



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

JOISE MAGARÃO QUEIROZ SILVA

**SIGNIFICADO PARA MÃES SOBRE A VIVÊNCIA NO MÉTODO
CANGURU**

**SALVADOR
2014**

JOISE MAGARÃO QUEIROZ SILVA

**SIGNIFICADO PARA MÃES SOBRE A VIVÊNCIA NO MÉTODO
CANGURU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mariza Silva Almeida

Coorientadora: Prof^a Dr^a Mirian Santos Paiva

**SALVADOR
2014**

Ficha Catalográfica elaborada pela BUS – Biblioteca Universitária de Saúde da UFBA

S586 Silva, Joise Magarão Queiroz.
Significado para mães sobre a vivência no método canguru /
Joise Magarão Queiroz Silva. – Salvador, 2014.
81 p.

Orientadora: Profa. Dra. Mariza Silva Almeida.
Co-Orientadora: Profa. Dra. Mirian Santos Paiva.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2014.

1. Cuidados e enfermagem. 2. Método canguru. 3. Prematuros. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem.
II. Almeida, Mariza Silva. III. Paiva, Mirian Santos. IV. Título.

CDU - 616-083

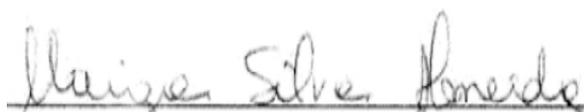
JOISE MAGARÃO QUEIROZ SILVA

SIGNIFICADO PARA MÃES SOBRE A VIVÊNCIA NO MÉTODO CANGURU

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”. Linha de pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde.

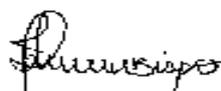
Aprovada em 26 de junho de 2014

BANCA EXAMINADORA



Mariza Silva Almeida

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia



Tânia Christiane Ferreira Bispo

Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade do Estado da Bahia



Edméia de Almeida Coelho

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia



Isa Maria Nunes

Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

A meu filho, **José Eduardo**, que sempre foi minha motivação e inspiração para continuar estudando.

A meu esposo, **Paulo Eduardo**, que esteve presente em todos os momentos, me motivando e me dando forças para continuar.

A minha avó materna, **Maria de Lourdes** (*in memoriam*), que sempre acreditou em minha capacidade, mesmo convivendo tão pouco tempo juntas, sempre dizia que eu teria um futuro brilhante, de quem herdei a determinação e coragem para vencer as dificuldades e conservar os princípios religiosos e a fé em Deus.

A minha mãe, **Lucia Maria**, pela dedicação, pela confiança sempre depositada em mim, pelo carinho e amor demonstrados em todos os momentos.

A meu pai, **Walney Ferreira**, pelo carinho, dedicação e confiança depositada.

A meu tio, **Paulo Magarão**, pelo incentivo e confiança que sempre depositou em mim.

A minha sogra **Maria**, sogro **José**, cunhadas **Eliene e Eliane**, cunhados **Elias e Renato**, padrasto **Carlos Barbosa** e irmãos **Carla Lucia e Carlos** pela certeza das vitórias na vida, pelo carinho e palavras de incentivo.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial a Deus pela grande misericórdia e bondade, sem a qual não teria feito nada. Tudo que conquistei foi por intermédio do meu Deus, a quem devo minha vida e tudo que sou.

À minha querida família pelo apoio, orações e motivação para continuar estudando.

À Dra Mariza Silva Almeida, minha orientadora, pela paciência, incentivo e grande papel desenvolvido, sempre disposta, coerente e muito ética. Posso dizer que seu papel foi fundamental para construção desta dissertação e da pessoa que me tornei ao longo desta caminhada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), pelo financiamento de bolsa por seis meses e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (**FAPESB**), pelo financiamento de bolsa por mais seis meses.

Aos membros da banca: Dra. Tânia Christiane Ferreira Bispo, Dra. Edméia de Almeida Coelho, Dra. Isa Maria Nunes, pelo carinho e aceitação em participar da banca deste trabalho.

À Coordenação e a todos os professores da Pós-graduação da Escola de Enfermagem que contribuíram para o meu amadurecimento e aprimoramento profissional.

À professora e amiga Patricia Figueiredo Marques, pelo carinho, incentivo, disponibilidade e pelas contribuições na minha carreira acadêmica desde a graduação.

À professora Ridalva, pelo carinho e contribuições ofertadas neste estudo.

Aos funcionários da Pós-graduação, pela paciência e tranquilidade na condução dos seus serviços.

Às colegas do mestrado, Andréia Mendes, Andréia Lorena, Leonildo e os demais pelo companheirismo, trocas e momentos especiais que passamos juntos.

Às graduandas, Yasmim Gurgel e Noemy Cruz, pela participação e contribuições na pesquisa.

Às mulheres e mães participantes do estudo, pela grande contribuição e disponibilidade em participarem deste estudo.

Às Instituições que permitiram o desenvolvimento deste estudo.

SILVA, Joise Magarão Queiroz. **Significado para Mães sobre a Vivência no Método Canguru**. 2014. 81 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

RESUMO

A assistência e os cuidados neonatais associados ao Método Canguru reforçam seu valor para a sobrevivência e a redução da morbidade dos neonatos. Nesse ambiente, acreditamos que a observância das questões individuais que possam facilitar ou atender às necessidades singulares de cada mãe são elementos primordiais para a autodeterminação e autonomia, importantes para a sua demanda como cidadã. Tendo como objeto o significado para as mães da sua vivência no Método Canguru, passamos a nos questionar: Que significado tem para a mãe a sua vivência no Método Canguru? Para responder a esse questionamento, este estudo tem o objetivo de analisar o significado da vivência para mães no Método Canguru. Partimos do pressuposto de que, diante da construção sociocultural direcionada ao amor materno, as mães mesmo sentindo dificuldade para permanecerem durante as 24h, na enfermaria, por longo período de tempo, atendendo aos objetivos previstos para o Método Canguru se mantêm, na maioria das vezes, sem reclamar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e de caráter exploratório e descritivo, desenvolvida em duas Instituições públicas da cidade de Salvador–Bahia. Participaram desta pesquisa 19 mães, sendo que 10 na Instituição A e 09 na Instituição B, respeitando os aspectos éticos e legais da Resolução 466/2012. A produção do material empírico deu-se em três momentos: mediante a realização de observação participante, oficinas de reflexão e entrevistas individuais. Para operacionalizar a técnica e tratar as informações coletadas, optamos por utilizar a análise de conteúdo, modalidade temática, norteadas por Bardin. Nesse contexto, o significado da vivência para mães nesse método configura-se em quatro categorias: Significado da vivência no Método Canguru; aprendizagem para a continuidade do cuidado no domicílio; dificuldades para vivência e convivência no MC; atendendo às construções sociais na vivência do MC. Os depoimentos confirmaram a importância desse método para o preparo das mães na aquisição de autonomia e experiências no cuidado do(a) RN e relataram que enfrentaram dificuldades em se ausentarem dos outros filhos e do marido para permanecerem na Unidade Canguru 24 horas ininterruptamente; deixando explícitas as questões de gênero relacionadas ao papel de mãe e dona de casa. Ressaltamos a importância que tem a equipe de saúde ao proporcionar um ambiente o mais acolhedor possível; o entendimento singular de cada necessidade verbalizada, assim como os encaminhamentos necessários para possível solução das intercorrências com vistas à promoção do bem-estar da mulher e o cumprimento dos objetivos do método. Nesse processo, os(as) profissionais de saúde e gestores institucionais poderão contribuir no atendimento aos objetivos do método mediante a reflexão e busca de estratégias que atendam aos objetivos desse método e reduzam a angústia e o sofrimento de mães internadas com seus(as) filhos(as). Consideramos ser importante a implementação de mudanças com vistas ao acolhimento e empoderamento das mulheres em relação aos seus direitos como cidadã, preservando a humanização do cuidado sem se afastar dos objetivos do Método Canguru.

Palavras-chave: Método Canguru, cuidado e enfermagem, prematuridade.

SILVA, Joise Magarão Queiroz. **Significado para Mães sobre a Vivência no Método Canguru**. 2014. 81 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

ABSTRACT

The assistance and associated neonatal Kangaroo Care Method enhance value to the survival and the reduction of morbidity in neonates. In this environment, we believe that compliance with the individual issues that may facilitate or meet the unique needs of each parent are key elements of self-determination and autonomy, important to their citizen demands. Having the significance of mothers in the Kangaroo Method as an objective, we ask ourselves: how significant is a mother's experience in the Kangaroo Method? To answer this question, this study aims to examine the significance of experiences for mothers in the Kangaroo Method. We assume that, given the sociocultural construction targeted to maternal love, even mothers that find it difficult to remain during 24h, hospitalized for a long period of time, still meet the goals set out for the Kangaroo Method for the most part, without complaining. This is a qualitative research and descriptive exploratory study conducted in two public institutions of the city of Salvador, Bahia. 19 mothers participated in this study, with 10 in institution A and 09 in institution B, respecting the ethical and legal aspects of Resolution 466/2012. The production of empirical material took place in three stages: through participant observation, reflection workshops and individual interviews. To operationalize the technique and process the information collected, we chose to use the analysis of thematic content, guided by Bardin. In this context, the meaning of the experience for mothers in this method takes place in four categories: Meaning of living in the Kangaroo Method; learning for continuing care at home; difficulties in coexistence and experiences in the MC; meeting social constructs in living the MC. The testimony which confirmed the importance of this method for the preparation of mothers in the acquisition of autonomy and experience in the care of (a) RN and reported that they encountered difficulties in the absence of their other children and husband, having to remain in the kangaroo unit for 24 hours uninterruptedly; leaving explicit gender issues related to the role of mother and housewife. We stress the importance that the health team has to provide the most welcoming environment possible; understanding each unique expressed need as well as the necessary referrals for possible solutions of complications with a view to promoting the welfare of women and the achievement of the objectives of the method. In the process, (the) health professionals and institutional managers can contribute in meeting the goals of the method through reflection and search for strategies that meet the goals of this method and reduce the anguish and suffering of hospitalized mothers with (the) children (as). We consider it important to implement changes in order to empower women in relation to their rights as a citizen preserving the humanization of care without forgetting the objectives of Kangaroo Care.

Keywords: Kangaroo, care and nursing, prematurity.

SILVA, Joise Magarão Queiroz. **Significado para Mães sobre a Vivência no Método Canguru**. 2014. 81 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

RESUMEN

La asistencia y el método madre canguro neonatal asociada para mejorar su valor para la supervivencia y reducir la morbilidad en los recién nacidos. En este entorno, creemos que el cumplimiento de las cuestiones individuales que pueden facilitar o satisfacer las necesidades únicas de cada padre son elementos principal de la libre determinación y autonomía, importantes para su demanda como ciudadano. Teniendo como objeto el significado para las madres de su experiencia en método cangaro, nos preguntamos: ¿Qué significa para la madre a su experiencia en el método canguro? Para responder a esta pregunta este estudio tiene como objetivo examinar el significado de las experiencias de las madres en el Cuidado Canguro. Suponemos que, dada la construcción sociocultural dirigido através del amor maternal, incluso las madres que sienten dificultad para permanecer durante 24 horas, hospitalizado por un largo período de tiempo, el cumplimiento de los objetivos establecidos para el método canguro permanece, en su mayor parte, sin quejarse. Se trata de una investigación cualitativa y el estudio exploratorio descriptivo realizado en dos instituciones públicas de la ciudad de Salvador, Bahia. 19 madres participaron en este estudio, con 10 en la institución A y 09 B de la institución respetando los aspectos éticos y legales de la Resolución 466/2012. La producción de material empírico se llevó a cabo en tres etapas: a través de la observación participante, talleres de reflexión y entrevistas individuales. Para operacionalizar la técnica y procesar la información recopilada, se optó por utilizar el análisis de contenido temático, guiada por Bardin. En este contexto, el significado de la experiencia de las madres en este método, establece en cuatro categorías: Significado de la vida en el método canguro; aprendizaje para continuar el cuidado en el hogar; dificultades en la coexistencia de MC; el cumplimiento de las construcciones sociales en que vive el testimonio MC. Os confirmó la importancia de este método para la preparación de las madres en la adquisición de la autonomía y la experiencia en el cuidado de (a) RN e informó que se encontraron con dificultades están ausentes de los otros hijos y mi marido a permanecer Canguro en la unidad 24 del día; dejando las cuestiones de género explícitas relacionadas con el papel de madre y ama de casa. Hacemos hincapié en la importancia de que el equipo de salud tiene que proporcionar un entorno más acogedor posible; entender las necesidades únicas de cada verbalizado así como las referencias necesarias para la posible solución de complicaciones con el fin de promover el bienestar de la mujer y el logro de los objetivos del método. En el proceso, (las) profesionales de la salud y gestores institucionales pueden contribuir en el cumplimiento de los objetivos del método a través de la reflexión y la búsqueda de estrategias que respondan a los objetivos de este método y reducir la angustia y el sufrimiento de las madres hospitalizadas con (las) niños (as). Consideramos importante que se apliquen los cambios con el fin de alojar y empoderamiento de las mujeres en relación con sus derechos como ciudadano preservar la humanización de la atención sin apartarse de los objetivos del cuidado canguro.

Palabras clave: Canguro, y la atención de enfermería, la prematuridad.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento
BPN	Baixo peso ao nascer
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMIP	Instituto Materno-Infantil
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MC	Método Canguru
NV	Nascido Vivo
OMS	Organização Mundial da Saúde
PT	Pré-termo
RA	Reprodução Assistida
RN	Recém-nascido
RNBP	Recém-nascido de baixo peso ao nascer
RNMBP	Recém-nascido de muito baixo peso ao nascer
RNMMBP	Recém-nascido de muitíssimo baixo peso ao nascer
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Librery Online</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 PREMATURIDADE E O MÉTODO CANGURU	17
2.2 CUIDADO DE ENFERMAGEM A PREMATUROS	23
2.3 O SIGNIFICADO DO SER MÃE	26
3 MÉTODO	30
3.1 TIPO DE ESTUDO	30
3.1.2 LOCAL DA PESQUISA	31
3.1.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	31
3.1.4 ASPECTOS ÉTICOS	33
3.1.5 TÉCNICAS/INSTRUMENTOS E PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	34
3.1.5.1 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	34
3.1.5.2 OFICINAS	35
3.1.5.3 ENTREVISTAS	37
3.1.6 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	38
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E OBSTÉTRICA DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	40
4.2 SIGNIFICADO DA VIVÊNCIA NO MÉTODO CANGURU	42
4.3 APRENDIZAGEM PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO NO DOMICÍLIO	47
4.4 DIFICULDADES DA VIVÊNCIA NO MÉTODO CANGURU	50
4.4.1 AMBIVALÊNCIA DO SER HUMANO	
4.5 ATENDENDO ÀS CONSTRUÇÕES SOCIAIS NA VIVÊNCIA DO MC	57
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	71
APÊNDICE A- Informações às participantes da pesquisa	71
APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE	73
APÊNDICE C- Roteiro de Entrevista Semidirigida	74
APÊNDICE D- Roteiro de Oficina	76
ANEXOS	78

ANEXO A Autorização da diretora da Instituição A	79
ANEXO B Autorização da diretora da Instituição B	80
ANEXO C Parecer do comitê de ética em pesquisa	81

1 INTRODUÇÃO

Anualmente, em todo o mundo nascem cerca de 20 milhões de crianças pré-termo e/ou de baixo peso, e um terço delas morre antes de completar um ano de vida. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, houve um aumento proporcional do número de nascidos vivos - NV com baixo peso ao nascer, no período de 2000 a 2004 (BRASIL, 2009).

Além dessa constatação, vem sendo registrado o aumento da incidência da prematuridade e do baixo peso ao nascer em capitais e cidades de maior porte no país, sendo o nascimento pré-termo considerado um dos fatores determinantes para a mortalidade neonatal. No Brasil, no ano de 2008, 6,7% dos NV foram pré-termo, variando entre 4,8% e 7,7%, nas regiões Norte e Sudeste, respectivamente. Neste aspecto, o Ministério da Saúde do Brasil relaciona esse aumento às taxas crescentes de cesarianas programadas com interrupção indevida da gravidez, sem justificativa obstétrica, tendo como consequência o aumento do risco de morte infantil e perinatal (BRASIL, 2011a).

Nos últimos 25 anos, as mudanças tecnológicas reprodutivas que possibilitam a fecundação tiveram um impacto grande para a saúde materna e neonatal. Os avanços tecnológicos e a própria clonagem permitiram o aperfeiçoamento das técnicas de reprodução assistida (RA), aumentaram as chances do desenvolvimento da gestação e, com isso, o surgimento de adversidades e grandes conquistas (GRANER, FARIAS, BARROS, 2011).

Sabemos que as técnicas de RA influenciam nos resultados neonatais, principalmente por propiciarem a essas gestações um alto índice de nascimentos prematuros, o que aumenta as complicações neonatais, além disso, tem-se a doença hipertensiva específica da gravidez que resulta, muitas vezes, em nascimento de RN prematuros, restrição de crescimento intrauterino e a sepse (GRANER, FARIAS, BARROS, 2011).

Além dessas intercorrências, os avanços tecnológicos como a RA, ao permitir a realização do sonho de ser mãe e pai, para algumas mulheres e homens que não podiam ter filhos, levam ao sucesso alcançado que pode resultar, muitas vezes, em nascimento inesperado, como o pré-termo, a gemelaridade e outra complicação gestacional que resultam num empreendimento de alto custo.

Estudos mostram que o nascimento de um(a) recém-nascido(a)-RN prematuro pode representar um momento de crise para a família e resultar em desequilíbrio e/ou desajuste familiar, com reflexo na incapacidade temporária da mãe e do pai em tomarem decisão ou responderem adequadamente às demandas. De modo geral, esta situação pode provocar medo,

dor, tristeza e constrangimento (BRASIL, 2011c; ELEOTÉRIO et al., 2008).

A gravidez saudável, livre de complicações, e a vivência de um parto tranquilo com o nascimento de um(a) RN normal é o desejo da mulher, família e de profissionais envolvidos(as) na assistência. A ocorrência de alterações, no transcorrer deste processo, pode resultar em risco para a mulher e RN, o que por sua vez pode influenciar na formação do vínculo afetivo entre mãe, RN e família (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

Nesse contexto, o acolhimento a essa família, por parte dos(as) profissionais de saúde, é de fundamental importância ao contribuir para estreitar o laço afetivo entre pais/mães/filhos(as) que, além de ajudar no restabelecimento do equilíbrio familiar, é fator relevante para o desenvolvimento do(a) RN prematuro e/ou com baixo peso ao nascer.

O número elevado de nascimentos prematuros e de baixo peso e a necessidade de suporte aos(as) profissionais de saúde conduziram o Ministério da Saúde a apoiar e padronizar ações nas unidades neonatais, lançando em 05/07/2000, a Norma de Atenção Humanizada ao(a) RN de Baixo Peso. Além dessa norma, tem relevância o Método Canguru-MC, que visa a contribuir para mudanças na postura profissional, com vista à humanização da assistência ao(a) RN (BRASIL, 2011c).

Para sua efetividade, faz-se necessário que os(as) profissionais de saúde que atuam no Método Canguru conheçam em profundidade os passos, objetivos e ações assistenciais e de cuidados que envolvem esse método, incluindo desde o preparo precoce da genitora para o cuidado com seu(sua) RN; o favorecimento do contato entre mãe e RN; a contribuição para aumentar o vínculo afetivo entre este(a) e a genitora; a promoção da estabilidade térmica e outros cuidados contributivos para o melhor desenvolvimento do RN.

A versão brasileira do Método Canguru, inicialmente idealizado na Colômbia em 1979, constituiu uma mudança do paradigma da atenção perinatal e uma associação entre humanização e avanços tecnológicos. Na sua operacionalização, este método começa numa fase prévia ao nascimento do(a) RN pré-termo e/ou de baixo peso, com a identificação precoce das gestantes de risco. Sua ação consiste em manter o(a) RN de baixo peso, em contato pele a pele, na posição vertical junto ao tórax da mãe, pai ou outro familiar, de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial de uma equipe de saúde adequadamente treinada (BRASIL, 2011c).

Dirigido exclusivamente para gestantes em situações clínicas ou obstétricas de risco para nascimento de RN prematuro e/ou de baixo peso, esse método é recomendado desde o momento da admissão na Unidade Neonatal até a alta hospitalar, e após a alta, quando os(as)

RNs deverão ser acompanhados por uma equipe multiprofissional em ambulatório especializado.

Dentre as vantagens desse método, tem destaque, além do aumento do vínculo, menor tempo de separação entre mãe-filho(a), o que evita longos períodos sem estimulação sensorial; contribui no estímulo ao aleitamento materno, o que favorece a frequência, precocidade e duração da mamada; maior segurança, confiança e competência da mãe e/ou do pai no cuidado de seu(sua) filho(a) mesmo após a alta hospitalar; melhor controle térmico; menor número de RN em unidades de cuidados intermediários, devido à maior rotatividade de leitos; melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; diminuição da infecção hospitalar e menor permanência hospitalar (BRASIL, 2011c).

Além dessas vantagens, Morais (2008) reforça a importância do pai e da mãe receberem orientações dos(as) profissionais de saúde sobre sua importante participação no cuidado de seu(sua) filho(a), ao colaborar com o desenvolvimento biopsicossocial, proporcionando a formação e o fortalecimento do vínculo afetivo entre o(a) RN(a), a mãe, o pai e a família.

Ademais, as ações/atividades que compõem esse método se constituem em estratégia essencial para mudança institucional na busca da atenção à saúde centrada na humanização da assistência e no princípio da integralidade do cuidado, ao objetivar a promoção do cuidado ao (a)RN, além de servir como suporte e apoio familiar, mediante informações e orientações específicas.

Furlan e colaboradores (2003) complementam que cada etapa do método tem o objetivo de dar subsídios que assegurem à mãe condições para o desenvolvimento do vínculo, promovendo sua capacitação para o cuidado com o(a) filho(a), o que favorecerá a ligação afetiva entre esta e o(a) filho(a) e contribuirá para uma melhor adaptação da família à unidade de tratamento intensivo, com reflexo na melhoria das condições de saúde da criança.

No levantamento da produção bibliográfica realizada nos últimos 5 anos nos periódicos nacionais em base de dados do SCIELO sobre esse método, utilizando como descritor Método Canguru/Método Mãe Canguru, identificamos 13 artigos que abordavam sobre a maternidade prematura, atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso; Método Canguru e cuidado centrado na família e aleitamento materno; avaliação dos resultados neonatais do Método Canguru no Brasil.

Na base de dados do LILACS no mesmo período, encontramos 11 artigos, com temas

variados desde os efeitos do Método Canguru nos sinais vitais de RN prematuros, desmame precoce, banho humanizado, vivência de mães em alojamento conjunto até modelos de assistência neonatal. Os cinco artigos encontrados na base de dados MEDLINE abordavam questões relativas a relações mãe-filho, aleitamento materno, cuidados pós-natal, recém-nascido de baixo peso e doenças do prematuro (HENNIG et al., 2010; LAMY et al., 2008; ALMEIDA et al., 2010).

Embora tenhamos encontrado uma considerável produção sobre essa temática, identificamos poucos estudos que expressassem a voz das mulheres que vivenciaram/vivenciam o Método Canguru (ELEOTÉRIO et al., 2008; NEVES et al., 2010).

A experiência durante a especialização em neonatologia e como enfermeira assistencial em uma unidade Neonatal com Método Canguru nos motivou a estudar esse tema a partir da inquietação com a longa permanência das mães na enfermaria onde se aplica o Método Canguru. Essas ficavam afastadas de suas casas, de outros filhos(as), do companheiro, convivendo com uma realidade desconhecida e, muitas vezes, permeada pela angústia, ansiedade, incertezas e outros sentimentos, numa espécie de “confinamento” involuntário, tendo essas, muitas vezes, necessidade de permanecer por um período superior a 30 dias.

Acreditamos que a tomada de conhecimento da vivência das mães no Método Canguru poderá contribuir para ampliar o entendimento das pessoas que estão envolvidas direta e indiretamente com as questões, aspectos e o modo como cada mulher interage com as ações e atividades relacionadas a esse método. A partir de então, será possível pensar em estratégias que atendam aos objetivos propostos e às necessidades das mães e famílias que têm filhos(as) que necessitam do Método Canguru.

Este estudo também poderá contribuir, portanto, para aumentar o conhecimento em relação à funcionalidade, aos limites e às possibilidades de atenção/cuidados prestados por essa unidade a partir do que foi expresso por essas mulheres, o que possibilitará a reflexão dos(das) profissionais de saúde e dos(as) gestores(as) dessas unidades, com vistas à manutenção ou mudanças das rotinas de funcionamento, para o alcance dos objetivos do MC e satisfação das pessoas envolvidas de modo direto e indireto.

Não podemos negar a importância do MC, contudo temos de reconhecer que é desgastante para a mãe não só do ponto de vista físico, mas, também, emocional, a sua permanência contínua na unidade. Acreditamos que deveria ser dada às mães a opção de

escolha de permanecerem 24h ininterruptamente e àquelas que não quisessem ou não pudessem ficar durante esse período, caberia ao serviço a “garantia” do acompanhamento e dos cuidados a essa(e) RN. Esta reflexão encontra apoio na afirmativa de Arivabene e Tyrrell (2010, p.134) no resultado do seu estudo, ao dizerem que,

[...] as mães explicaram não medir esforços para atender as necessidades dos bebês. Entende-se a aflição vivenciada por muitas dessas mulheres/mães ao abandonar os outros filhos, marido e emprego ou o estudo, para se dedicarem quase que exclusivamente aos cuidados com o bebê prematuro, podendo assim, abandonar seu papel da mulher, trabalhadora ou esposa. Tal situação poderá propiciar às mães e aos familiares um estado de vulnerabilidade e ocorrência de distúrbios sociais, culturais, econômicos, dentre outros [...]

Partimos do pressuposto de que, diante da construção sociocultural direcionada ao amor materno, as mães mesmo sentindo dificuldade para permanecerem durante as 24h, portanto, por longo período de tempo, na enfermaria, atendem, de certo modo, à construção social que envolve a maternagem e aos objetivos do Método Canguru sem reclamar. Essa questão associada às vantagens reconhecidas do MC contribui para que as mães sintam que têm obrigação compulsória dessa permanência além da cobrança que reforçam essa permanência que recebem de outras pessoas como o marido, a sogra, mãe e profissionais de saúde.

Além das cobranças e diante da necessidade de se ausentar da unidade, a mãe corre o risco de perder a vaga na enfermaria, de não ter leito vago para o(a) RN na UTIN, ou mesmo por não ter alguém que cuide de sua criança na enfermaria durante sua ausência, o que por sua vez prejudicará a continuidade dos cuidados e o andamento do MC.

A assistência e cuidados neonatais associados ao MC reforçam seu valor para a sobrevivência e a redução da morbidade dos neonatos. Acreditamos, contudo, que a observância das questões individuais que possam facilitar ou atender às necessidades singulares de cada mãe são elementos primordiais para a autodeterminação e autonomia, importantes para o alcance da cidadania.

Tendo como objeto o significado para as mães sobre sua vivência no Método Canguru, e diante da problemática apresentada passamos a nos questionar: Que significado tem para as mães a sua vivência no Método Canguru? Para responder a este questionamento, este estudo tem o objetivo de analisar o significado da vivência de mães no Método Canguru.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PREMATURIDADE E O MÉTODO CANGURU

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), prematuro é todo nascimento ocorrido antes das 37 semanas gestacionais, que inclui grupos distintos como os(as) recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer (peso inferior a 1.500 gramas), e os(as) recém-nascidos de peso extremamente baixo ao nascer (peso inferior a 1.000 gramas) (MARGOTO, MOREIRA, 2011).

A classificação dos prematuros considera a idade gestacional, o peso ao nascer e/ou relação entre idade gestacional e o peso. Utilizando o peso como parâmetro, o prematuro pode ser classificado como de baixo peso ao nascer (RNBP) que tem peso entre 1.501 e 2.500 gramas; recém-nascido(a) de muito baixo peso (RNMBP) com peso entre 1.000 e 1.500 gramas e recém-nascido(a) de muitíssimo baixo peso (RNMMBP) com peso inferior a 1.000 gramas (MARGOTO, MOREIRA, 2011).

A classificação de prematuros, segundo a idade gestacional, agrupa-se em três categorias: prematuro limítrofe- com idade gestacional entre 35 e 36 semanas; prematuro moderado- entre 30 e 34 semanas; e prematuro extremo, com idade gestacional abaixo de 30 semanas (MARGOTO, MOREIRA, 2011).

Existe a necessidade de adaptação ao meio extrauterino dos(as) RNs Pré-termo (PT) e de Baixo Peso ao Nascer (BPN) embasada nas características anatomofisiológicas singulares, frente aos aspectos biológicos, sociais e psicológicos. Assim, esses necessitam de uma assistência atenta e competente, com suporte técnico e social adequado para facilitar essa adaptação que deve ser iniciada durante sua hospitalização e dando continuidade após a alta hospitalar (VIEIRA, MELO, 2009).

A adaptação desses(as) RNs geralmente ocorre em uma UTI Neonatal ou Berçário de médio e alto risco, denominados em algumas instituições, às quais devem contar com suporte tecnológico e uma equipe de saúde preparada para o recebimento do(a) RN e seu acompanhamento.

O investimento nessa adaptação vem se dando desde os fins do século XIX, com as primeiras instalações de berçários, voltadas para o atendimento de prematuros e ampliando-se

aos(às) demais RNs no início do século XX. A finalidade desses berçários era manter a termorregulação dos(as) RNs, alimentá-los através de técnicas cuidadosas e protegê-los(as) de infecções através do isolamento. Progressivamente, ao longo dos anos, os berçários foram transformando-se em Unidades de Internação Neonatal e em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (KAMANDA et al., 2003).

Alguns estudos destacam que os avanços nos cuidados neonatais e perinatais têm levado a um aumento na sobrevivência de RN, porém que há necessidade de um atendimento diferenciado, principalmente para os(as) RN prematuros extremos, uma vez que esses apresentam maior vulnerabilidade em relação às alterações no seu desenvolvimento, podendo significar uma sequela permanente (CASTRO et al., 2007; SANTANA et al., 2013).

Diante desse achado, cabe aos(às) profissionais de saúde uma atuação responsável, criteriosa, singular e com mais flexibilidade, associada ao preparo técnico-científico adequado, com foco na humanização e na qualidade da assistência aos(às) RNs e à família.

As dificuldades apresentadas pelo(a) RN prematuro e por sua família são desencadeadas pela separação precoce e prolongada, determinada pelo parto pré-termo e que necessita, na maioria das vezes, de tratamento intensivo. Tais problemas podem ser atenuados pelo vínculo afetivo entre o(a) RN e sua mãe, o que se torna difícil quando o(a) RN permanece por longo tempo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (COSTA, KLOCK, LOCKS, 2012).

Importante destacar que essa situação pode ser atenuada com ajuda da equipe multiprofissional, na qual se insere a enfermeira(o) que mantém contato mais prolongado com a mãe e família. Diante da situação em que se encontra a mãe e familiares, é recomendado que o processo de escuta seja de modo sensível seguido de orientação adequada a cada situação, o que contribuirá para facilitar a interação da mãe, pai e família com o(a)RN dentre outras questões relativas à permanência da mãe e do(a) RN no Método Canguru- MC.

A implantação no Brasil do MC teve início em 1997, no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), com a “Enfermaria Canguru”. Tal iniciativa foi incluída entre as finalistas do concurso de projeto social intitulado “Gestão Pública e Cidadania”, realizado pela Fundação Ford e Fundação Getúlio Vargas, com apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Esse método já vinha sendo adotado previamente pelo Hospital Estadual Guilherme Álvaro em Santos-SP, desde 1991, em uma pequena enfermaria para alojamento mãe-recém-nascido(a) (LAMY et al., 2006).

A ampliação desse método foi alcançada com a implantação em 1999 da Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, por intermédio da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde - MS, como parte das ações de humanização da assistência à criança, à família e aos cuidadores, respeitando suas características e individualidades (LAMY et al., 2008).

Esse método é visto como um importante instrumento de intervenção, para a construção do vínculo, ao possibilitar a mãe ter seu(sua) RN junto ao seu corpo, criando espaço para uma reconstrução rítmica dessa díade. Possibilita, portanto, o resgate de um tempo interrompido da mãe e do(a) RN, quando do nascimento antecipado (MOREIRA et al., 2009).

O Ministério da Saúde do Brasil o considera como um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. Deve ser iniciado de forma crescente e precoce, envolvendo o contato pele a pele que progressivamente evolui até a posição canguru, por livre escolha da família, pelo tempo considerado prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação da mãe, do pai e da família nos cuidados neonatais (BRASIL, 2011c).

De modo geral, na prática é observado que as mães são obrigadas a permanecer o tempo integral na enfermaria ao lado da sua criança. Muitas delas, quando precisam sair para resolver algo de sua vida pessoal fora do âmbito hospitalar, precisam deixar o pai da criança ou outro membro da família no seu lugar. Diante da impossibilidade, é necessário que tenha vaga na UTI Neonatal para deixar a criança durante sua ausência a qual se dará mediante autorização do médico(a) assistente, enfermeira(o) e assistente social.

Operacionalmente o método se dá em três etapas: a primeira se inicia no pré-natal, diante da gestação de alto risco após o nascimento, seguida da internação do(a) RN na Unidade Neonatal. São passos fundamentais para a aplicação do método: acolher a mãe, o pai e os demais familiares na unidade neonatal; não sobrecarregar com muitas informações; esclarecer sobre as condições de saúde do RN, e sobre os cuidados a ele(a) dispensados, a equipe, as rotinas e o funcionamento da unidade neonatal, de acordo com as demandas e necessidades; estimular o acesso livre e precoce à UTIN, sem restrições de horário e tempo de permanência; garantir que a primeira visita seja acompanhada por alguém da equipe de saúde; propiciar aproximação progressiva, facilitando o toque, os cuidados e o contato pele a pele (BRASIL, 2011b).

Ainda nesta 1ª etapa, é importante oferecer suporte e orientação para a amamentação ou para a ordenha de leite; estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas; assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem-estar do(a) RN; facilitar à mãe e ao pai o reconhecimento das peculiaridades do seu (sua)RN e de suas competências; garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias após o parto, oferecendo suporte assistencial necessário; diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos, garantindo ao(a) RN medidas de proteção contra o estresse (BRASIL, 2011a).

Nessa etapa, faz-se necessário o posicionamento adequado do(a) RN e medidas contra dor, propiciando maior conforto, organização no leito e melhor padrão de sono, favorecendo assim o seu desenvolvimento; executar procedimentos como pesagem, higiene, aspiração de tubo orotraqueal e punções, buscando a organização e o bem-estar do(a) RN. A mãe e o pai, se desejarem, podem dar uma importante ajuda; garantir cadeira adequada para a mãe e espaço que permita seu descanso; desenvolver oficinas e outras atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e/ou voluntários (BRASIL, 2011b).

Nessa fase, a estimulação da mãe e do pai para manter contato com seu(sua) filho(a) é muito importante. Sempre que possível, essa(e) pode realizar o contato tátil, como uma etapa para a criação do vínculo entre mãe, pai e familiar e o(a) RN prematuro.

Na segunda etapa, faz-se necessário que haja estabilidade clínica do(a) RN, que o(a) mesmo(a) esteja com nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo) e peso mínimo de 1.250g. Para a mãe, é imprescindível o desejo de participar, a disponibilidade de tempo e a existência de uma rede social de apoio, além do consenso entre mãe, pai, familiar e profissionais de saúde.

Nessa etapa, dentre as recomendações importantes, inclui-se tempo ilimitado na posição canguru; oferecer ajuda para que a mãe sinta-se segura tanto no posicionamento do(a) RN quanto na possível identificação de sinais de alerta; certificar-se de que a posição canguru traz prazer e satisfação para a criança e para a mãe; disponibilizar berço, com possibilidade de elevação da cabeceira, para os momentos em que a mãe e a equipe de saúde entenderem necessário; estimular a participação do pai; não obrigar a permanência da mãe na unidade durante toda a internação do RN, permitindo que ela saia do hospital, com direito a retornar quando possível; permitir acesso dos irmãos e avós; oferecer todo suporte necessário para o sucesso do aleitamento materno-AM; desenvolver ações educativas que preparem a mãe para

os cuidados com o(a) RN no domicílio (BRASIL, 2011b).

A equipe de saúde deve avaliar as necessidades de cada puérpera antes de participação na segunda etapa. Algumas mães podem não estar preparadas, ou podem não ter disponibilidade para permanecer no hospital naquele momento. Nesses casos, o(a) RN deverá receber cuidados tradicionais enquanto a família se organiza. Dependendo da situação, pode-se negociar, por exemplo, que a mãe fique à noite enquanto o pai está em casa, e saia pela manhã; ou algum outro arranjo que atenda às necessidades individuais. Nesse esquema alternativo, a mãe permanece apenas uma parte do dia com o seu(sua) RN. Entretanto, independentemente do tempo de permanência, a sua presença deve ser em tempo integral nos dias que antecedem a alta hospitalar (BRASIL, 2011b).

A alta da segunda etapa representa a alta hospitalar, mas não do MC, o qual deverá ter continuidade em casa, com acompanhamento ambulatorial. A decisão da alta deve ser sempre compartilhada entre a equipe, a mãe, o pai e a rede familiar e/ou social, e atender aos seguintes critérios: mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada, e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do(a) RN; compromisso materno e familiar para a realização da posição canguru pelo maior tempo possível; peso mínimo de 1.600g; ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta; sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família capacitadas para realizar a complementação (BRASIL, 2011b, c).

A terceira etapa do MC tem início com a alta hospitalar, sendo necessária a utilização da posição canguru e no acompanhamento do(a) RN pela equipe que o assistiu durante a internação até que alcance o peso de 2.500g. Essa etapa não deve estar restrita à existência de um ambulatório de seguimento (*follow up*) e deve ser realizada em todas as unidades que utilizam o MC. Após a alta da terceira etapa, o(a) RN deve ser encaminhado para o ambulatório de seguimento na própria unidade ou em outra que seja sua referência.

Nesta etapa, além do acompanhamento especializado na unidade hospitalar de origem, é muito importante o acompanhamento nas unidades básicas de saúde e no domicílio, pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família- ESF que devem receber apoio para essa atuação. A equipe hospitalar, muitas vezes, não consegue garantir que o método seja realizado no âmbito domiciliar, o que torna necessário a parceria com os agentes comunitários e com médicos(as) e enfermeiras(os) da ESF, o que pode significar um grande passo nessa direção (BRASIL, 2011b, c).

Consideramos de suma importância reforçar que a posição canguru deve ser utilizada

pelo maior tempo possível. Caso o pai e mãe desejem, podem eleger outra pessoa da família para ajudar, especialmente a avó. Ressalta-se que muitas das atividades cotidianas podem ser realizadas com o(a) RN em posição canguru. Alguma recomendação importante para esta etapa inclui o acompanhamento ambulatorial assegurado até que a criança atinja o peso de 2.500g, na unidade na qual esteve internada; orientar o primeiro retorno até 72 horas após a alta e os demais no mínimo uma vez por semana. Essa frequência pode ser adaptada às condições clínicas do(a) RN e ao grau de integração e suporte oferecidos pelas equipes da ESF; a garantia da reinternação na unidade hospitalar de origem a qualquer momento, se necessário, até a alta da terceira etapa (BRASIL, 2011b, c).

A falta do companheiro ou a ausência da família, para compartilhar com a mãe e pai, exige que a equipe de saúde encontre formas de dar suporte neste período. É fundamental que a equipe identifique, com a mãe e o pai, o(a) profissional com quem de fato ela e ele poderão contar como e com quem ela e ele construirão sua rede social. A percepção da equipe de saúde do grau de dificuldade da situação em que se encontra a família é fundamental para detectar a necessidade de se acionar uma rede de apoio que possibilite à família acompanhar o(a) RN durante a internação e após a alta hospitalar (BRASIL, 2011b, c).

A atuação da equipe do Serviço Social no MC é também muito importante, pois permite avaliar as necessidades sociais do(a) RN e de sua família, para uma evolução digna durante o processo de crescimento e a forma de atender a essas necessidades, contribuindo para o respeito com suas escolhas e decisões, direitos e deveres (BRASIL, 2011b, c).

Dentre suas vantagens, o MC pode ser considerado uma estratégia que visa ao aumento da interação entre a criança e a mãe, além de proporcionar aumento da estabilidade; aumento de peso; aleitamento materno mais efetivo e facilitar o aprendizado da mãe para o cuidado do(a) seu(sua) filho(a).

2.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PREMATUROS

A assistência neonatal vem passando por muitas transformações, e o advento de novas tecnologias amplia o cuidado aos(as) RNs, e os avanços nos cuidados intensivos têm possibilitado maior sobrevida, principalmente aos(às) que se encontram em situação de prematuridade extrema.

Apesar da importância dos avanços tecnológicos, esses podem impedir o contato precoce entre mãe e RN, bem como a amamentação logo após o nascimento, essencial para o desenvolvimento e crescimento dos(as) recém-nascidos(as) e ainda impedir que as mães se tornem competentes nos cuidados dos mesmos(as) (SÁ et al., 2010).

É perceptível a necessidade da associação entre tecnologia e a humanização do cuidado, sendo muito importante a atuação dos profissionais de saúde, principalmente a(o) enfermeira(o), pelo maior contato com a mãe, pai e outros familiares. Dentre suas ações têm importância as orientações específicas a exemplo da orientação sobre o uso dos equipamentos que seu(sua) RN está em uso, tirando-lhes dúvidas e incentivando o contato precoce, além do incentivo à ordenha de leite para os RNs que ainda não podem sugar o seio materno e aleitamento materno para os(as) RNs estáveis e com idade gestacional apropriada.

Além disso, a necessidade de hospitalização na UTIN introduz o(a) RN em um ambiente inóspito, onde há exposição intensa a estímulos nociceptivos (percepção de dor), para o estresse e a dor, a exemplo dos ruídos, luz intensa e contínua, bem como procedimentos clínicos invasivos e dolorosos (REICHERT et al., 2007).

Nesse sentido, grandes mudanças vêm ocorrendo nos últimos anos, no ambiente das unidades neonatais, de certa forma acompanhando a tendência mundial. Oportunidades de contato precoce entre mãe e pai do(a) RN prematuro visam ao estabelecimento do vínculo e do apego. Esse processo gradual pode levar mais tempo além dos primeiros dias ou semanas do período pós-natal (COSTA, KLOCK, LOCKS, 2012).

A visão diferenciada por parte dos(as) profissionais de saúde que cuidam desse(a) RN, em especial a(o) enfermeira(o), é fundamental diante da possibilidade de realizar ações junto à equipe de saúde que minimizem o estresse e a dor, mediante o cuidado humanizado e individualizado.

Tendo em vista a humanização do cuidado neonatal, o Ministério da Saúde do Brasil

preconiza diversas ações, voltadas para o respeito às individualidades, à garantia da tecnologia que permita a segurança do(a) RN, seu acolhimento e de sua família, com ênfase no cuidado voltado para o desenvolvimento e psiquismo, buscando facilitar o vínculo da mãe, pai e RN durante sua permanência no hospital e após a alta hospitalar (REICHERT et al., 2007).

Tais cuidados devem incluir ações e estratégias como manuseio em bloco, analgesia não farmacológica e farmacológica que contribuirão para minimizar a dor. Além desse aspecto, seja viabilizada a possibilidade de diminuir e/ou evitar efeitos nocivos para o desenvolvimento do(a) RN, o que contribuirá significativamente para uma recuperação mais rápida e para assistência qualificada (SOUSA et al., 2006).

Essas intervenções contam com o conhecimento científico e a habilidade técnica, elementos esses imprescindíveis para o rigoroso controle das funções vitais que contribuam para reduzir a mortalidade e aumentar a sobrevivência dos(as) RNs de risco. Dentre esses, há o acompanhamento e a atualização dos avanços terapêuticos e tecnológicos nessa área (REICHERT et al., 2007).

Cabe à equipe manter uma relação de confiança com a mãe e a família do(a) RN e fornecer informações e orientações relacionadas aos cuidados com o(a) RN de forma clara e com linguagem simples, facilitando a captação e desenvolvimento dessas orientações pela mãe. A interação entre profissionais e mães facilita a permanência dessas no método, pois elas desenvolvem sentimentos de segurança, tranquilidade e autoconfiança para cuidar do(a) RN. Faz-se necessário que a equipe esteja atenta às dificuldades apresentadas pelas mães, amparando-as, assim como ao pai e familiares nos momentos mais frágeis e compartilhando seus temores, dúvidas e anseios ao longo da internação do(a) RN (SÁ et al., 2010).

Dentre as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), cabe a(o) enfermeira(o) organizar o ambiente, planejar e executar os cuidados, de acordo com a necessidade e resposta de cada RN, contribuindo desse modo, para uma assistência integral, de qualidade e humanizada.

Nesse aspecto, a capacitação dos(as) profissionais de enfermagem para apreender as necessidades singulares de cada RN é de grande importância, para que os procedimentos e cuidados de rotina, na maioria das vezes, dolorosos e invasivos, sejam empregados de forma individualizada e singular. Um dos primeiros passos nesse sentido é a observação acurada das respostas comportamentais e fisiológicas de cada RN, buscando diminuir, de modo

progressivo e individualizado, o estresse e a dor, contribuindo para o conforto, segurança e desenvolvimento (REICHERT et al., 2007). Além desses, para que o cuidado de enfermagem ao(a) RN seja qualificado, é fundamental incluir o atendimento às necessidades de repouso, calor, nutrição, higiene, acrescido da observação e do atendimento contínuo.

O fato de o MC ser uma estratégia que contempla a tendência de humanização e integralidade do cuidado sinaliza que a assistência deve ser dirigida não só ao(a) RN, mas também à sua família, e para isso são necessários referenciais que permitam adquirir subsídios teóricos para trabalhar com a família, que participa do método, e este suporte deve se estender à prática assistencial, tendo como foco de atenção a família e o(a) RN (SÁ et al., 2010).

Em busca pela qualidade do cuidado, a equipe de enfermagem pode contribuir na formação dos laços afetivos entre mãe-RN, por meio de algumas ações que contemplem a facilidade do contato inicial entre mãe, pai e RN; a visita à mãe precocemente procurando acompanhar o seu 1º encontro com seu(sua) RN; não dificultar a entrada da mãe e pai na UTIN e/ou no espaço de realização da 2ª etapa do MC; tornar o ambiente acolhedor para mãe, pai e RN, ajudar mãe e pai a não se sentirem diminuídos e envergonhados diante do seu(sua) RN, ao mostrar-lhes as características físicas e suas respostas aos estímulos; permitir que esses(as) participem dos cuidados prestados; escutar atentamente o que a mãe e o pai têm a dizer e iniciar a posição canguru assim que possível (BRASIL, 2011c).

Ao lado das ações que visam a diminuir a angústia, o medo e a ansiedade da mãe, pai e familiar que veem seu(sua) RN em um UTIN necessitando de cuidados específicos e individualizados, a(o) enfermeira(o) tem importante contribuição no acompanhamento às famílias hospitalizadas, no sentido de preparar e orientar mãe, pai e outros familiares para o devido cuidado com o seu(sua) respectivo(a) RN, desde o momento da primeira visita até a alta hospitalar. Essa ação contribuirá para o processo de cuidar que será exercido pela mãe, pai e familiares no domicílio e dessa vez sem a presença dos profissionais de saúde.

2.3 O SIGNIFICADO DO SER MÃE

O amor materno, como os demais sentimentos humanos, é incerto, frágil, profundo e impossível de ser mensurado apenas por um aspecto que diz respeito à permanência ininterruptamente ao lado do(a) filho(a). Contrariamente comum aos seres humanos e não restrito à natureza feminina, as construções socioculturais acompanham a evolução das atitudes maternas, e como resultado têm-se o interesse e a dedicação à criança de modo diferenciado para cada mulher (BADINTER, 1985).

O amor materno era considerado como preconcebido, pré-formado, esperando-se só a ocasião para exercê-lo. Assim, diante da afirmativa de ser o amor materno inato e natural, como se pode explicar que esse sentimento, dito instintivo, se manifeste em algumas mulheres e em outras não? (MELLO, 2002).

Em relação à maternidade, é de suma importância para a noção de feminilidade destacar que a reorganização da identidade ameaçada leva tempo para se alcançar. É importante considerar que o fator biológico estabelece limites, e a forma de lidar com essa imposição dependerá da personalidade e das circunstâncias de cada mulher (MANSUR, 2003).

A maternidade acarreta transformações psicológicas, no que tange aos aspectos profissionais, sexuais, afetivos e familiares que configuram a identidade feminina, bem como a forma pela qual elas colaboram para a autorrealização da mulher. Desse modo, a identidade feminina deve ser vista como um constructo complexo que envolve amor, sexualidade, vida profissional e muitos outros fatores, dentre os quais a maternidade que poderá ou não ser assumida como papel preponderante ou prioridade da vida de uma mulher (SOUZA; FERREIRA, 2005).

Por muito tempo, a crença de que gerar a vida faz parte da natureza da mulher tornou a maternidade intrinsecamente vinculada à identidade feminina. Existem relatos mitológicos (como, por exemplo, o mito grego de Deméter, a história bíblica de Eva e a vida da deusa Iansã) que, ao associarem as imagens de mãe e mulher de forma indissociada, contribuíram para que, historicamente, a maternidade viesse a ser considerada uma vicissitude biológica, isto é, uma decorrência natural e inevitável à condição feminina, ainda que saudável e, muitas vezes, desejável (SOUZA; FERREIRA, 2005).

Para Chodorow (1990), embora as exigências físicas e biológicas concretas da gravidez e do cuidado infantil tenham sido reduzidas, a maternidade dá-se ainda na família,

e o papel e as atividades atribuídas à função materna têm adquirido significação psicológica e ideológica, interferindo cada vez mais na vida das mulheres.

Para melhor compreender a ideologia e formas de significação psicológica da atividade materna, Chauí (2005) afirma que a alienação social se exprime numa teoria do conhecimento espontânea, formada pelo senso comum e, a partir de então, são imaginadas explicações e justificativas para a realidade, diretamente propagada e percebida pela sociedade. Esse senso comum social é o resultado de uma elaboração intelectual sobre a realidade que descreve e explica o mundo a partir do ponto de vista da classe dominante de uma sociedade.

Dessa forma, para melhor entender as características e explicar os papéis socialmente construídos nas relações entre mulheres e homens, faz-se necessária a assunção de “gênero” como uma forma de dar significado às relações de poder, as quais se sobrepõem dinamicamente, possibilitando valorizar e desenvolver ações concretas de contestação e crítica (ALMEIDA, 2005).

De modo complementar, Santos e Buarque (2006, p.25) afirmam que “gênero é o conjunto de atributos construídos pela cultura para designar os papéis que devem desempenhar homens e mulheres em cada sociedade. E como as sociedades mudam, esses papéis também mudam; e, se esses papéis mudam, a sociedade também muda”. Tal definição aponta para a possibilidade de transformar as relações de gênero.

Como aspecto central e definidor da organização social de gênero, a maternação realizada pelas mulheres reforça a própria construção e reprodução da dominância masculina. Esta determina a posição principal das mulheres na esfera doméstica e cria base para diferenciação estrutural dos espaços público e privado, os quais operam hierarquicamente. Nesta, as regras do cuidado materno e paterno são organizadas com base nas reivindicações dos homens nas unidades domésticas, os quais dominam essas regras, para as quais, tanto cultural quanto politicamente, a esfera pública domina a doméstica e, portanto, os homens dominam as mulheres (CHODOROW, 1990).

Ao longo dessa construção, as mulheres ainda são tratadas de forma diferenciada, sem reconhecimento ou pouca atenção para as suas necessidades gerais e específicas, o que acaba gerando desrespeito à individualidade e à ética, como pressuposto básico, tendo o reforço da ausência de consciência de gênero entre as pessoas que planejam e implementam os projetos e as políticas públicas de saúde (ALMEIDA, 2005).

Apesar de grandes avanços e conquistas que as mulheres alcançaram ao longo dos anos, ainda persiste no imaginário popular a ideia: de que “a mulher verdadeira é aquela que é mãe”. Nesse sentido, também continua atribuindo-lhes tarefas ditas como femininas de modo a sobrecarregá-la, muitas vezes com tripla jornada de trabalho, pois além de trabalhar no espaço público terá de cuidar da casa, dos filhos e do marido.

É possível verificar que a questão biológica de ser mãe ainda é fortemente ancorada nas teorias e relações sociais vigentes, sem valorização das questões de gênero, que considera o sexo feminino frágil, sem direito de viver sua sexualidade livremente, vinculando esta diretamente à reprodução.

Historicamente, as pessoas adotam crenças, opiniões, ideias sem saber de onde vieram, sem pensar em suas causas e motivos, sem avaliar se são ou não coerentes e verdadeiras. A ideologia e o inconsciente operam através do imaginário e do silêncio, realizando-se indiretamente perante a consciência. Falamos, agimos, pensamos, temos comportamentos e práticas que nos parecem perfeitamente naturais e racionais porque a sociedade os repete, os aceita, os incute em nós por intermédio da família, da escola, dos livros, dos meios de comunicação, das relações de trabalho, das práticas políticas, dentre outros (CHAUÍ, 2005).

Dessa forma, ainda se mantém o imperativo da naturalização do desejo de as mulheres experienciem a maternidade fruto do seu próprio sangue, levando em consideração que o amor materno é algo inato que completa a mulher, ou seja, para ser considerada uma mulher realizada, é preciso ser mãe, dar à luz a um ser do seu próprio ventre.

Lins (2012) afirma que, antes do século XVIII, o amor não era um valor familiar ou social e não tinha a importância que lhe é atribuída nos dias atuais. Acrescenta que as relações em família eram dominadas pelo medo, assim como, o poder paterno que era mantido a todo custo, pois a obediência era algo inerente a uma sociedade hierarquizada.

No final do século XVIII, o apelo às mulheres para o cuidado com as crianças e para serem boas mães foi grande, incentivado principalmente por questões econômicas, diante do surgimento, nas sociedades industrializadas, da promoção da função materna pensando na futura mão de obra para o Estado (LINS, 2012).

Segundo Badinter (1985), para a mulher ser “boa mãe” nesse período, era preciso ser carinhosa, cuidar dos filhos, vigiá-los e educá-los, com presença constante e efetiva no lar. Totalmente dedicada às obrigações domésticas, não tendo tempo para lazer e para o cuidado consigo mesma.

Nesse sentido, a mesma autora enfatiza que, nesse mesmo período, essas mulheres foram chamadas à responsabilidade de mães, garantindo-lhes formas de poder, diante do imperativo para serem boas mães, tendo como prêmio a felicidade e o respeito, “Tornai-vos indispensáveis na família, e obtereis o direito de cidadania” (BADINTER, pg.146, 1985).

Complementa que, inconscientemente, algumas delas perceberam que, ao produzir esse trabalho familiar imprescindível à sociedade, adquiriam uma importância considerável que jamais tiveram. Acreditaram, portanto, nas promessas e julgaram que conquistariam o direito ao respeito dos homens e seu reconhecimento de sua utilidade e especificidade como mãe e dona de casa. Finalmente, acreditavam ser essa função, fonte da felicidade humana, tarefa nobre e necessária, as quais o homem não podia ou não queria realizar (BADINTER,1985).

Essas construções são elementos constitutivos do nosso pensar e agir, fortalecido pela afirmativa de que “ser mãe é inato”, que já “crescemos com esse desejo”. De modo geral, não temos bagagem cultural para nos contrapor e/ou identificar que esse desejo é moldado e construído culturalmente. Além de essa afirmativa estar presente no imaginário popular que “ser mãe é padecer no paraíso”, que a mãe deve sofrer em prol do(a) filho(a), dentre outras construções e reflexões extensivas ao sexo feminino.

Dessa forma, se faz necessário pensar, refletir e adquirir saberes sobre essa construção de gênero desde a infância, sendo necessária a abordagem desses conceitos na escola, na comunidade, em família, na sociedade de modo geral, as quais contribuirão para minimizar e/ou reduzir a discriminação de gênero tão presente em nossa sociedade, difundindo os direitos e deveres igualitários entre homens e mulheres.

3 MÉTODO

3.1 DESENHO METODOLÓGICO

3.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva tem o objetivo primordial de descrever as características de determinada população ou de fenômenos.

Ao optarmos pelo estudo exploratório, nos apoiamos em Trivinos (2008) que considera que este permite ao(a) pesquisador(a) ampliar sua experiência em torno de uma determinada situação-problema, partindo da hipótese para o aprofundamento do estudo nos limites de uma determinada realidade, com a finalidade de adquirir maior conhecimento e planejar sua pesquisa com mais segurança e profundidade.

Realizar pesquisa que permita conhecer o significado da vivência de mães no Método Canguru é de suma importância, principalmente ao dar voz às mulheres que se afastaram de suas casas, marido e outros(as) filhos(as), para ficarem internadas junto ao(à) filho(a) prematuro(a), muitas vezes numa permanência superior a 90 dias. Assim, a escolha pela abordagem qualitativa se deu em razão da sua adequação para o alcance dos objetivos propostos para a pesquisa.

Minayo (2008) afirma que a pesquisa qualitativa permite revelar a história de diversos grupos sociais, pouco conhecida e possibilita também a construção de abordagens diferenciadas, criação de novos conceitos e categorias durante a fase de investigação. Acrescenta sua caracterização de forma empírica e sistematizada do conhecimento até a compreensão interna do grupo ou do processo estudado.

Marconi e Lakatos, (2011) complementam esse enunciado destacando a finalidade de analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Dessa forma, permite a análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento.

3.1.2 Aspectos éticos e legais da pesquisa

A realização da pesquisa ocorreu após a autorização das diretorias das Instituições A (ANEXO A) e B (ANEXO B) e da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob Parecer de nº 309606 e CAA de nº16367713. 4.0000.5531 (ANEXO C).

Ao convidarmos as mães a participarem da pesquisa, fizemos os esclarecimentos sobre os (APÊNDICE A) potenciais riscos, como o desgaste físico em responderem ao questionário de entrevista e de participarem das oficinas, mantendo a anonimidade que garante o sigilo e assegura a privacidade destas; em relação às informações confidenciais da pesquisa; a liberdade de se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo para o cuidado/assistência individual e de seu(sua) RN (APÊNDICES A, B).

Após o consentimento, as participantes procederam à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APÊNDICE B), levando em consideração os critérios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos.

Ademais, esta pesquisa não implicou em despesas pessoais às participantes, ficando cada participante com uma via do TCLE (APÊNDICE B), bem como do documento sobre informações às pessoas participantes da pesquisa (APÊNDICE A).

3.1.3 Local da pesquisa

Utilizamos como local para realização da pesquisa duas instituições públicas com leitos obstétricos no município de Salvador-BA, sendo que a 1ª denominada de Instituição A e a segunda Instituição B.

A Instituição A é um Hospital Geral de grande porte, de alta complexidade, terciário e de caráter assistencial e de ensino, certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação. É referência nos serviços de emergência, hemorragia digestiva, nefrologia, pediatria, clínica médica, cirurgia buco-maxilo-facial, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia pediátrica e

neonatal, maternidade de alto risco, entre outras especialidades médicas.

Esse hospital foi inaugurado em março de 1979, trata-se do maior hospital público do Estado da Bahia, com 640 leitos, atende, diariamente, 850 pacientes no ambulatório de múltiplas especialidades. Realiza, mensalmente, cerca de 120 mil procedimentos ambulatoriais e 1,3 mil internamentos, e 3.500 partos anualmente. A média de atendimentos nas emergências obstétrica, pediátrica e de adulto é de 560 pacientes por dia.

A implantação da filosofia do Método Canguru deu-se como recurso para melhorar a assistência humanizada aos(às) recém-nascidos(as) prematuros(as) e/ou de baixo peso e a sua família, a fim de assim contribuir para modificar o perfil de mortalidade perinatal no Estado da Bahia. O Alojamento Mãe Canguru desse Hospital foi inaugurado em 03/12/2002, permanecendo em vigor até 03/11/2003. Foi desativado por conta das reformas nessa mesma Unidade, sendo reativado em 07/11/2005, após realização do Seminário de PHPN (Programa de Humanização no Parto e em Neonatologia), permanecendo até os dias atuais (PAULO, 2010).

No momento da realização da coleta dos dados, esta instituição estava em reforma e funcionando em um local provisório com capacidade apenas para seis leitos. Em seu funcionamento normal possui capacidade para dez leitos, duas UTIs Neonatais e uma unidade semi-intensiva neonatal.

A unidade é referência nacional para a metodologia canguru, junto com outras quatro maternidades do país e o hospital integra a estratégia Rede Cegonha, programa do Ministério da Saúde que tem o objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal (crianças de 0 a 28 dias).

A Instituição B é uma Maternidade- escola da rede pública de Salvador-BA, sendo esta a mais antiga construída do país, foi inaugurada em outubro de 1910, pertencente ao governo Federal, referência para gravidez de risco. Foi credenciada como Hospital Amigo da Criança em 1996 e possui o Projeto Mãe Canguru desde 1997, é sede do primeiro Banco de Leite Humano da Região Metropolitana de Salvador, desde 2001.

Possui um total de 103 leitos divididos em 71leitos (enfermarias/alojamento conjunto), 10 leitos de UTI Neonatal, 05 leitos de unidade semi-intensiva neonatal, 10 leitos da enfermaria canguru e 07 leitos no pré-parto. Realiza uma média de 300 partos por mês, possui também um ambulatório para realização de pré-natal de baixo e alto risco, além do ambulatório *Follow-up* para recém-nato prematuro e baixo peso até 07 anos de idade. (SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

Em ambas as unidades é permitida a presença da mãe de forma integral, pai das 07:00

às 22h, os demais familiares apenas no horário de visita, ou em casos excepcionais. A mãe e sua criança ficam integralmente no setor, sendo que a criança é atendida diariamente pelo pediatra/neonatologista, equipe de enfermagem e fisioterapeuta. A atuação dos demais membros da equipe multidisciplinar, assistente social, psicólogo(a) e terapeuta ocupacional vem se dando de modo permanente e integrada.

Apesar do longo tempo disponibilizado para a presença dos pais, foi observado que estes, em ambas as unidades, só estiveram presentes no horário de visita.

A filosofia preconizada pelo MC valoriza a importância da participação da família nos cuidados do RN prematuro e apoio emocional, a qual se mostra em desacordo como o informado por algumas mães da Instituição B que, segundo essas, apenas o pai podia carregar seus(suas) filhos(as), excluindo as demais visitas, em razão do risco de infecção consideravam ser essa a justificativa para a ausência de visitas de muitas avós.

Na Instituição A, foi observada uma frequência na participação da fisioterapeuta e terapeuta ocupacional no incentivo às mães, para realizarem atividades artesanais e outras atividades coletivas que envolvessem todo o grupo, considerado pelas mães como importantes para passarem o tempo.

Na Instituição B, a equipe de assistente social realizava atividades envolvendo amostra de vídeos e filmes com temáticas diversificadas, e a terapeuta ocupacional, durante a coleta, esteve realizando com as mães atividade de caça-palavras. As mães dessa unidade reivindicaram atividades com a equipe de assistente social, além de uma vez por semana.

3.1.4 Participantes da pesquisa

Participaram desta pesquisa 19 mães, sendo que 10 da Instituição A e 09 da Instituição B, destas 10 da Instituição A, somente 09 realizaram a entrevista e uma não a realizou, porque tinha saído de alta. O mesmo ocorreu na Instituição B, das 09 mães participantes, um total de 07 realizaram a entrevista e apenas 02 não realizaram pelo mesmo motivo citado na Instituição A.

Tendo como critério de inclusão ter idade mínima de 18 anos; estar em condições físicas e psicológicas para serem entrevistadas e/ou participarem das oficinas e ter, no mínimo, uma semana convivendo em uma enfermaria do MC de forma integral junto com seu(sua) RN. Destacamos como critério de exclusão a mãe menor de 18 anos, com déficit

mental, bem como a convivência na unidade canguru inferior a uma semana.

Para este estudo uma das participantes tinha 17 anos, mas era casada no civil, emancipada e por lei recebe a maior idade (Termo 5º, parágrafo único, II, do Código Civil de 2002). Das nove entrevistadas na Instituição A, apenas 05 participaram da oficina realizada nesta unidade, pois algumas ainda não estavam internadas no período em que foi realizada a oficina. Das 08 entrevistadas na Instituição B, apenas 04 participaram da oficina, pois da mesma forma, algumas mães não estavam ainda internadas no período em que foi realizada a oficina.

Para manter o anonimato, as mães entrevistadas receberam uma codificação conforme a ordem das entrevistas e oficinas, respectivamente: Entrevistas- E1, E2... e oficinas- Of.a (Instituição A), Of. b (Instituição B).

3.1.5 Instrumentos e produção do material empírico

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, teve início a fase de produção empírica dos dados, durante os meses de julho a dezembro de 2013.

A produção do material empírico deu-se em três momentos: mediante a realização de observação participante, de acordo com o melhor horário da unidade e compatível com a preferência das mães e da equipe de saúde na Unidade Canguru. Após nos familiarizarmos com as mães, demos início às oficinas em cada unidade, paralelamente às entrevistas individuais às mães que aceitaram participar da pesquisa e que atendiam aos critérios de inclusão.

3.1.5.1 Observação participante

Para realização da observação, nos apoiamos em Marconi, Lakatos (2011, p.275), que a define como uma técnica de coleta de dados para conseguir informações, utilizando os sentidos na obtenção de informações sobre determinados aspectos da realidade.

Conforme afirma Trivinos (2008), observar não é simplesmente olhar, é destacar de

um conjunto, sua especificidade e suas características, individuais ou grupais dos fenômenos, essencialmente para descobrir os aspectos mais profundos, com a finalidade de captar a essência, numa perspectiva específica e ampla.

A observação participante, ou observação ativa, consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. Neste sentido, o(a) observador(a) assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo (GIL, 2006).

Para esse tipo de técnica de coleta de dados, em qualquer nível de profundidade em que for realizada, o(a) pesquisador(a) utiliza um instrumento denominado diário de campo, que nada mais é que um caderno de notas, em que o(a) mesmo(a) faz anotações diariamente (MINAYO, 2008).

Nesta pesquisa, o diário de campo foi elaborado a partir das visitas da pesquisadora à Unidade Canguru, resultante da observação participante realizada pela pesquisadora durante todo o período de coleta. Após cada visita, fazíamos o registro em local apropriado, fora da unidade MC de modo informal, sem rigor teórico, mas com anotações pertinentes para o entendimento do objeto de estudo. A observação se deu nos turnos da manhã ou tarde em ambas as instituições, de forma aleatória conforme a disponibilidade da pesquisadora.

Os dados observados se referiram à atuação das mães nos cuidados do(a) RN, como banho, troca de fralda, a oferta da dieta complementar, aleitamento materno, posicionamento canguru, comportamento das mães em relação ao RN, a interação entre as demais mães profissionais de saúde, participação em atividades de lazer como artesanato e suas relações com os demais familiares.

3.1.5.2 Oficinas

As oficinas de reflexão aconteceram em dois encontros, no próprio espaço de cada da Unidade Canguru (A,B), mediante acordo com a enfermeira e coordenadora das unidades por facilitar a participação das mães, as quais ficariam mais despreocupadas por permanecerem junto a seus(suas) filhos(as). Fizeram parte da atividade as mães, uma estudante de graduação e como facilitadora da atividade a pesquisadora e a orientadora da pesquisa.

Escolhemos a oficina (APÊNDICE D) como um dos instrumentos para coleta do

material empírico por reconhecer sua influência na construção do conhecimento de forma diferenciada, como processo horizontal e democrático, onde todas as envolvidas participam de forma direta de tudo que é realizado ou construído (PEDROSA et al., 2010).

O estabelecimento da relação horizontalidade se dá entre técnicos(as) e população, num espaço de discussão que tem o objetivo de resgatar os conhecimentos existentes, a manifestação de sentimentos relativos à vivência, além de facilitar a expressão e a comunicação intergrupala, aliados à motivação para a discussão dos conteúdos (FONSECA, 1996).

Em ambas as unidades foi trabalhado o mesmo tema “O significado da vivência de mães no MC.” A primeira oficina foi realizada no mês de novembro na unidade B, com a presença de oito mães, tendo como participantes cinco mães que atendiam aos critérios de inclusão. As outras três mães, embora estivessem presentes no mesmo espaço, foram excluídas, pois tinham um tempo de permanência inferior a uma semana.

Após esclarecimentos necessários seguidos de contrato do grupo em relação à duração da atividade, uso de aparelhos e respeito às individualidades e aos posicionamentos, demos início à oficina.

Para aquecimento do grupo, realizamos uma dinâmica de apresentação, descontração e identificação das participantes. Em seguida, lançamos para o grupo as seguintes questões norteadoras: O que significa para a senhora estar aqui na Unidade Mãe Canguru? Fale-nos sobre as facilidades e dificuldades de sua permanência nessa Unidade Mãe Canguru? A senhora tem alguma sugestão em relação ao funcionamento dessa Unidade Mãe Canguru (APÊNDICE D). Após essa etapa, demos início à discussão e troca de conhecimentos, saberes e práticas entre o grupo participante. Observamos um pouco de receio inicial, timidez, demonstrando não estarem à vontade para responder. Falaram muito pouco, e acreditamos que tenha sido decorrente do estranhamento com a atividade e da proximidade de uma funcionária da unidade. Tal inferência se confirmou, pois, com a saída da funcionária, elas participaram com mais intensidade.

Essa oficina teve a duração de 47 minutos e 28 segundos, e, ao final da atividade, foi oferecido um lanche, com autorização do serviço de nutrição. A etapa final de avaliação teve resultado positivo, ao expressarem ter gostado muito de participar de um momento diferente e muito gratificante para todas pela atividade em si e ao lhes oportunizarem falar das suas dúvidas, incertezas e angústia. Sugeriram que essas modalidades de oficina fossem oferecidas

de modo rotineiro independente do objetivo, mas como uma forma de lhes permitirem falar e esclarecer suas dúvidas e incertezas.

A segunda oficina ocorreu na unidade A, no mês de dezembro, teve a duração de 53 minutos e 45 segundos, foi trabalhada a mesma temática, e o mesmo roteiro e plano de trabalho que foram citados acima na unidade B. Contou com a presença de seis mães, e foram utilizados os depoimentos de cinco, já que uma das mães não atendia aos critérios de inclusão. Permitimos que permanecesse e que se colocasse quando quisesse, embora estivesse ciente de que não participaria da pesquisa.

Apesar de também ter ocorrido na própria Unidade Canguru e com a proximidade de funcionárias, percebemos que as mesmas estavam mais à vontade, falaram um pouco mais do que na unidade B.

3.1.5.3 Entrevistas

Trivinos, (2008) afirma que a técnica da entrevista oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses/pressupostos que irão surgindo à medida que as respostas são dadas. Desta maneira, a informante segue espontaneamente sua linha de pensamento fruto de suas experiências dentro do foco principal colocado pela investigadora.

Realizamos 16 entrevistas semiestruturadas, obedecendo a um roteiro previamente definido (APÊNDICE C). Marconi e Lakatos (2011) reforçam a necessidade de seguir um roteiro estabelecido com perguntas predeterminadas, partindo de certos questionamentos básicos, e respaldo teórico a depender da abordagem que interessa à pesquisa.

Inicialmente, realizamos três entrevistas, com o objetivo de interagir com as participantes, com a unidade e averiguar se as questões norteadoras davam conta do objetivo proposto. A partir de então, realizamos ajustes necessários.

Para a realização das entrevistas, foi necessário buscar um local mais adequado e algumas vezes improvisado, para manter a privacidade das entrevistadas. As entrevistas foram gravadas, a fim de garantir a precisão. Das informações que comportavam os dados de identificação das participantes, dados sociodemográficos e obstétricos, foi preenchido um questionário estruturado e, em seguida, era realizada a entrevista semiestruturada com as questões norteadoras gravadas (Apêndice C).

3.1.6 Análise do material empírico

Para operacionalizar a análise e tratar as informações coletadas, resultantes da observação, entrevista e oficinas, optamos por utilizar a análise de conteúdo, modalidade temática norteadas por Bardin (2011).

Bardin (2011) define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que através de procedimentos temáticos e objetivos visa a descrever o conteúdo das mensagens e obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

De acordo com essa autora, as fases da análise de conteúdo organizam-se em três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A mesma acrescenta que a pré-análise é a fase de organização em que acontece a leitura flutuante, a escolha dos documentos que serão submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que darão consistência à interpretação final.

Na exploração do material, ocorre uma aplicação sistemática das decisões tomadas durante a pré-análise através de codificações, decomposição ou enumeração. A última fase de tratamento e interpretação dos resultados deve ser tratada de maneira que esses venham a ser significativos e válidos, de modo que o analista tenha à sua disposição resultados fiéis e confiáveis que resultem na proposição de inferências e interpretações, conforme o objetivo do estudo.

Essa autora recomenda algumas regras para montagem do corpo de investigação, a saber: Exaustividade: análise de todos os elementos que correspondam a esse *corpus*; Representatividade: número de amostras representativas do universo pesquisado; Homogeneidade: documentos homogêneos com características comuns e critérios precisos; Pertinência: documentos adequados, correspondentes aos objetivos da pesquisa.

Dessa forma, iniciamos a análise com a leitura da transcrição de cada entrevista e oficinas associadas aos registros do diário de campo resultante das observações, para contato inicial, e seguimos com leituras exaustivas para conhecimento e apreensão das informações. A partir das unidades de registro emergiram diversas categorias que, mediante leituras exaustivas, foram reduzidas a categorias finais.

A partir das categorias, as informações foram abordadas com o mínimo de formalidade teórica, ao passo que foi elaborada a melhor explicação para o fenômeno. O processo de análise foi realizado ao longo de toda a coleta do material empírico.

Nesse contexto, o significado da vivência para mães no MC configuram-se em quatro categorias e uma sub-categoria:

- **Significado da vivência no Método Canguru;**
- **Aprendizagem para a continuidade do cuidado no domicílio;**
- **Dificuldades para vivência e convivência no MC;**
- **Subcategoria:** Ambivalência do ser humano;
- **Atendendo às construções sociais na vivência do MC.**

A análise das categorias e subcategoria acima citadas está identificada respectivamente com a letra E (entrevista) seguida da numeração correspondente à ordem de sua realização (E₁; E₂) e, de modo semelhante, as oficinas estão seguidas das letras a e b minúscula (of._a); of._b) conforme a instituição em que foi realizada A ou B.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E OBSTÉTRICA DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participou da pesquisa um total de 19 mães, sendo que, dessas, 09 foram da Instituição A e 09 da Instituição B. As mães da Instituição A tinham de 18 a 35 anos de idade, com média de 20 anos. No quesito raça/cor, cinco delas (metade) se declararam da cor parda, três negras, uma morena e uma amarela.

Em relação ao nível de escolaridade, cinco delas referiram ter o 2º grau completo, uma delas referiu ter o 1º grau completo, duas 1º grau incompleto e duas 2º grau incompleto.

Com relação à situação conjugal, seis disseram conviver com o companheiro, três que eram casadas e apenas uma solteira. Em relação à religião, cinco disseram ser evangélicas, três católicas e duas que não tinham religião. Metade delas residia no município de Salvador-BA e outra metade no interior da Bahia.

Quanto aos dados obstétricos, quatro mães eram primíparas e as demais, múltíparas. Todas referiram ter realizado o pré-natal, e a maioria delas fez mais de três consultas, sendo que metade teve parto normal e metade, parto cesáreo. Apenas uma mãe teve complicações em gestações anteriores e uma que teve o filho com idade gestacional maior do que 37 semanas. As demais pariram entre 29 e 32 semanas, e nenhuma disse já ter participado do MC. Metade das mães passou até 15 dias com o(a) RN internado(a) na UTIN e apenas uma relatou ter passado quase 2 meses. No total de dias de internação na maternidade a distribuição ficou heterogênea, porém no período de 21 a 30 dias e 41 a 50 dias de internação, o quantitativo de mães foi igual (três mães em cada período).

As mães da Instituição B tinham idades de 18 a 35 anos, sendo que a média de idade das mães foi 18 a 20 anos e entre 31 e 35 anos. No quesito raça/cor, 07 se declararam pardas e apenas duas da cor morena.

Em relação ao nível de escolaridade, quatro delas referiram ter o 2º grau completo, uma ter o nível superior completo, três o 1º grau incompleto e uma 2º grau incompleto.

A respeito da situação conjugal, seis delas referiram conviver com o companheiro, duas serem casadas no civil e uma solteira. No quesito religião apenas uma se declarou como católica, quatro são evangélicas e quatro se consideravam sem religião. Destas mães, sete moram em Salvador-BA e duas, no interior da Bahia.

Quanto aos dados obstétricos, cinco mães eram primíparas e quatro, múltíparas, e das

nove mães, 03 tinham tido problemas nas gestações anteriores. Sete mães tiveram parto cesáreo e duas, parto natural.

Relataram terem feito o pré-natal, sendo que a maioria fez mais de três consultas. Apenas uma das mães teve o filho com idade gestacional menor que 28 semanas, quatro entre 29 e 32 semanas, duas entre 33 e 36 semanas e duas maiores ou igual a 37 semanas. Duas mães referiram já ter participado do MC em gestação anterior. Uma das mães permaneceu mais do que 61 dias com o(a) RN internado(a) na UTIN, mas a maioria permaneceu até no máximo 15 dias. A maioria das mães tinha uma média de 11 a 20 dias de internamento na Enfermaria Canguru, no momento da entrevista. Na quantidade de dias de internação no hospital, duas mães tinham mais de dois meses de permanência.

4.2 SIGNIFICADO DA VIVÊNCIA NO MÉTODO CANGURU

Para a segunda etapa do MC, são importantes a estabilidade clínica da criança, o ganho de peso regular, a segurança materna, o interesse e a disponibilidade da mãe em permanecer com a criança o maior tempo desejado e possível. A posição canguru é realizada pelo período que mãe/pai/família e RN considerarem seguro e agradável (BRASIL, 2011a).

Nessa etapa, as mães aprendem a identificar as alterações que podem ocorrer com a criança, como pausas respiratórias, mudança de coloração da pele entre outras. Além disso, essa etapa objetiva favorecer não somente a melhora das condições de saúde do(a) RN ao apresentar novas formas de cuidado, mas também incentivar a formação do vínculo entre a mãe e sua criança (MOREIRA, et al. 2009a). As mães entrevistadas concordam com o alcance desses objetivos, ao dizerem:

Significa muita coisa, que eu aprendi bastante, muita coisa que eu não sabia já estou sabendo [...](E₃).

Significa que eu aprendo a cuidar do bebê [...] é prematuro tem que ter um cuidado especial (E₄).

Aprender o modo certo de cuidar de minha filha, por ela ser prematura..um novo conhecimento, um modo de ensinar coisa nova [...](E₈).

Eu aprendi tudo, eu não tinha muita experiência, eu tinha medo de pegar e não pegava [...] Eu perdi o medo, dar banho, eu só aprendi a dar banho no 3º banho (Of._a; E₅).

Moreira e colaboradores (2009a) acreditam que essa etapa amplia a experiência no cuidado do(a) RN, após a alta hospitalar. Identificam que, na ocasião do nascimento e logo após, as mães se sentem inseguras no ato de cuidar de suas crianças e necessitam de auxílio para essa atividade. Pois, nesse momento, as informações e o apoio fornecido serão de grande importância para construção desse conhecimento.

Para isso, os(as) profissionais de saúde devem ajudar as mães a fortalecer o vínculo com a criança prematura, principalmente durante o primeiro contato destas com (a)o filho(a), já que a maioria demonstra receio da morte iminente, por conta das características frágeis da criança prematura (BRAGA, MACHADO, BOSI, 2008).

Nesse sentido, precisam contar com a equipe de saúde que tem como papel primordial atuarem como facilitadores(as) do processo de ensino e aprendizagem, concomitante a um ambiente propício e acolhedor, com trocas de conhecimentos, vivências, facilitando a adaptação familiar aos cuidados necessários com o(a) RN.

Conforme define Waldow (2008), o cuidar é uma ação moral que tem a finalidade de aliviar, satisfazer, ajudar, confortar e apoiar. Essa ação tem sempre uma conotação que promove e favorece o bem-estar do outro e, de forma geral, o processo de cuidar envolve transformação de ambos: o ser cuidado e os(as) cuidadores(as).

Pelas suas particularidades, o cuidado da criança prematura exige conhecimento e o estabelecimento de uma assistência direcionada às suas necessidades, abrangendo um cuidar específico durante o internamento e após a alta hospitalar (MORAIS, QUIRINO e ALMEIDA, 2009).

Maldonado (2002) destaca a importância do contato pele a pele com a mãe, pois é através dele que a criança se relaciona com o mundo, abrindo-se para novas descobertas. Esse contato corporal que constitui a origem principal do bem-estar, segurança, e afetividade, possibilita ao(à) RN a capacidade de ter novas experiências.

Essa experiência, para o cuidado com o(a) RN prematuro(a), é verbalizada pelas mães, ao dizerem que:

Aqui estou aprendendo a cuidar de meus bebês...Vou sair daqui já com experiência (E₉).

Foi uma experiência que eu nunca tinha passado por isso, ver meu filho ficar na UTIN foi a primeira vez (Of. b; E₄).

Significa uma experiência, porque no canguru como a criança foi prematura, está ensinando os cuidados que deve ter com ele (E₅).

Para mim está sendo um lição de aprendizagem, estou aprendendo a cuidar, a cuidar dele que não é um bebê de 9 meses, ele é pequeno e o cuidado com ele é totalmente diferente de um bebê grande[...] (of b; E₁).

[...] para mim é uma experiência nova, é uma experiência assim vamos dizer, que você está mais perto, você aprende coisas novas, da nova oportunidade de você conhecer o que é o bebê prematuro, porque você conhece o bebê de 9 meses normal, normal todo mundo sabe como trocar a fralda, o bebê prematuro é diferente, tem toda a técnica todo o jeitinho de trocar a fralda, de limpar, são coisas diferentes do bebê normal, do que o bebê prematuro de 7, 6 de 5 meses[...] (Of. a; E₁).

[...] é uma experiência nova, coisa que eu nem sabia, né? Eu não sabia que dava banho no recém-nascido todo enroladinho com a toalha [...] (Risos) (Of. a; E₄).

A vantagem é que eu vou sair sabendo cuidar deles, que eu não tenho experiência nenhuma, mãe de primeira viagem. E elas ensinam a dar banho, como aprender a dar mamã (Of. b; E₂).

Santana e colaboradores (2013) compartilham com esses depoimentos ao afirmar que, o cuidar, de forma integral, preconiza atendimento às necessidades físicas, emocionais e fisiológicas que é favorecido pelo contato com a mãe que transmite empatia, carinho, sensibilidade e segurança para a tríade: mãe, filho e equipe de saúde. As entrevistadas complementam tal assertiva ao afirmarem que,

[...] aprender e passar carinho e amor para os bebês, que é o que eles precisam e o calor do corpo da gente pra eles ganhar o peso e a confiança da pessoa [...](E₁).

[...] o aconchego de está perto do seu filho, porque normalmente o prematuro não tem idade gestacional, não tem o quilinho certo, o peso certo ficam mais na semi, então o espaço canguru pra mim é o espaço que traz mais a mãe mais próxima de seu filho, o carinho [...] A mãe começa aprender a cuidar do seu filho, tudo isso, pra mim o significado é isso, o aconchego da mãe com o filho, é a aproximação da mãe com seu filho (E₁₁).

para minha filha foi importante[...]Num vínculo que cria, ela sente que está presente[...] (E₂).

para mim significa que tem que ter um cuidado a mais com o bebê, porque ela ainda está um pouquinho frágil, ela tem que ficar um pouquinho comigo mais próximo (E₇).

A vivência contínua nessa 2^a etapa do MC favorece o vínculo entre mãe e filho(a), além de permitir uma troca de conhecimento entre essas e profissionais de saúde, possibilitando a construção de um laço afetivo duradouro, importante para o alcance do objetivo do programa.

O contato direto da mãe com o(a) filho(a) fortalece os vínculos familiares, possibilitando um cuidar mais humanizado, além de contribuir para o aleitamento materno e, conseqüentemente, para o aumento da resistência imunológica, com o ganho de peso e no desenvolvimento psicomotor do recém-nascido(a) (SANTANA, et al. 2013).

Diante da possibilidade de promover segurança básica necessária à construção da maternagem, o Método Canguru interfere na vinculação ao permitir a essa mãe criar espaço para a reconstrução rítmica dessa díade, possibilitando o resgate de um tempo interrompido, entre a mãe e RN, a partir do nascimento prematuro (MOREIRA, et al. 2009a). Esse aspecto é compartilhado pelas mães, ao dizerem:

Para mim é bom porque estou mais perto do meu filho, estou vendo ele, tá ganhando peso, teve um dia que ele perdeu, mas pra mim tá sendo bom, as meninas ajuda, o resto é tranquilo (E₁₀).

Significa uma coisa boa, que eu posso pegar em minha filha, posso dar banho nela, posso dormir perto dela (E₆).

Para mim significa que eu estou perto dele, a presença dele, senti o cheiro dele (E₁₃).

Neves e colaboradores (2010) acreditam que a prática do MC é a melhor forma de ajudar na recuperação dos(das) RNs, ao reforçarem a proximidade de seu(sua) filho(a), a troca de amor e carinho, conforme compartilhado por algumas mães:

É difícil né para todas nós, mas é uma experiência também, a gente aprende a cuidar do bebê, ela que nasceu pequenininha aí é uma experiência que a gente vai aprendendo, eu que não sabia, é a primeira [...] (Of._b; E₅).

[...] Só que com meu filho é tudo diferente, é totalmente diferente pelo fato de ser prematuro, a forma e trocar, de dar banho e também no começo foi um pouquinho assim meio complicado pelo fato de ser do interior...Então agente senti falta da filha, do esposo e tudo, só que é uma experiência nova, é muito boa, estou aprendendo bastante (Of._a; E₃).

De modo complementar, Moreira e colaboradores (2009b) acreditam que as condições da maternagem no interior da prematuridade é algo muito complexo, pois é atravessado pela vivência de trauma, culpa, medo da perda da criança e percepção de sua fragilidade que tem no Programa Canguru a possibilidade de conexão entre mãe e filho(a). Tal afirmativa é expressa nas falas a seguir:

[...] Quando o médico falou que ele ia para UTI, aquilo foi um choque para mim e aquele choque amadureceu (ela) [...] (E₁₂).

[...] É uma experiência diferente, é difícil a gente sair da nossa casa e vir pra cá entendeu? É um ambiente novo pra mim, mas é uma experiência maravilhosa, só da gente estar aqui com nosso filho a gente suporta todos esses obstáculos [...] (Of._a; E₂).

As falas explicitam que a vivência na Unidade Canguru, como espaço de aprendizagem contínuo, é também um espaço onde elas fazem novas amizades. Dizem que,

[...] do dia que eu cheguei aí já aprendi muitas coisas. A fazer novas amizades, tipo aí eu já formei uma família, todo mundo que chega faz um amigo e também a cuidar deles que é prematuro, que eu também não sabia nem pegar, quando eles chegaram eu tinha medo de pegar que eles iam quebrar, que eles eram de vidro. Agora não tenho mais medo (E₁₅).

[...] Então aqui pra mim é assim, uma boa oportunidade para as mães até mesmo de conhecer. Não conhecemos (a nós mesmas), não conhecemos a

capacidade que tem de criar uma pessoa, de lidar com outro ser humano, entendeu? Então eu acho muito interessante, uma boa oportunidade para todas as mães (Of._a; E₁).

As amizades que a gente faz, a maioria mesmo saiu, mas hoje em dia eu falo com elas por telefone, e também o fato de está perto de minha filha[...] o que facilita é a amizade, as médicas também são boas, tem algumas enfermeiras que ajuda, tudo depende uma coisa da outra[...] (E₂).

Nesse contexto, a vivência na Unidade Canguru representa a construção de conhecimentos que estão atrelados ao aumento ou aquisição de experiências, principalmente para as primíparas, por se tratar de um(a) RN prematuro(a) que necessita um cuidado singular e diferenciado, além de proporcionar um aumento do vínculo entre mãe/RN, assim como com os demais familiares e profissionais de saúde, permitindo também ser um espaço de criação e ampliação das relações sociais.

4.3 MÉTODO CANGURU: APRENDIZAGEM PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO NO DOMICÍLIO

O acolhimento à mãe e ao pai, durante a permanência hospitalar do(a) RN prematuro(a) ou de baixo peso ao nascer, é muito importante, e deve ser estendido aos demais familiares que, nessa situação tão particular e diferente, necessitam também de apoio e orientação. Nesse aspecto, o objetivo maior do acolhimento é fazer com que as experiências emocionais que ocorrem nesse período sejam bem entendidas e elaboradas (BRASIL, 2009a).

Para isso, o acolhimento deve ocorrer de forma integral, comportando a adequação dos cuidados às necessidades individuais de cada família para o cuidado específico do(a) RN. A atuação da equipe de saúde é fundamental para o estabelecimento de uma relação empática e que transmita segurança, para que as trocas possam ocorrer de forma natural.

A atenção de forma adequada oferecida pela equipe de saúde na Unidade Canguru possibilita à mãe sua adaptação progressiva às rotinas da unidade e para o cuidado de seu(sua) filho(a) com mais segurança. Ademais, permite que gradualmente a mãe fique mais próxima, que lhes possibilite toques frequentes e cuidado progressivo até o momento em que possa acolhê-lo junto ao seu corpo, na posição canguru (BRASIL, 2009a). As declarações dessas mães corroboram essas afirmativas, ao dizerem,

acho que ficar aqui é fácil, porque aqui [...] todo mundo é muito gente boa, acolhe muito bem a gente[...]é porque aqui eu vou tá com minha filha 24 horas e todos os funcionários acolhem bem a pessoa , não deixa você se sentir sozinha, estão sempre tentando fazer o melhor (E₈).

assim os cuidados, assim também as pessoas são muito companheiras, gosta de ficar com a gente, ensina bastante os cuidados direitos com a criança, é isso, ensina bastante a gente[...] (E₅).

[...] para mim o que tá sendo bom é justamente essa vivência com o apoio da equipe de enfermagem porque se você tivesse em casa com o bebê tão pequeno e você tivesse alguma dúvida não ia ter com quem tirar [...] (E₁₆).

[...] com meu filho é tudo diferente, é totalmente diferente pelo fato de ser prematuro, a forma e trocar, de dar banho [...] (Of._a;E₃).

Esses depoimentos são respaldados por Araújo e colaboradores (2010), ao afirmarem que o MC é um modelo de assistência neonatal que oferece benefícios ao(à) recém-nascido(a) prematuro e de baixo peso e à sua família, com destaque para a participação efetiva da mãe e

pai, desde o início, favorecendo positivamente o aprendizado para o cuidar da criança no ambiente domiciliar.

O treinamento da mãe para o cuidado do(a) RN prematuro(a) no domicílio deve ocorrer durante toda a internação da criança, procurando desenvolver habilidades e transmissão de conhecimentos específicos (MORAES, QUIRINO, ALMEIDA, 2009).

Para isso, é importante poder contar com profissionais de saúde capacitados(as) que componham uma equipe multidisciplinar, junto às mães de crianças prematuras e/ou baixo peso ao nascer. Esses profissionais devem assisti-las desde o primeiro contato com seu(sua) filho(a), estimulando-as a expressar seus sentimentos, para aliviar suas ansiedades e angústias, principalmente relacionadas à prática da amamentação (BRAGA, MACHADO, BOSI, 2008).

Durante a coleta de informações na Unidade Canguru, foi fácil observar, na rotina diária, que as mães adquirem progressivamente autonomia para cuidarem de suas crianças, incluindo desde a troca de fralda; a realização do banho; administração da dieta por sonda; a oferta de leite no copo; o posicionamento adequado para amamentação; os cuidados antirrefluxo que incluíam posição adequada da criança para amamentar e arrotar, posição para troca de fralda e para dormir, dentre outras.

Os(as) profissionais de saúde, especialmente a(o) enfermeira(o), a(o) técnica de enfermagem (o) e a(o) fisioterapeuta são os(as) facilitadores(orais) desse processo de aprendizado e de supervisão. Essas afirmativas são confirmadas nos depoimentos dessas mães,

Eu aprendi muita coisa, que[...] eu não sabia. Também, eu aprendi que quando a criança se engasga, eu não sabia o que fazer, agora já sei. Aprendi a cuidar dele mais, a dar um banho, que do meu outro menino eu nem cuidava direito, não sabia nem dar um banho, agora eu já sei, trocar uma fralda agora eu já sei, que elas me ensinaram, me ensinaram muita coisa aqui, muita coisa mesmo que eu não sabia, agora já sei[...] (E₃).

A vantagem é que eu vou sair sabendo cuidar deles, que eu não tenho experiência nenhuma, mãe de primeira viagem. E elas ensinam a dar banho, como aprender a dar mama (Of._b; E₂).

É bom o aprendizado, pra gente conhecer mais o nosso filho, os sintomas que ele sente, como cólica, a gente aprende várias coisas, o banhozinho [...] dele aqui é diferente, é enroladinho, as medicações, como agir com o bebê prematuro, como lidar[...] com o bebê prematuro, os riscos[...] que eu não sabia, que é meu primeiro filho, pra mim só isso (E₁₁).

Essa autonomia das mães para o cuidado do(a) RN durante a permanência na Unidade Canguru é bastante relevante, pois as mesmas irão cuidar de seu(sua) filho(a) no domicílio sem o auxílio do(a) profissional de saúde. É necessário que estas se sintam seguras para identificar os sinais de alerta e da necessidade de retorno à unidade hospitalar para acompanhamento e avaliação; realizar os cuidados preventivos; os cuidados higiênicos e amamentação sob livre demanda; além da importância da rede de apoio familiar para auxiliá-la nesse processo.

A rede de apoio que a mãe tem para o processo cuidar/cuidado no domicílio inclui o suporte oferecido pela família ou outras pessoas que se dispõem a ajudá-la, a organização de serviços que proporcionam assistência ao indivíduo, o amparo social, educativo, espiritual e de saúde (MORAES, QUIRINO, ALMEIDA, 2009).

Embora seja de suma importância essa rede de apoio domiciliar, é também relevante a participação familiar desde o momento da internação da criança e de sua mãe no alojamento canguru, pois além de acolhê-la e orientá-la para o cuidado domiciliar, fornece um amparo a essa mãe e RN em todo o processo de internação hospitalar.

O preparo da família para a alta do prematuro das Unidades Neonatais pode ser considerada como um desafio para a equipe de enfermagem. Não deve se constituir, portanto, de um momento isolado quando da alta hospitalar do(a) RN, mas deve ser considerada como um processo contínuo a ser iniciado quando da entrada do(a) RN na instituição, apoiado em ações que requerem uma avaliação permanente das demandas do(a) RN e família (SCHMIDT, et al. 2011).

Neste estudo, observamos pouca participação do pai ou outro membro familiar na Unidade Canguru, pois, quase sempre encontrávamos apenas as mães cuidando de seus(suas) filhos(as). Como a presença do pai ou da avó se limitava ao horário de visita, a posição canguru sempre era realizada pela mãe. Observamos, na Instituição A, a permanência da irmã da genitora por um período um pouco mais de 24h na Unidade Canguru, em decorrência do afastamento dessa mãe por problema de saúde (conjuntivite).

4.4 DIFICULDADES PARA VIVÊNCIA E CONVIVÊNCIA NO MÉTODO CANGURU

É de fundamental importância uma atenção especial para as mães que convivem na Enfermária Canguru e, acima de tudo, que se tenha sensibilidade para tornar essas mulheres visíveis. Diante da especificidade, essas mães estão inseridas em contextos sociais reais que impõem, de forma sutil ou não, as dificuldades da sua vivência (MARTINS, SANTOS 2008).

Nesse sentido, a convivência no Método Canguru é vista por muitas mães como difícil, pelo fato de estar em um quarto único, sem privacidade, ao lado de várias pessoas estranhas e com hábitos, costumes e atitudes diferentes, permanecendo em unidades de alojamento conjunto, em espaços com uma média de dez leitos. Relataram:

Eu nunca gostei de viver assim [...]da convivência com muita gente, pra mim nunca convivi... Mas tem uma dificuldade que nem todo mundo é bom com a pessoa, nem todo mundo trata a pessoa como a gente merece ser tratada...a dificuldade aqui é a convivência, que nem todo mundo se adapta a viver num ambiente em conjunto né...Então eu acho que a convivência foi difícil [...] (E₁).

As dificuldades é que às vezes é complicado conviver com outras pessoas, às vezes pode ter conflito, às vezes não, mas as dificuldades também é está longe de casa[...] (E₁₂).

A dificuldade também ali lá não tem muita privacidade da pessoa (E₄).

Também conviver com gente estranha, essas pessoas ficam criticando, ficam arrastando cadeira, ficam gritando, ficam cantando [...] (E₆).

Nesse sentido, é de fundamental importância proporcionar um ambiente o mais acolhedor possível, além disso é também importante pensar em uma estrutura mais adequada que ofereça um pouco mais de privacidade a essas mulheres e família, além de favorecer um pouco mais de conforto, principalmente porque as mesmas deixam suas casas e demais familiares para conviverem em um ambiente totalmente estranho.

Outro aspecto levantado pelas mães é a desordem que acaba acarretando na sua estrutura familiar, pelo fato de se ausentarem por muitos dias de suas casas, somado à preocupação com a atenção e cuidados de outros(as) filhos(as), marido, além do reflexo que esse afastamento tem na situação econômico-financeira.

Martins e Santos (2008) corroboram essas questões, ao enfatizarem que a ausência materna da residência altera a dinâmica familiar, tanto no desempenho de papéis sociais como

nas relações afetivas. Concluem que as mães, ao deixarem suas atividades domésticas para permanecer com RN prematuro(a) na Unidade Canguru, comprometem o cuidado dos outros membros familiares. Esse relato também pode ser confirmado neste estudo nas falas a seguir:

[...] Eu tive que mandar meu filho pro interior. Eu fiquei separada dos dois [...] um aqui o outro lá. Então, foi difícil. Mas graças a Deus tá acabando [...] (E₁).

[...] pelo fato de eu ter outros filhos lá fora, tanta coisa junta chega um tempo que você tá aí dentro, muito tempo aí dentro [...] que parece que você tá preso não pode sair, é muitas regras, muitas coisas que acontecem, aí [...] (E₂).

[...] quem tem outros filhos em casa, e está aqui pra cuidar dele, agente deixa a casa toda desordenada porque é um outro filho pra cuidar, essas coisas. Então agente acaba mexendo com o emocional da gente direito (Of._b; E₁).

Tá tudo bagunçado, tá uma desordem total, quando eu chegar (em casa) vai demorar pra colocar tudo no lugar, até a vida financeira da gente, você fica presa não pode sair [...] (E₁₄).

Sendo assim, é necessário que as normas preconizadas no manual do Método Canguru sejam realmente efetivadas nessas unidades, que venham a dar mais flexibilidade, permitindo que essas mulheres tenham a livre opção de escolher em ficar ou não na unidade ou até mesmo fazê-lo de forma parcial. Para aquelas que não podem ou não querem permanecer de forma integral, que possibilite a elas ficarem com seus(suas) filhos(as) durante o dia e poderem dormir em suas casas durante a noite, ou até mesmo revezar com o pai ou outro familiar disponível.

Neste estudo, a maioria das mães relatou que a maior dificuldade era estar longe de suas casas, por sentirem saudades do esposo, de outros(as) filhos(as) e demais familiares. O que também foi encontrado no estudo de Campos et al. (2008), no qual as mães sentiam além do bem-estar de estar próximos de seus filhos no MC, tristeza, por estarem longe de sua família e/ou outros(as) filhos(as).

Essas questões também foram encontradas no estudo de Ribeiro (2006), ao enfatizar que o distanciamento do convívio familiar foi evidenciado pelas mulheres com muito sofrimento, lágrimas, além da preocupação e da saudade com o cotidiano da família e das atividades laborais. Tais sentimentos foram verbalizados pelas entrevistadas, ao afirmarem:

A dificuldade é que a gente sente muita saudade da família né, tem horas que dá vontade de largar tudo e voltar, mas a gente pensa que a gente tá aqui não é nem pela gente, mas é pela criança. Tem horas que me dava vontade de pedir pra ir pra casa, mas depois eu pensava nele, não vou ficar, pois quem precisa de mim é ele (E₃).

A dificuldade é porque, eu sou do interior, é longe, eu tenho família lá, fica mais difícil assim pra mim, eu fico triste, eu tenho uma filha também, é difícil ficar assim longe, sem saber dela, como é que ela tá, sem vê, é isso[...] (E₅).

A saudade de casa é a única coisa que faz ficar difícil a convivência aqui [...] Fora isso, não tem muitas dificuldade não, graças a Deus minhas companheiras do quarto são legais, só me chateia um pouco quando se metem na minha vida sem eu pedir, isso me estressa, fora isso tem nada não. Tem dificuldade nenhuma não, tirando a saudade de casa (E₁₁).

[...] quando chega a noite então a gente sente muita falta, mesmo a gente estando com o nosso bebê a gente sente muita falta de casa da gente e da família, eu não vou menti. No começo, na segunda-feira eu chorei muito, porque eu sentia falta de casa, do meu esposo e só é nós dois, um depende do outro, eu chorava bastante[...] (E₁₂).

A dificuldade é não estar em casa porque eu nunca tinha demorado tanto depois que eu me casei, do meu lar entendeu? E, meu marido trabalha, e ele vem um dia sim um dia não e eu fico muito tempo sem ver ele [...] (Of._b; E₂).

[...] mas é difícil ficar longe de minha casa, de minha família (E₈).

[...] então a gente sente falta da filha, do esposo e tudo, só que é uma experiência nova [...] (Of._a; E₃)

Além da saudade de casa e da família, o sentimento de “confinamento e prisão” é expresso por algumas dessas mulheres. Muitas compreendem a importância de estar ali para recuperação da criança e vínculo afetivo entre ambos, porém, à proporção que o tempo de internamento se prolongava o sentimento de estar presa lhes causava estresse muito grande, conforme pode ser verificado nas seguintes falas:

[...] o mais difícil era ficar aqui dentro, ficar presa aqui dentro [...] Você não pode sair, você não pode ir à rua, você tem que ficar aqui 24 horas. Então, o mais difícil foi isso. Enquanto eu vinha pra NEO (UTI Neonatal) e voltava (para casa) para mim tava tudo tranquilo. Eu vinha todos os dias, nunca deixei um dia de vim. Mas ali tava muito tranquilo, mas conviver aqui dentro [...] (E₁).

E aí tá sendo uma coisa muito difícil para mim longe da minha família, longe do meu marido, longe da minha mãe... tá sendo é muito difícil ficar aqui dentro trancada. Você não quer ficar trancada [...] (E₆).

[...] a dificuldade é porque eu, no meu caso, não aguento mais ficar aqui, porque eu já tenho muito tempo aqui no hospital. Eu fiz 1 mês e 6 dias aqui, estou contando os dias já! Então para mim já tá fora de [...] não aguento mais. Eu não almoço, eu não durmo direito mais, porque eu sinto muita saudade de minha casa, né?[...] (E₁₄).

A minha dificuldade é essa porque eu não estou em casa, parei de sair, nunca fiquei muito tempo assim em um ambiente fechado sem estar lá fora, é isso mesmo (Of._a; E₂).

É imprescindível o papel da equipe de saúde, ao proporcionar um ambiente mais acolhedor, envolvendo nesse processo a importante rede de apoio dessa mãe, a sua família, associada à auscultação qualificada, buscando entender cada necessidade singular e presteza nos encaminhamentos necessários para a solução das demandas e o bem-estar da mulher.

Nesse sentido, durante as entrevistas e oficinas, algumas mães deram sugestões para tornar a vivência na Unidade Canguru menos sofrida e mais agradável, que inclui: melhoria na estrutura física da unidade como o aumento do espaço físico e instalação de divisórias para dar mais privacidade; reduzir a luminosidade durante a noite; espaço privativo para visitas; melhora na qualidade da alimentação, limpeza que proporcione conforto, associado ao um olhar de enfermagem mais vigilante que não necessite de solicitação. Tais sugestões estão expressas nas falas a seguir:

Acho que deveria ter um espaço melhorzinho pras visitas, porque é um espaço que se chegar minhas visitas, daqui a pouco chega as de minha colega, e fica só em um espaço, não tem privacidade, ou até que juntasse todas as visitas em um espaço melhor, espaço maior, os quartos deveriam ter pelos menos [...] duas companheiras, duas colegas por quarto, fosse mais fechadinho pra gente trocar a roupa, porque às vezes vem muitos médicos, outras pessoas, tem pais, que a gente não pode tirar a roupa assim, fica complicado, só isso (E₁₁).

Também algumas enfermeiras, nem todas, algumas que ficam mais no computador, tem criança que fica chorando e elas nem vão olhar o que é que tem. A gente tem que ficar chamando, acho que isso deveria mudar. Só isso! (E₁₅).

Eu acho que deveria ter uma área pra gente ficar ao ar livre, tomar um sol, porque a gente fica muito presa em um lugar só, confinada, ter uma área para gente tomar um sol, pra respirar, acho só isso precisaria para melhorar (E₈).

Eu sugeriria que crescesse mais, porque é muito pequeno aquele espaço, até pra gente locomover é pequeno tá muito pouco espaço para muita gente (E₇).

[...] o ambiente tem que ser mais silencioso, o mais escuro possível para que o bebê não venha a sofrer com essas agressões externas[...] (E₁₆).

Em relação ao apoio de enfermagem, outra questão fortemente mencionada pelas mães para solução de algumas dificuldades é a escassez do profissional de enfermagem que lhes possibilitasse ter mais suporte, pois muitas vezes se sentem desamparadas, principalmente as mães de gemelares, durante a madrugada, já que não podem contar com a presença de um acompanhante. Sentem-se prejudicadas, pois não podem receber auxílio também da companheira de quarto em razão das normas institucionais que previnem o risco de infecção cruzada.

Apontam, também, a necessidade de melhor entrosamento e comunicação entre a equipe de saúde, no sentido de estabelecerem normas e rotinas padronizadas que satisfaçam a todos(as), como pode ser observado nesses depoimentos:

Porque elas querem dizer que às vezes a gente está precisando de um suporte de madrugada ,às vezes elas ficam não dia o todo, e a gente às vezes chora, a gente precisa pegar (o(a) RN) e não pode. Por exemplo, o meu tá dormindo, o dela que são gêmeos, chora os dois, ela só pode pegar um às vezes ela precisa de ajuda, e a enfermeira tá no face (facebook) e não vem ajudar aí ela chora! (Of. _b; E₁).

[...] achava que deveria, foi como eu já havia falado as enfermeiras estarem em comum acordo, junto com a fono (fonoaudióloga), com a médica, porque aí o trabalho vai ser bem melhor. A minha sugestão é trabalhar em conjunto, entendeu?! Mudou o plantão na hora de passar tem que seguir aquilo que tá no prontuário, entendeu?! Que aquilo que foi decidido. Não é cada um trabalhar da sua maneira, trabalhar da maneira que foi informada para fazer, tanto a fono, quanto a pediatra, as enfermeiras, técnicas. É a única coisa que eu acho que tem que entrar em comum acordo (E₁₄).

Matos, Pires e Campos (2009) corroboram essas sugestões, ao afirmarem que a atuação das equipes interdisciplinares é bastante relevante para a realização de mudanças que beneficiem os(as) usuário(as)s e os(as) trabalhadores(as), bem como a reorganização no modo de fazer assistência à saúde, a partir dos espaços de trabalho. Além disso, comporta o aumento do vínculo, acolhimento, humanização da assistência e melhora no acesso dos (as)usuários(as) aos(às) profissionais e aos serviços de saúde.

Desse modo, concordamos com Schmidt e colaboradores (2011), ao afirmarem que é de fundamental importância que os serviços e as equipes de saúde percebam as necessidades de esforços crescentes, no sentido da padronização das ações educativas e assistenciais, considerando as contingências específicas desta clientela, e reconhecendo, nos pais e nas mães, família do(a) RN prematuro(a), uma parceria para a construção de uma assistência de maior qualidade, passível de se estender ao domicílio de cada RN atendido(a).

4.4.1 Ambivalência do ser humano

O sujeito pode ser compreendido através de um conjunto de vivências afetivas nas várias situações da vida, nas suas relações familiares, sociais e no trabalho. Sendo, portanto, aquele que entra em contato com o mundo, faz registro de suas experiências emocionais e afetivas vivenciadas desde o nascimento e ao longo de sua existência. Como afirmam Bertão, e Hashimoto (2006), essas experiências dizem respeito às situações de frustração sentidas pela falta, isto, é pelas ausências e desprazeres impostos pelo mundo tanto familiar como social.

Nesse sentido, é compreensível o sentimento ambivalente que pode ocorrer com essas mães, principalmente por estarem vivendo em um local desconhecido e com pessoas estranhas, deixando de lado pessoas significativas, como outros(as) filhos(as) e marido, para viverem na Unidade Canguru por um período de tempo, muitas vezes, indeterminado.

O depoimento a seguir confirma a afirmativa de Bertão e Hashimoto (2006), de que o estado de normalidade psicológico do indivíduo pode ser alterado através da vivência de experiências constrangedoras, podendo apresentar uma defesa psíquica para suportar esse conflito.

[...] o fato da gente tá ali dentro, saber que a gente tem uma vida lá fora. De repente parar tudo para ficar aqui só, a rotina, vou dizer assim que é rotina, todo dia come, dorme, levanta, faz a mesma coisa [...] ficar ali dentro não é fácil, eu já não estava no estado de estresse que eu olhava pra minha filha e já imaginava jogar minha filha no chão, na parede, e depois aquilo me doía tanto, que eu chorava porque eu não queria tá com aquele pensamento sobre minha filha, chegar ao ponto de pegar jogar lá, de maltratar, de machucar, de “aaaa’ colocar no peito com ignorância [...]” a cala a boca, vai dormir não chore não” [...], por causa do estresse, aquela coisa que eu já tava vivendo, então chegou um ponto que nem eu mesmo, disse meu Deus eu tenho que ir pra casa, tenho que me afastar um pouco daqui, pra melhorar minha situação com minha filha e com o pessoal que trabalha aqui dentro [...] (E₂)

Concordamos que não é fácil deixar tudo de lado, se afastar de tudo e de todos mesmo por uma grande causa, e diante da possibilidade de ter essa situação amenizada. Sendo assim, é importante rever normas, rotinas padronizadas e pensar um pouco na individualidade de cada mulher, pois diante do que foi expresso, o grau de estresse vivido por elas é muito grande, chegando ao ponto de querer jogar a filha na parede.

Nesse contexto, a utilização de atividades educativas que favoreçam a atuação dessas mães é um importante recurso para minimizar o sentimento de confinamento expresso por essas mulheres, principalmente a realização de atividades que lhes possibilitem se expressar e que facilitem a troca de experiências, como a utilização de oficinas e grupos focais.

Segundo Lelis, Machado e Cardoso (2009), a não utilização de atividades em grupo como estratégia metodológica interfere de forma negativa para efetivação do entendimento de mães sobre diversos assuntos tratados durante as ações realizadas. O trabalho realizado com grupo de pessoas com objetivos comuns fortalece e enriquece a discussão do problema ou dos saberes a serem discutidos, permitindo mudança de hábitos e incorporação dos conhecimentos.

Outro recurso importante para minimizar esse sentimento de “confinamento” é a utilização de atividades artesanais que permitam o uso da criatividade dessas mães, as quais irão oportunizar às mesmas criarem com suas próprias mãos objetos que lhe trarão algum significado e momentos de satisfação pessoal.

4.5 ATENDENDO ÀS CONSTRUÇÕES SOCIAIS DA MATERNAGEM

O modelo de mãe que vemos nos dias atuais, amorosa e dedicada, começou a ser moldado no final do século XVIII. O papel da mãe nem sempre foi visto dessa forma, como um amor instintivo e que toda mulher nasceu para ser mãe, foi necessária uma modificação radical por mais de 200 anos para que essa ideologia fosse absorvida (LINS, 2012).

Nessa abordagem Badinter (1985) relata que, após insistentes discursos de Rousseau, dos moralistas e médicos para modificarem os hábitos e costumes das mulheres durante o século XVIII, o amor materno se distanciou um pouco do caráter biológico vigente e passou a se configurar como uma obrigação ou dever moral para com a sociedade. Nesse sentido, a mulher deveria se responsabilizar com a educação de seus(suas) filhos(as), visto ser a única capaz de exercer tal papel.

Neste estudo pudemos observar em vários momentos que a maioria das mães, mesmo com vários problemas relacionados à permanência na Unidade Canguru, referiu estar satisfeita em estar ao lado de suas crianças, embora ansiosa, com saudades de suas casas, marido e de outros(as) filhos(as).

Segundo Lins (2012), a mulher se anula buscando atender ao imperativo social de ser boa mãe e progressivamente suas responsabilidades aumentam, chegando a não ter mais tempo livre, e se conformam em sacrificar-se para que seu filho viva bem ao seu lado.

Para as mães, o mais importante é priorizar o bem-estar de sua criança, muitas vezes incompatível com seu planejamento de vida (BRAGA, MACHADO, BOSI, 2008). Os depoimentos a seguir referendam esses enunciados,

[...] eu fiquei por ele, ele precisava, fazia tudo de novo [...] (E₁).

[...] eu estou aqui por ele entendeu? Então todos os obstáculos por causa dele eu estou aqui (E₁₃).

Essa forma de maternar contribui para formação do vínculo, fortalecimento do amor construído, de modo incondicional, fortemente influenciado pelas questões de gênero, socialmente construídos, e que fortalece o dever da mulher cuidar dos(as) filhos(as).

Como afirma Badinter (1985), o amor maternal não é um sentimento próprio da condição de ser mulher, não é um determinismo, mas algo que foi construído socialmente

desde o princípio do século XIX.

Segundo Chodorow (1990), a maternação das mulheres, bem como a organização dos cuidados maternos e paternos, está fundamentalmente integrada à organização social do gênero. Assim sendo, as mulheres são predispostas psicologicamente para a maternação por conta da situação que ocorre desde o seu desenvolvimento inicial, no qual crescem, convivendo com discursos e exemplos de outras mulheres que veem na maternagem algo sublime.

No estudo, muitas mães repetiam que independiam de sua vontade, que estavam ali apenas por causa da criança, razão esta que superava seus problemas e dificuldades. Como pode ser expresso nessas falas,

[...] chorava bastante, só que aí as pessoas lá dentro ficaram assim falando você quer desistir? Seu filho vai voltar pra semi(unidade semi-intensiva) e tal, e quando eu pensava que meu filho ia voltar para lá, aí não, e eu fui forte e aquilo foi me dando força e até hoje, se for passar essa semana e a outra, pra mim não importa, eu estou com ele e eu sei que a gente vai sair e não vai ficar aqui pra sempre (E₁₂).

[...]Tem horas que dá vontade de largar tudo e voltar, mas a gente pensa que a gente tá aqui não é nem pela gente, mas é pela criança. Tem horas que me dava vontade de pedir pra ir para casa, mas depois eu pensava nele, não vou ficar, pois quem precisa de mim é ele (E₃).

[...] Quer dizer que eu tenho que ficar por causa dele, mas que eu gosto não gosto não [...] (Of._b; E₃).

Neste estudo, em ambas as instituições os pais pouco apareciam no horário de visita e mesmo em tão pouco tempo que permaneciam na unidade, não se envolviam e não eram envolvidos nos cuidados das crianças. Compreensivo diante do novo, do desconhecido, restando, portanto, a tarefa apenas para as mães, o que provavelmente se repetirá no domicílio, e desta vez sem o apoio dos(as) profissionais de saúde e que se somarão às tarefas domésticas, definidas na sociedade e na maioria dos espaços domésticos como atividade de responsabilidade da mulher.

Tal fato é confirmado no estudo de Arivabene e Tyrrel (2010), no qual, ficou explícito que a não aderência dos pais e demais familiares ao MC dificulta a relação entre a mãe e outros entes sociais.

Segundo Gomes e colaboradores (2007), é de suma importância uma nova concepção da família, fundamentada em relações mais simétricas entre homens e mulheres, entre pais e filhos, a qual permita uma mudança na conformação dos comportamentos sociais.

Esses mesmos autores reforçam que as relações na família são atravessadas por relações de poder, nas quais as mulheres e crianças obedecem ao chefe da casa, ou ao homem da casa, tido como autoridade máxima no núcleo familiar. Dessa forma, o poder do homem é socialmente legitimado, seja no papel de esposo, seja no papel de pai (GOMES, et al., 2007).

É fácil compreender que essas questões de gênero ainda são fortemente vigentes nos dias atuais, reforçando a ideia da procriação e o papel feminino na realização dos afazeres domésticos, socialização dos filhos(as), cuidados com outros como idosos, pessoas doentes entre outros.

Freire (2008) enfatiza que, desde a década de 1920, diversos atores da sociedade, dentre eles educadores, políticos, juristas, feministas, médicos consideravam a maternidade como o principal papel social das mulheres, além de ser a essência da mulher, era também concebida simultaneamente como um instinto inerente à natureza feminina, uma missão divina e um dever social.

Para Lins (2012), até meados do século XVIII, a criança era considerada como um empecilho para a mãe na vida conjugal e nos prazeres mundanos, sendo considerado deselegante o cuidar de uma criança. A maioria das vezes as crianças eram entregues a uma ama de leite logo após o nascimento, ficando com essas até os 4 ou 5 anos de idade, “isso quando sobreviviam”.

Afirma que a mãe da contemporaneidade começou a ser moldada no final do século XVIII, através de uma inovação mental, em que a imagem da mãe, seu papel e sua importância se modificou de forma radical. Essa nova ideologia maternal passou por uma árdua luta de mais de 100 anos, para vir a ser absorvida por essas mulheres e para a sociedade em geral (LINS, 2012).

Dessa forma, o papel que hoje atribuímos às mulheres e mães, antes não tinha a real importância que lhe damos atualmente, pois as mães tinham seus filhos(as) e quem cuidava eram as amas de leite, de forma muito precária. As crianças viviam em péssimas condições de vida, sendo criadas por pessoas que não tinham nenhum parentesco e pouca afeição, quando chegavam a sobreviver, era de forma muito desumana. Essa afirmativa tem respaldo nos escritos da autora Elizabeth Badinter (1985) em “O mito do amor materno” que descreve como se deu a construção desse amor.

Apesar de diversas mudanças ocorridas em relação à maternagem, a maternidade continua sendo afirmada como um elemento muito forte da cultura e identidade feminina pela sua ligação com o corpo e com a natureza (SCAVONE, 2001).

Faz-se necessária uma mudança de postura dos(as) profissionais de saúde e até mesmo das mulheres em questão, incentivando a participação de forma mais ativa dos homens nesses cuidados, além de reforçar o empoderamento dessas mulheres a respeito das relações desiguais de gênero. Para isso, essa aproximação com as construções de gênero tem de começar no ensino fundamental.

Dessa forma, o espaço da escola, além da família e ambiente da saúde são locais importantes para formação dessas crianças, incentivando desde cedo à igualdade social, nas relações entre homens e homens, mulheres e mulheres, e homens e mulheres. Sendo esta abordagem incentivada pelo Ministério de Educação e Cultura – MEC por meio da Lei 12.852 de 05 agosto de 2013, a qual propõe inclusão de temas sobre questões étnicas, raciais, de deficiência, de orientação sexual, de gênero e de violência doméstica e sexual praticada contra a mulher na formação dos profissionais de educação, de saúde e de segurança pública e dos operadores do direito (BRASIL,2013).

Segundo Scavone (2001), a maternidade moderna tem como ideal uma relação familiar com equidade de gênero na responsabilidade parental, porém a sua concretização ainda está longe de ser alcançada em todos seus aspectos, pois ela pressupõe uma relação igualitária entre os sexos. Para alcançar esta equidade, muitos elementos estão em jogo e, entre eles, a emergência de uma nova sensibilidade social que derrube o determinismo biológico (SCAVONE, 2001).

O papel atual das mães para o cuidado dessas crianças é de grande relevância e de suma importância para a sobrevivência dessas, especialmente das prematuras que requerem um cuidado especial e diferenciado, contudo é importante ressaltar que este cuidado deverá ser compartilhado com o pai e contar com suporte e apoio familiar.

O pai e demais familiares são também atores importantes para a continuidade desses cuidados, pois como mencionado, as mulheres são muitas vezes sobrecarregadas não restando tempo para cuidarem de si. É necessário um olhar diferenciado para essas mães, no sentido de lhe oportunizarem uma autovalorização.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência e cuidados neonatais associados ao MC reforçam seu valor para a sobrevivência e redução da morbidade de neonatos. Ao lado disso, a observância das questões individuais que possam facilitar ou atender às necessidades singulares de cada mãe, além de significativo, são elementos primordiais para sua autodeterminação e autonomia, importantes para o alcance da cidadania.

Observamos que a vivência contínua na enfermaria do MC evidenciou a construção de conhecimento que está atrelada ao aumento ou aquisição de experiências, principalmente para as primíparas, por se tratar de RN prematuro(a) que necessita de cuidado singular e diferenciado, somado ao aumento do vínculo entre mãe e RN, com os demais familiares e profissionais de saúde, permitindo também ser um espaço de criação e ampliação das relações sociais.

O preparo da mãe para o cuidado do(a) RN na volta ao lar é algo que deve ser trabalhado desde a primeira etapa do MC, pois essa mãe não irá contar com ajuda de profissionais no domicílio, necessitando desse prévio aprendizado para aquisição de experiência e autonomia para realização desses cuidados.

Neste estudo foi observado que as mães vão adquirindo o conhecimento específico para o cuidado com o(a) RN de modo gradativo, fortalecendo também de maneira progressiva a sua autonomia para cuidar de seus (suas) filhos(as), desde a troca de fralda; a realização do banho; administração da dieta por sonda e pelo copo; o posicionamento adequado para amamentação; os cuidados anti-refluxos que incluem a posição adequada da criança para amamentar e arrotar, a posição para troca de fralda e para dormir, dentre outras.

Para o alcance dessa meta, é importante a atuação da equipe multidisciplinar na orientação, no preparo e no acolhimento dessa mãe e família, além da imprescindível participação da rede de apoio familiar. Verificamos que a pouca participação do pai ou outro membro da família na Unidade Canguru fragiliza os laços afetivos familiares, além de limitar ou dificultar a participação desse pai e demais familiares no apoio à mãe, quando retornarem ao domicílio.

Além disso, essa participação limitada dificulta sua adesão ao Método Canguru, o que, por sua vez, poderá prejudicar a formação e ligação afetiva entre mãe e recém-nascido (a), enfraquecendo assim o aprendizado na Unidade Canguru e sua continuação em domicílio.

As mães expressaram várias dificuldades, como a falta de privacidade por ficarem em

uma enfermaria de alojamento conjunto em um único quarto, considerando o espaço pequeno e desconfortável. Encaram a longa permanência como uma espécie de “confinamento”, o qual, na maioria das vezes causa desordem na estrutura familiar, pelo fato de permanecerem por muitos dias fora de suas casas, resultando em preocupação relativa aos cuidados de outros (as) filhos(as) e do marido, além de influenciar na situação econômico-financeira.

Fica explícito o importante papel da equipe de saúde, ao proporcionar um ambiente o mais acolhedor possível, buscando entender cada necessidade singular, com os devidos encaminhamentos para possível solução e bem-estar da mulher. Acreditamos como fundamental que se estabeleçam esforços crescentes, no sentido de padronizar as ações, considerando as especificidades de cada mãe, e reconhecendo, nessas, nos pais e demais familiares, uma parceria para a construção de uma assistência que atenda de fato aos objetivos do MC.

É importante pensar em uma estrutura mais adequada que ofereça um pouco mais de privacidade e conforto a essas mulheres e à família. Além disso, vemos como necessário dar maior flexibilidade às rotinas da Unidade Canguru, que permita a essas mulheres escolherem em permanecer de modo contínuo ou parcial.

A utilização de atividades educativas, oficinas e grupos focais são estratégias importantes que favorecem a expressão de sentimentos dessas mães e funciona como um importante recurso para minimizar angústia e ansiedade. Ao lado dessas estratégias, o desenvolvimento de atividades artesanais, que permita o uso da criatividade, oportunizará às mesmas criarem com suas próprias mãos objetos que lhe trarão algum significado e momentos de satisfação pessoal que contribuirão para minimizar o sentimento de “confinamento”.

A frase construída e socializada de que “ser mãe é padecer no paraíso” nos parece ter sido incorporada pela maioria das mães, pois, mesmo relatando várias dificuldades para sua permanência na Unidade Canguru, refeririam estarem satisfeitas, pelo fato de poder estar ao lado de suas crianças, embora ansiosas, com saudades de suas casas, marido e de outros (as) filhos(as).

Esse fato é perfeitamente compreensível, pois nos é ensinado ao longo de nossa vida, seja na escola, na convivência em família e com outras pessoas que é dever das mulheres cuidarem das casas, dos filhos e do marido, devendo se sacrificar pela família. Diante de tal imperativo, aquelas que fugirem desse padrão serão taxadas como péssimas mães, mulheres desalmadas, dentre outros adjetivos.

Os (as) profissionais de saúde poderão fornecer suporte às mães que se encontram no MC, mediante sua qualificação e formação sobre as construções sociais de gênero, a partir da qual, esses(as) adquirirão ferramentas teóricas que lhes darão oportunidade para “empoderar” essas mães, em relação a vários elementos que envolvem as questões de gênero. Essa assertiva deve contemplar não somente os ambientes hospitalares, mas outros espaços sociais como escolas, centros comunitários, grupos de jovens dentre outros que contribuam com a formação do(a) cidadão(a).

Sendo assim, é de suma importância a formação de professores com abordagens de gênero, pois mesmo vivendo em pleno século XXI as crianças continuam reproduzindo que o mundo da mulher é o privado, doméstico e o dos homens é o espaço público, sem fronteiras. O que por sua vez tem se refletido no aumento da mortalidade de jovens do sexo masculino por causas externas, violência doméstica principalmente contra a mulher, dentre outras intercorrências.

O objetivo da formação de professores em gênero é dar-lhes subsídio teórico para identificar as construções de gênero presentes na educação familiar, com a finalidade de diminuir as desigualdades sociais, através de uma formação não sexista e afirmação da igualdade entre mulheres e homens. A construção social dos papéis, estereótipos e desejos de maternidade e paternidade são temas construídos na família e escola, os quais precisam ser discutidos amplamente, diante da necessidade de serem revisitados em busca de uma sociedade mais igualitária.

Nesse contexto, a participação e o envolvimento do homem no cuidado com os(as) filhos(as) precisam ser incentivados, modelo este que deve ser visto pelas crianças nas suas casas e reforçado pela orientação da família e professores(as) na escola, dentre outros aspectos que incluem a preparação da mulher para o espaço público e privado de forma semelhante às oportunidades destinadas ao homem.

Embora a realização do estudo tenha cursado com facilidades, com atividades colaborativas e disponibilidade dos(as) profissionais e das mães, participantes deste, destacamos como dificuldades a reforma física e estrutural das unidades, em ambas as instituições, o que exigiu a improvisação de outro espaço para a realização das entrevistas e oficinas. Ao lado disso, cremos que, em razão de a mulher não estar acostumada a ter voz e ser protagonista de sua própria história, contribuiu para dificultar a expressão e participação efetiva dessas, nas oficinas e entrevistas.

As dificuldades encontradas, contudo, não impediram o alcance do objetivo proposto e

nos oportunizou adquirir experiência e aprendizado mediante a troca de saberes com as mães que conviviam na Unidade Canguru.

Acreditamos ser importante o desenvolvimento de estudos de intervenção que possibilitem a elaboração e implantação de estratégias que atendam aos objetivos do MC e reduzam insatisfação, angústia e sofrimento dessas mães, além de fornecer elementos que sensibilizem a equipe de saúde, gestores institucionais, governantes para viabilizarem mudanças com foco na humanização da assistência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Honorina de, et al. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v. 86, n. 3, p.250-253, 2010. Disponível em :< <http://www.scielo.com.br>>, Acesso em 30/09/2012

ALMEIDA, Mariza Silva. **Assistência de Enfermagem à mulher no período Puerperal: Uma análise das necessidades como subsídios pa construção de indicadores de gênero.**2005, 168 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005

ARAÚJO, Cristiane Luciana de, et al. Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva** (Manguinhos), v.15 n.1, p.301-307, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>, Acesso em : 15/07/2014

ARIVABENE, João Carlos; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** (Ribeirão Preto), v. 18, n. 2, [07 telas] mar-abr, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>, Acesso em : 15/12/2012

BADINTER, Elizabeth. **Um amor Conquistado: O mito do Amor Materno.** Tradução por Waltensir Dutra. Rio de Janeiro:Nova Fronteira, 1985

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Edição Revista e Actualizada. Tradução por Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 71, 2011

BERTÃO, Flávia R. B. M; HASHIMOTO, Francisco I. Entre o desejo e o sofrimento psíquico no trabalho: um estudo de caso com professora de educação infantil. **Rev. Psicol.** (Belo Horizonte), v.12 n.20 dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682006000200004&script=sci_arttext. Acesso em 05/08/2014

BRASIL, Lei 12.852 de 05 de agosto de 2013. Presidência da República. Brasília, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/2012. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em:<<http://www.conselho.saude.gov.br/.../reso466.pdf> > Acesso em: 02/04/2014

_____.Ministério da Saúde. **Uma Análise dos Nascimentos no Brasil e Regiões.** Brasília, 2009. Disponível em: < <http://www.portal.saude.gov.br>>, Acesso em 10/04/11

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cuidados Gerais: Guia Para os Profissionais de Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, v.1, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília, 2011a. Disponível em [http <www.portal.saude.gov.br>](http://www.portal.saude.gov.br) Acesso em 15/10/12

_____. Ministério da Saúde. **Cuidados com o Recém-Nascido Pré-Termo: Guia Para os Profissionais de Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, v.4 Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília, 2011b. Disponível em: [<http //www.portal.saude.gov.br>](http://www.portal.saude.gov.br) Acesso em 15/10/12

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém- Nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru: Manual técnico 2ºed.** Brasília, 2011c

BRAGA, Danielle Freitas; MACHADO, Márcia Maria Tavares; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Rev. Nutr**(Campinas), v. 21. n. 3, p.293-302, maio/jun., 2008. Disponível em: [<http //www.scielo.com.br>](http://www.scielo.com.br) Acesso em 15/03/14

CAMPOS, Antonia do Carmo Soares, et al. Vivência no método mãe canguru: Percepção da mãe. **Rev. Rene.** (Fortaleza), v. 9, n. 3, jul./set.2008 p. 28-36. Disponível em: [<http//www.scielo.com.br>](http://www.scielo.com.br), Acesso em : 20/01/2014

CASTRO, Adriana Guerra de. Desenvolvimento do sistema sensorio motor oral e motor global em lactentes pré-termo. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica** (Barueri), v. 19, n. 1, p. 29-38, jan.-abr. 2007. Disponível em: [<http//www.scielo.com.br>](http://www.scielo.com.br), Acesso em : 20/06/2011

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**, ed 13º, São Paulo (SP): Afiliada, 2005

CHODOROW, Nancy. **Psicanálise da Maternidade, Uma Crítica a Freud a partir da mulher.** Rio de Janeiro (RJ): Rosa dos Tempos, 1990

COSTA, Roberta Costa; KLOCK, Patrícia; LOCKS, Melissa Orlandi Honorio. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, (Rio de Janeiro), v. 20, n. 3 p.349-53, jul/set, 2012.em:[<http//www.scielo.com.br>](http://www.scielo.com.br), Acesso em 10/03/14

ELEUTÉRIO, Filomena da Rocha Ramos et al. O Imaginário das Mães Sobre a Vivência no Método Mãe-Canguru. **Cienc Cuid Saude** (Manguinhos), v. 7, n. 4 p.439-446, Out/Dez; 2008. Disponível em: [<http://lilacs.bvsalud.org >](http://lilacs.bvsalud.org), Acesso em 10/10/2012

FREIRE, Maria Martha de Luna. ‘Ser mãe é uma ciência’: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. **História, Ciências, Saúde** (Manguinhos), v.15,

supl., p.153-171, jun. 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.com.br>>, Acesso em 10/03/14

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. **Mulher e Cidadania na Nova Ordem Social**. 1Ed. São Paulo: Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero- NEMGE/USP, 1996

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; SCOCHI, Carmem Gracinda Silvan. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev Bras Enferm** (Brasília), v. 58, n. 4 p.444-448, jul-ago, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em 30/03/2012

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5 Ed. São Paulo: Atlas, 184p, 2010

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 Ed. São Paulo: Atlas, 202p, 2006

GOMES, Nadielene Pereira; DINIZ, Normélia Maria Freire; ARAÚJO, Anne Jacob de Souza Araújo; COELHO, Tâmara Maria de Freitas. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paul Enferm** (São Paulo), v. 20, n.4, p.504-8, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103> Acesso em: 23/04/2014

GRANER. Viviane Rodrigues; FARIA, Dieme Elaine Pereira; BARROS, Sonia Maria de Oliveira. **Enfermagem e Reprodução Humana**. In: PROENF SAÚDE MATERNA E NEONATAL, ciclo 2, Porto Alegre: Artmed, 2011

GUIMARÃES, Gisele Perin; MONTICELLI, Marisa. A Formação do Apego Pais/Recém-Nascido Pré-Termo e/ou de Baixo Peso no Método Mãe-Canguru: Uma Contribuição da Enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm** (Florianópolis), v.16, n.4, p. 626-635, Out-Dez, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.com.br>>, Acesso em 30/03/2012

HENNIG, Marcia de Abreu e Silva, et al. Atenção humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso. Método Canguru e Cuidado Centrado na Família: Correspondências e Especificidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva** (Manguinhos), v. 20, n.3, p. 835-852, 2010. Disponível em :< <http://www.scielo.com.br>>, Acesso em 30/09/2012

KAMANDA, Ivone; ROCHA, Semiramis Melani Melo; BARBEIRA, Claudia Benedita dos Santos. Internações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Brasil – 1998-2001. **Rev.Latino-am Enfermagem** (Ribeirão Preto), v.11, n. 4, p.436-443, julho-agosto, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>, Acesso em : 26/04/12

LAMY, Z.C et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru: a proposta brasileira. **Rev.Ciência e Saúde Coletiva** (Manguinhos), v.10, n.3, p.569-668, 2006.

Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>, Acesso em 10/09/12

LAMY, Fernando Filho et al. Avaliação dos resultados neonatais do Método Canguru no Brasil. **J Pediatr.** (Rio de Janeiro), v.84, n.5, p.428-435, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>, Acesso em 10/09/12

LÉLIS, Ana Luíza Paula de Aguiar; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Educação em saúde e a prática de enfermagem ao recém-nascido prematuro. **Rev. Rene.** (Fortaleza), v. 10, n. 4, p. 60-69, out./dez.2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/580>> Acesso em: 23/05/2014.

LINS, Regina Navarro. **A Cama na Varanda: arejando nossas ideias a respeito de amor e sexo: novas tendências.** Ed. Rev. E ampliada. 7 ed. Rio de Janeiro: Bestseller, 2012

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez.** 16 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MANSUR, Luci Helena Baraldo. Experiências de Mulheres sem Filhos: a Mulher **Singular** no Plural. **Psicologia ciência e profissão** (Brasília), v. 23, n. 4, p. 2-11, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>, Acesso em 01/12/12

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa.** In: Técnicas de Pesquisa- planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas. 2011

MARGOTO, Paulo roberto. MOREIRA, Alessandra de Cássia Gonçalves. Classificação do Récem-Nascido. In: SOUZA, Basile Gesteira. **Enfermagem Neonatal: Cuidado Integral ao Récem-Nascido.** São Paulo: Martinari, 2011

MARTINS, Amanda Jesica Viana Santos; SANTOS, Inês Maria Meneses dos. Vivendo do outro lado do método canguru: a experiência materna. **Rev. Eletr. Enf.**(Goiânia) v.10 n.3, 2008, p.703-10. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a16.htm> Acesso em 12/01/2014

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. bras. Enferm** (Brasília), vol.62 no.6 Brasília Nov./Dec. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672009000600010> Acesso em: 23/04/2014

MELLO, Ivana S. Paiva Bezerra. Considerações Sobre o Amor Materno. **Interlocuções (UNICAP)**,v.1,n.1,p.79100,2002.Disponívelem:<http://www.escolafreudianajp.org/.../Amor_

materno_mito_ou_realidade.pdf...>, Acesso em 28/11/12

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10.** São Paulo: HUCITEC, 2008.

MORAIS, Aisiane Cedraz. **O Cuidado à Criança Prematura no Domicílio.** 2008, Dissertação (Mestrado em enfermagem)-Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MORAIS, Aisiane Cedraz; QUIRINO, Marinalva Dias; ALMEIDA, Mariza Silva. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul Enferm** (São Paulo), v.22, n.1, 2009, p. 24-30. Disponível em:<<http://www.scielo.com.br>>, Acesso em 01/12/13

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira et al. Programa Mãe-Canguru e a Relação Mãe-Bebê na Rede Pública de Betim: Pesquisa Qualitativa. **Rev.Psicologia em Estudo** (Maringá), v. 14, n. 3, p. 475-483, jul./set, 2009a. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>, Acesso em 20/07/12

MOREIRA, Jaqueline de Oliveira; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; DIAS, Diego Alonso Soares; MOREIRA, Carla Borges. A incidência do método canguru na relação mãe-bebê **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath.** Online, v. 6, n. 2, p. 19-32, novembro de 2009b. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>, Acesso em 21/01/2014

NEVES, Priscila Nicoletti; REVELLI, Ana Paula Xavier; LEMOS, Juliana Regina. Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo-peso Método Mãe Canguru: Percepções de Puérperas. **Rev Gaúcha Enferm** (Porto Alegre), v.31, n.1,p.48-54 ,mar,2010. Disponível em:<<http://lilacs.bvsalud.org> >, Acesso em 10/10/2012

PAULO, Nilma Dourado. **Cantinho do Canguu.** Disponível em: <<http://maecanguruhgrs.wordpress.com/a-nossa-historia/>> Acesso em 20/03/2014

PEDROSA Claudio, et al. **Metodologias feministas no trabalho com jovens: a experiência com o Grupo de Informação e Ação em Sexualidade (GIAS).** Goiânia: Grupo Transas do Corpo, 2010. 16 p. Disponível em:<[http:// www.transasdocorpo.org.br](http://www.transasdocorpo.org.br)> Acesso em 10/03/2013

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (Goiânia), v. 09, n. 01, p. 200 - 213, 2007 Disponível em:<[http:// www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)>,Acesso em 26/04/2012

RIBEIRO, Aldacy Gonçalves. **O sentido do ser-mulher-puérpera no método mãe canguru.** 2006.119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2006.

SÁ, Fabiane Elpídio; SÁ, Raphael Colares; PINHEIRO, Lêda Maria de Frota; CALLOU, Francisca Eliene de Oliveira. Relações Interpessoais entre os Profissionais e as Mães de

Prematuros da Unidade Canguru. **RBPS** (Fortaleza), v. 23, n.2, abr./jun p. 144-149, 2010. Disponível em:< <http://www.regional.bvsalud.org/>>, Acesso em 20/11/2012

SANTANA, Júlio César Batista, et al. Método mãe canguru e suas implicações na assistência: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enfermagem Revista** (Minas Gerais), v 16. n. 1, .Jan./Abr. 2013. Disponível em:<[http// www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br/)>,Acesso em 26/01/2014

SANTOS, Graciete. BUARQUE, Cristina. **O Que è Gênero?**.Caderno de Texto Gênero e trabalho. Salvador: Redor, p.25-33, 2006

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL, Universidade Federal Da Bahia- Maternidade Climério de Oliveira, **Comissão de Investigação do Óbito Perinatal**, 2011. Disponível em: <<http://slideplayer.com.br/slide/359504/>> Acesso em: 20/03/2013

SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface Comunic, Saúde, Educ** (Botucatu),v.5, n.8, p.47-60, 2001.Disponível em:<[http// www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br/)>,Acesso em 26/01/2014

SCHMIDT, Kayna Trombini, et al. Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem. **Rev Rene**, (Fortaleza), v.12 n. 4, out/dez, p. 849-58, Fortaleza, 2011. Disponível em:<[http// www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br/)>, Acesso em 26/01/2014

SOUSA. Bruna Bryenna Brito. Avaliação da Dor Como Instrumento Para o Cuidar de Recém-Nascidos Pré-termo. **Rev. Texto Contexto Enferm** (Florianópolis), v.15, n. Esp., p.88-96, 2006. Disponível em:<[http// www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br/)>, Acesso em 26/04/2012

SOUZA, Daniela Borges Lima; FERREIRA, Maria Cristina. Auto-estima pessoal e coletiva em mães e não-mães. **Psicologia em Estudo** (Maringá), v. 10, n. 1, p. 19-25, jan./abr, 2005. Disponível em:<[http// www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br/)>, Acesso em 29/11/2012

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Pesquisa Qualitativa. In: ____ **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008

VIEIRA, Cláudia Silveira; MELLO, Débora Falleiros de. O Seguimento da Saúde da Criança Pré-termo e de Baixo Peso Egressa da Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Texto Contexto Enferm**, (Florianópolis), v.18, n.1, p.74-82, jan-mar, 2009. Disponível:<[http//www.scielo.com.br.](http://www.scielo.com.br/)>, Acesso em 30/03/2012

WALDOW, Vera Regina. Atualização do cuidar. **CHÍA** (Colômbia), v.8, n.1, p.85-96, 2008.Disponível:< [http//www.fhgv.com.br/.../artgo](http://www.fhgv.com.br/.../artgo)>, Acesso em 28/03/2014

APÊNDICE A – INFORMAÇÕES ÀS PESSOAS PARTICIPANTES DO ESTUDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM

Informações às pessoas participantes do estudo

Eu, Joise Magarão Queiroz Silva, aluna do mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, venho convidá-la para participar da pesquisa intitulada: Significado para Mães sobre sua Vivência no Método Canguru, com o objetivo de analisar significado da vivência de mães no Método Canguru e analisar as atividades desenvolvidas pelos(as) profissionais de Enfermagem que atuam na unidade de Método Canguru em uma Maternidade da rede pública, localizada no município de Salvador– BA. Trata-se de uma dissertação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia a ser desenvolvida pela mestrandia Joise Magarão Queiroz Silva sob a orientação da Profa. Dra. Mariza Silva Almeida. Participarão como colaboradoras as graduandas em Enfermagem Yasmin Bulhosa Gurgel e Noemy Cruz. Se a senhora permitir, esta entrevista será gravada em fita de áudio, podendo ser modificada se for do seu desejo. O material de gravação (entrevista e oficina) será arquivado pela autora por um período de (05) cinco anos, sendo posteriormente incinerado.

A sua participação é voluntária. Para que você não seja identificada garantiremos a sua privacidade (será entrevistada em espaço reservado) e o anonimato (seu nome não aparecerá e usaremos um código para citar o seu depoimento). A senhora terá o direito de aceitar ou não participar desta pesquisa e poderá desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da entrevista.

Os riscos para a sua participação na pesquisa podem estar relacionados ao desgaste físico, decorrente do tempo que levará ao participar das oficinas e durante entrevista. Em

contrapartida, o estudo poderá beneficiar a unidade hospitalar ao ouvir das próprias mães o significado da sua vivência no MC, o que dará subsídios para modificar ou manter o processo de trabalho em andamento; ao meio científico mediante publicação em periódicos específicos e apresentação dos resultados da pesquisa e em apresentações em eventos científicos.

As pesquisadoras não estão sendo remuneradas para a realização deste estudo, assim como você não receberá benefícios financeiros para a participação no mesmo. As despesas do projeto estão a cargo das responsáveis pela pesquisa.

Todas essas recomendações estão de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. A senhora receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, para as quais solicito sua assinatura e/ou impressão digital, caso concorde em participar.

Este projeto e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será apreciado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, caso sinta alguma dúvida sobre o mesmo poderá entrar em contato com este Comitê pelo telefone (71) 3283-7615. ¹

Atenciosamente,

Joise Magarão Queiroz Silva
Mestranda da Escola de Enfermagem da UFBA

Profa. Dra. Mariza Silva Almeida
Orientadora

1 **Contatos:** Escola de enfermagem da UFABA- Rua Augusto Viana S/N, Campus do Canela, Salvador-BA, CEP: 40110-060. Tel:3283-7620. E-mail pesquisadoras: josita_114@hotmail.com, marizaal@yahoo.com.br. Tel. Pesquisadora (71) 8725-5088/9368-5039.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Recebi esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “Significado para Mães sobre sua Vivência no Método Canguru”, li o conteúdo do texto **Informações ao participante da pesquisa** e entendi as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa.

Declaro que não tenho dúvidas de que não receberei benefícios financeiros e que concordo em participar, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízo ou perda. Estou ciente de que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetida à coação, indução ou intimidação.

Salvador, ____ de _____ de _____

Profª. Dra. Mariza Silva Almeida
Silva
Orientadora

Joise Magarão Queiroz
Mestranda da EEUFBA

Assinatura - entrevistada



Impressão
digital

APÊNDICE C –ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

TÍTULO: SIGNIFICADO PARA MÃES SOBRE A VIVÊNCIA NO MÉTODO CANGURU

DATA ___/___/___

1ª Parte: Dados sociodemográficos e gineco-obstétricos

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ (iniciais)

Idade: _____ Cor autorreferida: _____

Cidade em que reside: _____

2. DADOS SOCIOECONÔMICOS

Grau de instrução OU ANOS DE ESTUDO: _____ Religião _____

Profissão/ ocupação: _____

Situação conjugal: _____

Convive com o companheiro: () sim () não Há quanto tempo: _____

Mora com quem? _____

3. DADOS OBSTÉTRICOS

Número de gestações: _____ Número de partos: _____

Complicações em gestações anteriores: () sim () não Quais: _____

Número de filhos vivos: _____ Idade: _____

Tipo(s) do parto anteriores: _____ Já teve filho internado em UTIN

Já participou do MC? _____ Tipo(s) do parto atual: _____

Realizou pré-natal : _____ nº de consultas: _____ não sabe informar: _____

Idade gestacional na data do parto: _____

4. DADOS HOSPITALARES:

Dias de internação na maternidade: _____

Dias de internação do(a) RN na UTIN _____

Dias de internação na unidade de Mãe Canguru? _____

A senhora precisou ficar na maternidade enquanto seu(sua) RN ficou internada na UTIN ou foi para casa?

2ª Parte: questões norteadoras

1-O que significa para a senhora estar aqui na Unidade Mãe Canguru?

2- Fale-me sobre as facilidades e dificuldades de sua permanência na Unidade Mãe Canguru?

3- A senhora tem alguma sugestão em relação ao funcionamento da Unidade Mãe Canguru

APÊNDICE D- ROTEIRO DE OFICINA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

LOCAL: UNIDADE MÃE CANGURU

PARTICIPANTES: facilitadoras (orientadora e mestrandas), discentes graduandas em Enfermagem e mães participantes do Método Canguru

TEMA CENTRAL: o significado de ser mãe na Unidade Canguru

OBJETIVOS:

Apreender “o significado de ser mãe na Unidade Canguru” mediante a realização de oficina de reflexão.

TÉCNICA:

1. Apresentação da facilitadora e do projeto de pesquisa e assinatura do TCLE;
2. Contrato do grupo em relação à duração da oficina, saída em consenso, aparelhos desligados, respeito ao grupo;
3. Aquecimento: Identificação das participantes, música para relaxamento e dinâmica da bexiga
4. Técnica mobilizadora; estímulo para discussão em grupo através de perguntas sobre a temática “o significado de ser mãe na Unidade Canguru”. Ex: Como está sendo para vocês a permanência no MC?
5. Processo de troca: Roda de conversa entre as participantes sobre a temática proposta;
6. Interação e socialização com lanche (em comum acordo com a nutrição);
7. Processamento/ análise/ articulação com o geral: síntese do conhecimento discutido e esclarecimento de dúvidas;
8. Avaliação da oficina considerando as expectativas.

RECURSOS MATERIAIS: quadro branco, lápis piloto, bexigas, apagador para quadro branco, micro system, compact disc, gravador de voz (02), papel A4, canetas e lanche.

RECURSOS HUMANOS: facilitadoras, discentes e mães que estejam na enfermaria do MC.

AVALIAÇÃO:

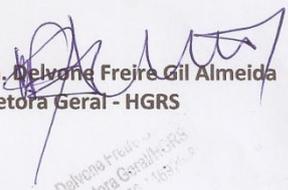
1. A oficina alcançou as expectativas do público-alvo?
2. A oficina alcançou os objetivos da pesquisa proposta?
3. Análise das falas após transcrição da oficina

ANEXO A- AUTORIZAÇÃO DA DIRETORA DA INSTITUIÇÃO A**HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS**

Salvador-Ba, 24 de setembro de 2013

DECLARAÇÃO

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta organização está ciente de suas co-responsabilidades como organização co-participante do projeto de pesquisa intitulado "SIGNIFICADO PARA MÃES SOBRE A VIVÊNCIA NO MÉTODO CANGURU" de autoria da pós-graduanda JOISE MAGARÃO QUEIROZ SILVA, sob orientação da Prof^ª. Dra. MARIZA SILVA ALMEIDA, tendo como origem a UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA), e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar.


Dra. Delyne Freire Gil Almeida
Diretora Geral - HGRS

Dra. Delyne Freire Gil Almeida
Diretora Geral - HGRS
Cad. nº 55 - 16377-0

ANEXO B- AUTORIZAÇÃO DA DIRETORA DA INSTITUIÇÃO B

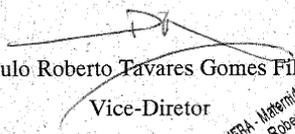


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Diretoria da Maternidade Climério de Oliveira concorda com o encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa desta Maternidade do projeto intitulado “**Significado para mães da vivência no método canguru**” sob a orientação da Professora Dra Mariza Silva Almeida e apresentado pela pesquisadora Joise Magarão Queiroz Silva do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA.

Salvador, 24 de abril de 2013

Atenciosamente,


 Paulo Roberto Tavares Gomes Filho

Vice-Diretor

UFBA - Maternidade Climério de Oliveira
 Paulo Roberto Tavares Gomes Filho
 Vice - Diretor
 Mat. SIAPE nº 53764

ANEXO C- PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SIGNIFICADO PARA MÃES DA VIVÊNCIA NO MÉTODO CANGURU

Pesquisador: JOISE MAGARÃO QUEIROZ SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16367713.4.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 309.606

Data da Relatoria: 05/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA desenvolvida por Joise Magarão Queiroz Silva sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Mariza Silva Almeida.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o significado da vivência de mães no Método Canguru, em uma Maternidade da rede pública do município de Salvador, BA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco identificado está relacionado ao desgaste físico, decorrente do tempo de participação nas oficinas e entrevista. Os benefícios do estudo: permitir a unidade hospitalar modificar ou manter o processo de trabalho em andamento com os subsídios da escuta das vivências; ao meio científico: apresentação e publicação dos resultados da pesquisa. Avalio que os benefícios superam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem fundamentado do ponto de vista conceitual e metodológico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta toda a documentação exigida pelo CEP.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ANEXO C- PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer 299.506

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que as informações às participantes do estudo estão linguística e eticamente adequadas, que o TCLE apresenta as garantias previstas na Res. 196/96; que a pesquisadora possui lastro acadêmico e profissional com o tema do protocolo, sou de parecer favorável à sua aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado homologa o Parecer de APROVAÇÃO emitido pelo relator.

SALVADOR, 19 de Junho de 2013

Assinador por:

DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br