entrevista.

Figura 1

Beatriz e Júnior – fatores intervenientes no processo de decisão sobre a prática do MMC no hospital e em casa.



Modelo pouco favorável à prática do MMC: perda de bebê em gravidez anterior, apoio insuficiente do companheiro e da rede familiar.

Resultados e discussão

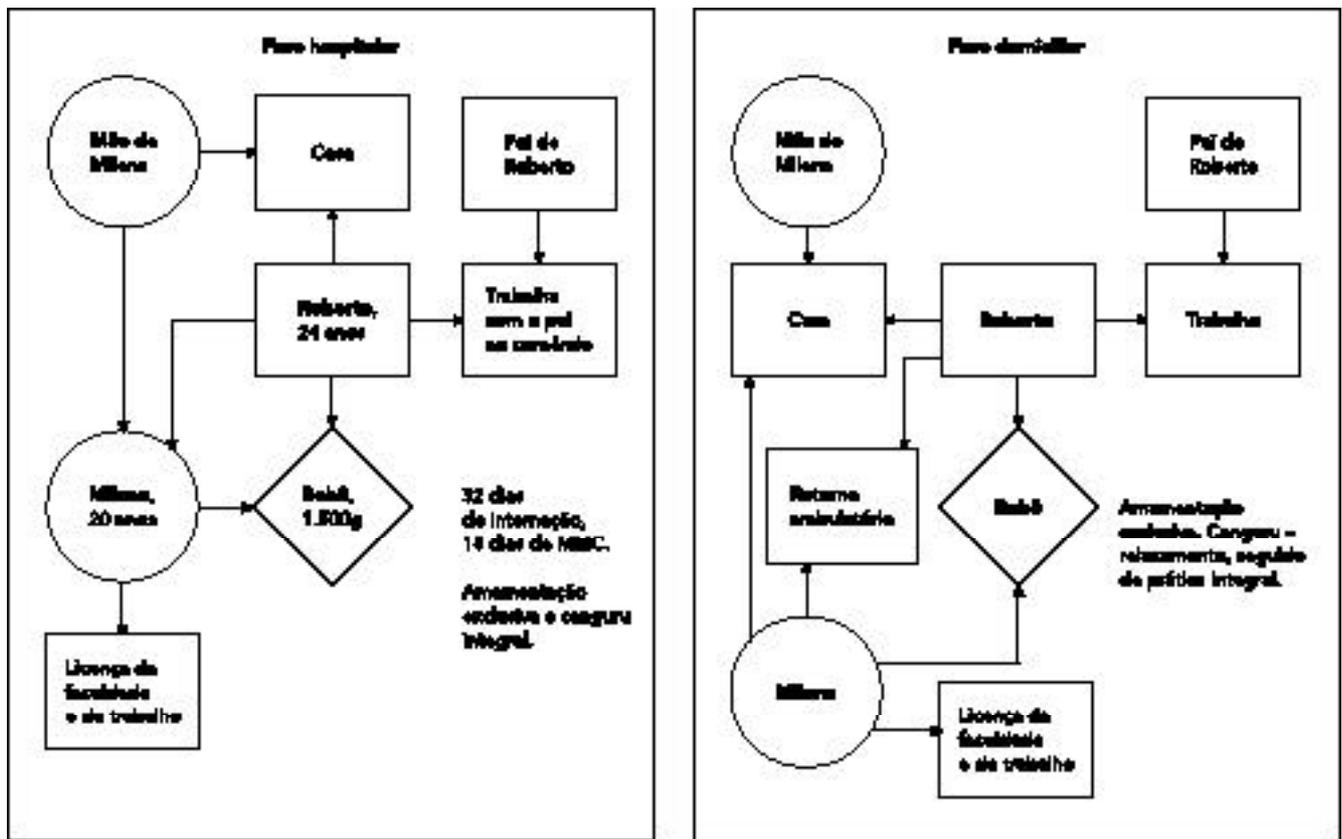
Como funciona o MMC no hospital estudado

Para as mulheres que freqüentam o pré-natal no próprio hospital, o Programa Canguru é apresentado sempre que a gestação é de alto risco. Após o nascimento, os pais são incentivados a visitar e a tocar seus bebês e o contato pele a pele é estimulado mesmo na Unidade de Terapia Intensiva. A equipe também vem se empenhando na adoção de ações que visam a prevenção de danos, tais como redução do nível de ruído e de luminosidade no ambiente, e concentração dos procedimentos (banho, medicamentos, colheita de exames, etc.). Enquan-

to o bebê não tem capacidade para mamar no peito, a mãe é orientada a extrair seu leite a cada três horas para ser oferecido por meio de sonda ou copinho. Após a resolução do quadro clínico agudo, o bebê está apto a iniciar o MMC integral. Amarra-se o bebê junto ao corpo da mãe com uma faixa, de modo a permitir que as mãos dela fiquem livres. O bebê permanece junto ao colo materno pelo maior tempo possível e a mãe é orientada a dormir sempre com a cabeça elevada a cerca de 45 graus. Pais e avós são estimulados a realizar o método quando vêm visitar o bebê. A duração dessa etapa é variável de acordo com a evolução clínica da criança e o senso de competência e autoconfiança da mãe. As visitas ao bebê são permitidas a todos os membros da família, inclusive

Figura 2

Milena e Roberto – fatores intervenientes no processo de decisão sobre a prática do MMC no hospital e em casa.



Modelo favorável à prática do MMC: companheiro participativo, apoio da rede familiar de ambos os lados.

aos irmãos. Os pais podem entrar na unidade neonatal em qualquer horário e as mães podem permanecer ou sair do hospital sempre que quiserem. Após a alta, quando necessário, a família poderá recorrer à equipe, sendo garantida a reinternação dos bebês. O acompanhamento ambulatorial é feito no próprio hospital até que o bebê atinja 2.500 gramas.

Quem são as mães e os pais cangurus?

As mulheres são, na maioria, jovens. Das 14 entrevistadas, 11 tinham menos de 25 anos e 10 eram mães de primeiro filho. O grau de escolaridade variava de terceira série do ensino fundamental a curso superior completo. Cinco delas eram estudantes e interromperam os estu-

dos devido à gestação. Três mulheres trabalhavam e pretendiam retornar à atividade profissional. Para seis delas, estar grávida ou ter tido filhos foi a justificativa para deixarem de trabalhar, situação comum entre as mulheres de famílias pobres (Sarti, 1996). Todas, exceto uma, moravam com o companheiro.

Entre seus companheiros, dez possuíam menos de trinta anos. Apenas um encontrava-se desempregado no momento da entrevista. O grau de escolaridade dos homens era similar ao de suas companheiras, variando da quinta série do ensino fundamental ao superior completo (Tabela 1).

Tabela 1

Características das mulheres entrevistadas e de seus respectivos companheiros.

Mulher entrevistada			Companheiro*			
Nome fantasia	Idade	Escolaridade	Nome fantasia	Idade	Escolaridade	Trabalho
Beatriz	30	8ª série	Júnior	31	3ª série do ensino médio	Vigia de escola
Carolina	24	Curso superior completo	Leandro	27	3ª série do ensino médio	Representante de vendas
Cláudia	19	6ª série	-	22	7ª série	Motoboy
Fabiola	22	1ª série do ensino médio	-	26	5ª série	Marceneiro
Helena	20	2ª série do ensino médio (em curso)	-	?	7ª série	Servente
Luana	20	3ª série do ensino médio (em curso)	-	22	8ª série	Cozinheiro
Mariana	20	3ª série do ensino médio (em curso)	William	23	Curso superior (em curso)	Representante de vendas
Milena	20	Curso superior (em curso)	Roberto	24	Curso superior completo	Comerciante
Nanci	38	3ª série do ensino médio	-	40	?	Desempregado
Nilce	33	8ª série	Mário	21	1ª série do ensino médio (em curso)	Auxiliar de manutenção
Patrícia	22	3ª série do ensino médio	-	22	8ª série	Motoboy
Rosa	20	5ª série	-	27	5ª série	Pedreiro
Valéria	18	3ª série do ensino fundamental	Nilo	34	7ª série	Operador de máquina
Vitória	19	3ª série do ensino médio (em curso)	Pedro	22	6ª série	Caseiro

* Aqueles com nome foram os homens entrevistados na pesquisa, cujos dados foram fornecidos por eles mesmos. Para os demais, as informações foram fornecidas pelas respectivas mulheres.

Quem são os bebês cangurus?

Com relação aos recém-nascidos, havia duas duplas de gêmeos. Os bebês apresentavam pesos ao nascer entre 1.150 e 2.300 gramas e idades gestacionais de 28 a 37 semanas. A prontidão desses bebês para iniciar a prática do MMC variou de 3 a 39 dias de vida. Apenas três resultaram de gravidez planejada. Apesar de não esperada, a maioria das mulheres recebeu com felicidade a notícia da gravidez. Silva (1997) comenta que tais sentimentos dependem da interação de fatores, como situação emocional e conjugal, aliada à relação com o companheiro e familiares, além de sua condição econômica e social. Chama a atenção, por outro lado, que mulheres que já tinham um(a) filho(a) com o atual companheiro deram indicação de relutância em aceitar a nova gestação. Ao representar a expressão concreta da aliança (Knauth, 1997), teria o primeiro filho maior chance de ser bem-vindo?

O coração dividido

A prática do canguru, embora reconhecida pelas mães como fundamental para o desenvolvimento do bebê, apresenta dilemas nem sempre fáceis de administrar, principalmente, na fase hospitalar. Algumas mulheres permaneceram todo o tempo no hospital desde o parto até a alta. Outras receberam alta e foram reinternadas quando o bebê estava em condições de receber o MMC. Assim, o total de dias que a mãe permaneceu internada para cuidar do(a) filho(a) foi bastante variável: em alguns casos apenas dois dias e, em outros, o período chegou a 39 dias.

Parentes próximos, particularmente as avós maternas, assumiram os cuidados da casa e de outros filhos nessa fase. Mesmo assim, algumas entrevistadas indicaram dificuldades em lidar com a situação. Quatro mulheres possuíam outros filhos e demonstraram preocupação quanto a eles. Uma delas, bastante apegada à filha de dois anos, acreditava que esta sofreria com sua ausência, ao passo que o bebê

ainda não a conhecia: “*é, eu achei difícil porque é igual eu falei antes pra senhora, que pra ela que tá aqui, é pequenininha, ela não me conhece ainda, né? Ela só sente o meu calor, mas não me conhece e a que tá em casa é mais difícil porque ela já me conhece, já sabe como é que eu sou, né?*” (Nilce, 33 anos, terceira filha). A preocupação pode estar presente mesmo quando os filhos são maiores: “*mas, eu só espero que corra tudo bem com o peso dele, ele vai, ele tá só aumentando o pesinho pra mim poder ir embora porque eu também tenho outras crianças pra olhar, né? Deixei cá minha irmã, é uma coisa que nem irmã num óia igual a mãe, entendeu?*” (Nanci, 38 anos, filhos de 7 e 8 anos, não mora com o companheiro).

Algumas motivações levaram essas mulheres a optar pelo programa e a acreditar que valia a pena o investimento. Segundo elas, o bebê ganha peso mais rápido e, dessa forma, pode ir mais cedo para casa; a mãe fica mais sossegada e segura, porque acompanha tudo o que acontece com o bebê. Além disso, pode dar mais carinho e o bebê fica aconchegado, mais calmo e esperto. Durante a permanência no hospital, aos poucos elas foram assumindo o cuidado da criança e acostumaram-se a dormir em posição semi-sentada. Se o ato de cuidar de um bebê prematuro e a prática do MMC parecem ser rapidamente assimilados pelas mulheres, manter a produção de leite e a amamentação exclusiva pode ser uma tarefa árdua e exigir persistência por parte tanto das mães quanto da equipe. Percepção similar é relatada por Lima et al. (2000). Vitória, 19 anos, primeira filha relata: “*no primeiro dia, ela num mamou muito bem não, mas de uns cinco dias pra cá, agora tá um mama até demais, eu até cochilo de vez em quando. Quando eu tô ...de madrugada, hoje mesmo eu dormi com ela... mamando, que ela demora e demora e eu tava com muito sono; quando eu vi tava cochilando e ela mamando. Olha, quando eu vi ela, eu fiquei com muito medo que eu achei ela muito pequenininha, entendeu? Tinha medo de mexer ela e machucar ela, mas depois a enfermeira me orientou direitinho. Perdi o medo de mexer com ela*”.

A flexibilidade do programa mostrou-se relevante para a tranquilidade das mulheres, que, dessa forma, sentem-se livres para ir e vir e sabem que podem contar com a atenção da equipe no cuidado de seus bebês quando se ausentam: “*minha casa, de vez em quando, eu vou lá dá uma limpadinha nela. Às vezes eu durmo lá em casa, daí volto de manhã, no outro dia, daí eu dou uma limpada lá. Eu vou pra igreja à noite e depois dou uma limpada na casa*”. (Rosa, 20 anos, primeiro filho).

Pensa que o nenê está bem só porque foi para casa

Os bebês receberam alta com 5 a 60 dias de vida e pesos variando de 1.640 a 2.220 gramas. Dos 16 recém-nascidos do estudo, nove foram para casa pesando pelo menos 1.800g, padrão considerado convencional. Na maioria dos casos, a adaptação à rotina familiar não teve implicações negativas para a saúde do bebê.

A fase domiciliar permite obter uma melhor compreensão das reais condições para o cuidado da criança. Em casa entram em jogo outros fatores, tais como a presença do companheiro e de outros filhos e as tarefas domésticas. Há uma tendência de o MMC ser praticado de maneira mais livre, em geral, no período da tarde e à noite. Parece que o bebê costuma dormir melhor pela manhã, momento em que as mães aproveitam para realizar as tarefas domésticas. O conhecimento sobre como se dá a prática do MMC no dia-a-dia é importante, particularmente, com relação aos bebês que recebem alta com pesos mais baixos. Em dois casos, a equipe lembrou aos pais a importância de continuar praticando o método canguru nos mesmos moldes do período hospitalar: “*...aí, a médica falou pra mim...que tem que fazer, né? Que ela tava perdendo peso, as energia dela tava se desgastando. Aí, eu comecei a fazer ontem, ontem eu fiz quase a tarde toda, ela já ganhou 20 grama já Então, já adiantou né? Então, aí que eu vou fazer mesmo. Que eu puder fazer, vou fazer mesmo, meu tempo vou dar todo pra ela. Só ficava no berço, né? Eu ficava tipo assim, sem dar valor mesmo pro canguru, nem ligando assim; porque lá eu fazia quase toda hora, porque as médicas lá fala mesmo pra fazer, tá? É uma diferença, né? Porque os médicos tá toda hora ali, no seu pé, faz canguru, faz canguru.... E aqui não, aqui ninguém pega no seu pé, ... pensa que o nenê tá bem, só por que veio pra casa já tá bem, já tá mil maravilhas, mas não é isso, né?*” (Luana, 20 anos, primeira filha, alta com 1.665g).

A presença de outros filhos, particularmente se ainda não freqüentam a escola, é um fator que dificulta a prática do MMC domiciliar. Se, quando a mãe está no hospital, o outro filho é motivo de sua constante preocupação, em casa exige que sua atenção seja compartilhada. Quanto à amamentação, um dos benefícios indicados em vários estudos (Cattaneo et al., 1998; Lima et al., 2000), embora exigindo muito empenho da mãe, causou surpresa verificar que, das 14 mulheres, 13 amamentavam exclusivamente até a idade de 32 a 90 dias de vida (último dado coletado do registro hospitalar).

O gênero do canguru

A importância da participação do pai tem sido mencionada nos estudos e incentivada pelas equipes dos hospitais (Christensson, 1996). Apenas um dos pais nunca experimentou o MMC. Os demais, se não o fizeram durante as visitas no hospital, o experimentaram depois que o bebê foi para casa. Alguns homens podem sentir-se envergonhados em participar do programa na fase hospitalar, conforme referido por duas mulheres.

Com relação aos papéis conjugais, o mais frequente é que sejam segregados, com o homem atuando principalmente como o provedor da família e a mulher cuidando dos filhos e da casa, em concordância com os estudos de Sarti (1996). Embora os homens reconheçam as vantagens do método e sintam prazer em praticá-lo, nem sempre é possível para eles compartilhar das tarefas que isso envolve. De fato, a participação masculina efetiva, em que o pai compartilha não só os prazeres mas também as dificuldades da prática do MMC, pode ser encarada como exceção, tendo sido observada em três casais. Roberto, 24 anos, primeiro filho, compartilhou o cuidado da criança em pé de igualdade com a mulher. Trabalhava com o pai no comércio, o que lhe deu liberdade para organizar suas prioridades (Figura 2): *“aos poucos, essa semana passada mesmo, eu fui fazer compra...tal, já, tá voltando ao normal. Não tá igual eu tava antes, não, mas aos poucos tá voltando ao normal...Se de repente ele num acorda no horário, então chega a hora da mamada ou de alguma vitamina ou remédio, e aí, às vezes, se um tá cansado passa pro outro, reveza. Tem noite que é um, só um. Mas a maioria a gente reveza, fica meio a meio”*.

A importância de um pai participativo evidencia-se na situação de filhos gêmeos. Mariana compartilhou o MMC com seu companheiro durante a noite, apesar dele trabalhar o dia todo. Nesse caso, cada um dormia com um dos bebês e os trocava depois das mamadas.

À noite é mais frequente que os bebês durmam com as mães. Algumas mulheres não se sentem seguras deixando seus maridos dormir com o bebê em posição canguru: *“sempre eu, por que eu tenho medo de pôr ele no pai dele pra dormir e ele virar, machucar. Até eu tenho medo de machucar, imagine o pai dele”* (Helena, 20 anos, primeiro filho). Vale a pena ressaltar que algumas mulheres também não acharam apropriado realizar determinadas tarefas com o bebê na posição canguru: *“é, quando eu acho que é perigoso assim pra tá mexendo com ele, aí eu deixo ele no berço, mas se é coisa que*

dá, aí eu coloco ele. Mexer na cozinha, assim, pra fazer comida, na pia também eu fico meio assim que respinga água, aí eu tenho medo, mas só isso...” (Patrícia, 22 anos). Esses medos seriam justificados pela falta da técnica corporal, definida por Mauss (1974), como um ato *tradicional eficaz*, presente em algumas sociedades e não em outras.

A rede familiar e os arranjos possíveis

A classificação de Bott (1976), quanto aos papéis conjugais e à conexidade da rede familiar serve como inspiração, não sendo possível, entretanto, transpor completamente o modelo proposto pela autora, uma vez que não foi feito aqui um estudo sobre papéis conjugais. Porém, como modelo, ajuda a observar que, na situação limite de ter um bebê prematuro, alguns casais apresentaram maior conjunção de papéis, enquanto a maioria manteve o padrão de segregação. Considerando esse padrão predominante de segregação dos papéis conjugais entre as entrevistadas, o sucesso do programa dependeu, em grande medida, do grau de participação da rede familiar. Quase todas as mães entrevistadas constituíram seu próprio núcleo familiar, morando separadas de seus pais e sogros. Entretanto, os laços com os parentes mantiveram-se bastante fortes.

A avó materna foi a pessoa que mais prestou apoio nas tarefas domésticas e no cuidado de outros filhos, durante o período em que essas mulheres permaneceram no hospital. Depois que elas voltaram para casa, as avós continuaram ajudando na maior parte das atividades domésticas por tempo variável, particularmente nas tarefas de lavar e passar roupas. As avós não foram a primeira opção de ajuda quando estavam doentes, tinham emprego remunerado ou filhos pequenos. As irmãs solteiras também ofereceram ajuda nos afazeres domésticos.

Quando os papéis conjugais são bem definidos e não se conta com o apoio substancial de parentes, as mães podem enfrentar grandes dificuldades. Beatriz e Júnior reúnem condições que dificultaram o cuidado do bebê em casa. Lidar com o recém-nascido no hospital foi para ela um processo difícil, em função de ter tido um natimorto dois anos atrás. A equipe do hospital manteve o bebê internado até que a mãe se sentisse em condições de levá-lo para casa. Entretanto, a reforma que estava fazendo em sua casa e o apoio insuficiente de seu companheiro levaram-na a mudar-se temporariamente para a casa de sua mãe. Doente, sua mãe somente era capaz de ajudá-la segurando

o bebê. Em que pese não se tratar de uma situação ideal, o melhor arranjo foi esse. Ela cuidava de todas as tarefas domésticas e, em troca, sua mãe a confortava e compartilhava o cuidado do bebê (Figura 1): *“...mas como tá nessa situação, porque lá não tenho com quem ficar, assim alguém pra auxiliar. ...eu gosto das minhas coisas tudo organizada e infelizmente eu tô vendo assim tudo fora de ordem, mas por ser obrigada... eu falo que ela auxilia, a nível, vamos supor, às vezes, ele tá sentindo alguma dor, aí ela pega. Ela só não pode pegar pra sair andando com ele, mas ela sentada assim, ela segura enquanto eu tô fazendo as coisas”* (Beatriz, 30 anos, primeiro filho).

Outras pessoas prestaram ajuda, parentes ou não, porém por tempo menor. Carolina e Leandro são os que mais se aproximam do modelo papéis conjugais conjuntos. Eles trabalham juntos como promotores de vendas e o trabalho de ambos foi assumido por Leandro. Contando pouco com a ajuda de suas famílias de origem, o casal mantém uma empregada para a realização das tarefas domésticas.

Encontrar a solução apropriada nem sempre é fácil e possível. O processo de interação envolve lidar com sentimentos e opções disponíveis, bem como com a reelaboração das atitudes que direcionarão a cada momento as ações mais adequadas do ponto de vista de quem as decide (Silva, 1997). A situação ideal, capaz de amenizar a carga física e emocional das mães cangurus, parece ser aquela em que há uma participação efetiva tanto do companheiro quanto dos avós. Uma rede encadeada de maneira a dar apoio também ao pai poderia potencializar a vivência da maternagem (Figura 2).

Conclusão

O MMC traz muitos benefícios ao bebê prematuro e/ou de baixo peso ao nascer, e às famílias. A oportunidade de uma participação efetiva dos pais, desde o início da vida, favorece a criação e o fortalecimento do vínculo, bem como a possibilidade de elaborar arranjos mais favoráveis para o cuidado da criança. Entretanto, o sucesso do Programa Canguru depende não só da vontade da mãe, mas também do apoio de sua rede familiar e de uma equipe de saúde compreensiva. O pai, por sua vez, cada vez mais instigado a participar do cuidado dos filhos, pode não ser capaz de corresponder a essa expectativa, devido aos papéis de gênero que ainda prevalecem na maioria dos casos. Nesse sentido, a rede familiar, em especial os parentes consanguíneos, tem função importante na prática do MMC. Conseqüentemente, o papel da equipe de saúde poderia ser aprimorado por meio do conhecimento da rede familiar relacionada à mãe canguru, planejando, em conjunto com ela, a organização necessária para que a criança receba o cuidado apropriado.

Este estudo aponta alguns aspectos que mereceriam ser considerados no plano de cuidados do bebê canguru: gravidez desejada ou não, perdas em gestações prévias, possibilidades e limitações da participação do pai e de outros membros da família. A realização de pesquisa semelhante em outros locais poderia contribuir para ampliar a compreensão sobre a participação da rede familiar.

Agradecimentos

A Fátima Yukie e Fabiana; a Monique e Luis Eduardo; a Honorina, Luana e Olga (Hospital Geral de ItapetERICA da Serra); aos motoristas Augusto e Valter; a Lúcia e Adriana (Núcleo de Estudos Populacionais – NEPO/Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP), pela colaboração que prestaram durante o planejamento e a prática do projeto. Agradecimento especial ao NEPO/UNICAMP, a Regina Barbosa, às orientadoras Maria Luiza Heilborn, Daniela Knauth e Estela Aquino, assim como a Ceres G. Victora pelas críticas e sugestões valiosas.

Referências

- AFFONSO, D. D.; WAHLBERG, V. & PERSSON, B., 1989. Exploration of mother's reactions to the kangaroo method of prematurity care. *Neonatal Network*, 7:43-51.
- BOTT, E., 1976. *Família e Rede Social*. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves.
- CATTANEO, A.; DAVANZO, R.; UXA, F. & TAMBURLINI, G., 1998. Recommendations for the implementation of kangaroo mother care for low birth weight infants. *Acta Paediatrica*, 87:440-445.
- CHARPAC, N.; RUIZ-PELAEZ, J. G.; FIGUEROA-DE-CALUME, Z. & CHARPAC, Y., 1997. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants \leq 2000 grams: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 100:682-688.
- CHRISTENSSON, K., 1996. Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants. *Acta Paediatrica*, 85:1354-1360.
- KLAUS, M. H. & KENNEL, J. H., 1993. *Pais/Bebê – A Formação do Apego*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- KNAUTH, D., 1997. Maternidade sob o signo da AIDS: Um estudo sobre mulheres infectadas. In: *Direitos Tardios* (A. O. Costa, org.), pp. 40-64, São Paulo: Editora 34.
- LIMA, G.; QUINTERO-ROMERO, S. & CATTANEO, A., 2000. Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil. *Annals of Tropical Paediatrics*, 20:22-26.
- MAUSS, M., 1974. *Sociologia e Antropologia*. v. 2. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária/EDUSP.
- MITJAVILA, M. & ECHEVESTE, L., 1994. Sobre a construção social do discurso médico em torno da maternidade. In: *Alternativas Escassas: Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina* (A. O. Costa & T. Amado, org.), pp. 284-300, São Paulo: Editora 34.
- MS (Ministério da Saúde), 2000. *Portaria nº 693/GM, de 5 de julho de 2000. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru*. <<http://www.saude.gov.br/programas/scrianca>>.
- REA, M. F. & TOMA, T. S., 1997. *Assistência Canguru: Desenvolvimento de um Projeto-Piloto na Cidade de São Paulo e Estudo de Custo-Efetividade*. Relatório Técnico. São Paulo: Instituto de Saúde.
- SÃO PAULO (Estado), 2001. Resolução SS 84, de 24 de julho de 2001. Aprova as "Normas de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru) no Estado de São Paulo" como as rotinas básicas adotadas para o credenciamento no método no Estado de São Paulo e dá outras providências correlatas. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, v. 111, n. 138, p. 20, 25 jul., Seção I.
- SARTI, C. A., 1996. *A Família como Espelho: Um Estudo sobre a Moral dos Pobres*. Campinas: Editora Autores Associados.
- SILVA, I. S., 1997. *Amamentar: Uma Questão de Assumir Riscos ou Garantir Benefícios*. São Paulo: Robe Editorial.
- SLOAN, N. L.; LEON-CAMACHO, L. W.; PINTO-ROJAS, E.; STERN, C. & MATERNIDAD ISIDRO AYORA STUDY TEAM, 1994. Kangaroo mother method: Randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birth-weight infants. *Lancet*, 344:782-785.
- TESSIER, R.; CRISTO, M.; VELEZ, S.; GIRON, M.; FIGUEROA-DE-CALUME, Z.; RUIZ-PELAEZ, J. G.; CHARPAC, Y. & CHARPAC, N., 1998. *Kangaroo Mother Care and the Bonding Hypothesis*. <<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/2/e17>>.
- VASCONCELOS, E. M., 1999. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*, 23: 6-19.
- WHITELAW, A. & SLEATH, K., 1985. Myth of the marsupial mother: Home care of very low birth weight babies in Bogota, Colombia. *Lancet*, 1: 1206-1208.

Recebido em 26 de maio de 2003

Versão final reapresentada em 29 de agosto de 2003

Aprovado em 18 de setembro de 2003