

**DA INCUBADORA PARA O COLINHO: O DISCURSO MATERNO SOBRE A
VIVÊNCIA NO MÉTODO CANGURU****THE INCUBATOR FOR MOTHER'S LAP: MOTHER'S SPEECH ON THE
EXPERIENCE IN KANGAROO METHOD****LA INCUBADORA PARA EL REGAZO DE LA MADRE: DISCURSO DE LA
MADRE EN LA EXPERIENCIA EN CANGURO MÉTODO**

Roberta Costa¹, Graziella Marjorie Moreira Heck², Huiana Cristine Lucca³, Simone Vidal Santos⁴

RESUMO

Objetivo: conhecer os significados e sentimentos das mães sobre a vivência no Método Canguru. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa. Realizou-se entrevista semiestruturada de setembro a outubro de 2013, com nove mães que estavam vivenciando a hospitalização do seu filho na unidade neonatal de um hospital público de Santa Catarina. Para o tratamento dos dados utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Os relatos deram origem a cinco discursos: a perda do filho idealizado; o impacto da unidade de terapia intensiva neonatal; a superação a partir do primeiro toque; da incubadora para o colinho e; Método Canguru: benefícios mútuos. **Conclusão:** A análise dos discursos sugere que o Método Canguru é uma estratégia de cuidado que aproxima a mãe da unidade neonatal, rompendo com o medo da hospitalização e o risco de sobrevivência, possibilitando o contato precoce e trazendo inúmeros benefícios para mãe e filho. **Palavras-Chave:** Método Canguru; Enfermagem Neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Recém-nascido; Relações Mãe-Filho.

ABSTRACT

Objective: Learn the meanings and feelings about the experience of mothers in Kangaroo Care. **Methods:** This was a descriptive qualitative research nature. We conducted semi-structured interviews from September to October 2013 with nine mothers who were experiencing their child's hospitalization in the neonatal unit of a public hospital in Santa Catarina. For data processing we used the Collective Subject Discourse. **Results:** The reports gave rise to five speeches: the loss of the idealized child; the impact of neonatal intensive care unit; overcoming from the first ring; incubator for mother's lap and; Kangaroo Method: mutual benefits. **Conclusion:** The analysis of discourses suggests that Kangaroo Care is a care strategy that approximates the mother of the neonatal unit, breaking the fear of hospitalization and the risk of survival, allowing early contact and bringing numerous benefits to mother and child.

¹ Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto I do Departamento de Enfermagem e do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina). E-mail: roberta.costa@ufsc.br.

² Enfermeira. E-mail: grazi@heck.com.br.

³ Enfermeira. Residente de Enfermagem do Hospital Universitário da UFSC. E-mail: huiana.nfr@gmail.com.

⁴ Mestre em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Enfermeira Estomaterapeuta. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário da UFSC. E-mail: simonevidal75@gmail.com.

Keywords: Kangaroo-Mother Care Method; Neonatal Nursing; Intensive Care Units Neonatal; Newborn; Mother-Child Relations.

RESUMEN

Objetivo: Conocer los significados y sentimientos sobre la experiencia de las madres en el cuidado canguro. **Métodos:** Se realizó un tipo de investigación cualitativa y descriptiva. Realizamos entrevistas semi-estructuradas, con nueve madres que estaban experimentando la hospitalización de su hijo en la unidad neonatal de un hospital público. Para el procesamiento de los datos se utilizó el Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** Los informes dieron lugar a cinco discursos: la pérdida del hijo idealizado; el impacto de la unidad de cuidados intensivos neonatales; la superación del primer anillo; incubadora para el regazo de la madre y; Método Canguro: beneficios mutuos. **Conclusión:** El análisis de los discursos sugiere que cuidado canguro es una estrategia de atención que se aproxima a la madre de la unidad neonatal, rompiendo el miedo a la hospitalización y el riesgo de la supervivencia, lo que permite numerosos beneficios para la madre y el niño.

Palabras clave: Método Madre-Canguro; Enfermería Neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Recién Nacido; Relaciones Madre-Hijo.

INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro constitui-se um grave problema de saúde pública, tanto nacional quanto internacionalmente. Sua incidência no mundo representa 9,6% (12,9 milhões),¹ sendo que no Brasil, corresponde a 6,7% do total de nascidos.² Os avanços científicos e tecnológicos nesta área proporcionam uma melhora notória na assistência, contribuindo com o aumento de sobrevivência destes neonatos, principalmente a partir da implantação das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Entretanto este processo, infelizmente, acabou afastando a família do contato com seu filho.

Com a chegada de um bebê pré-termo ou de baixo peso, a família e em especial a mãe, vivencia uma diversidade de sentimentos. A ansiedade e insegurança

quanto ao estado de saúde do seu filho e a falta de informação geram stress e angústia, que muitas vezes se somam a sentimentos de culpa. Aliado a isso, faz-se necessário mudar os planos e pensamentos relacionados ao que foi esperado durante a gestação.

Portanto, particularmente neste momento, torna-se indispensável a sensibilização dos profissionais da equipe neonatal quanto aos fatores facilitadores e estressores vivenciados pela família durante este processo. A forma como os pais são recebidos na UTIN interfere diretamente em sua inserção na unidade e no vínculo afetivo mãe e filho.

Neste sentido, há uma preocupação mundial crescente em aliar os avanços tecnológicos com uma assistência sensível e individualizada. Existe um movimento em

prol da humanização do nascimento e os profissionais de saúde têm sido constantemente estimulados a buscar a interface entre os aspectos técnicos e os afetivos necessários para administrar uma terapia que promova, não somente a sobrevida de bebês organicamente saudáveis, mas também o seu desenvolvimento neurológico e a sua integração ao convívio familiar.

Desta forma, nos últimos anos a atenção ao nascimento do recém-nascido pré-termo e de baixo peso, vem passando por profundas mudanças no cenário mundial, decorrentes da implantação de tecnologias do cuidar, que apesar de apresentarem baixo custo, possuem alto impacto nos resultados desta assistência, tendo como determinantes o desenvolvimento socioeconômico, político e cultural e como resultados a melhora orgânica e o aumento da sobrevida destes neonatos.³

Dentre estas tecnologias de cuidado, destacamos neste estudo a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (MC), uma política governamental implantada no Brasil desde o ano de 2000. Em síntese, porém não se esgotando nisso, propõe um tipo de assistência neonatal que implica em favorecer o contato pele-a-pele precoce entre mãe e recém-nascido, de forma crescente e pelo tempo que ambos

entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma inserção dos pais no cuidado ao filho.⁴ Os benefícios do método incluem redução da morbidade e do período de internação dos bebês, melhoria na incidência e duração da amamentação e contribui para o senso de competência dos pais. Cabe ressaltar que esta prática se inicia dentro do hospital e continua em casa, mediante o acompanhamento da equipe de saúde.⁵

O Método, segundo a concepção brasileira, é desenvolvido em três etapas. A primeira etapa inicia-se no pré-natal da gestação de alto risco, seguindo com a internação do recém-nascido na UTIN ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo), sendo realizada a posição canguru tão logo seja possível para a mãe e recém-nascido. Na segunda etapa o bebê permanece de forma contínua com a sua mãe e a posição canguru é realizada na maior parte de tempo possível. Finalmente, a terceira etapa caracteriza-se pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g.⁴

Neste contexto, torna-se importante conhecer como as mães/família vivenciam o nascimento prematuro e a hospitalização do seu filho, assim como a influência da atenção humanizada prestada ao recém-nascido, através do Método Canguru. É necessário que a equipe de saúde esteja

ciente do papel essencial que desempenha, principalmente nos momentos iniciais da internação, favorecendo o acolhimento das famílias, informando-lhes sobre o estado de saúde dos bebês, exercendo um papel facilitador no processo de adaptação das famílias durante a internação.

Diante deste contexto, o objetivo desta investigação foi conhecer os significados e sentimentos das mães sobre a vivência no Método Canguru. A escolha pela perspectiva materna se justifica por ser esta quem permanece por mais tempo junto ao seu filho no hospital e, também por ser a acompanhante do bebê em período integral durante a segunda etapa do Método.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa, realizada em uma unidade neonatal de um hospital escola no sul do Brasil, referência do Método Canguru junto ao Ministério da Saúde, que dispõe de 16 leitos, sendo seis vagas destinadas aos cuidados intensivos, seis vagas de UCINco e quatro vagas de Cuidados Intermediários Canguru (UCINca). A unidade conta ainda com dois consultórios para atendimento do recém-nascido na terceira etapa do MC.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2013, por meio de entrevista semiestruturada, com nove mães que estavam participando do

Método. Foram considerados critérios de inclusão ter idade mínima de 18 anos, estar gozando de plenas faculdades mentais e com possibilidade consciente de responder às perguntas durante a coleta de dados. Para determinar o número de participantes, utilizou-se o princípio de saturação de dados. O fechamento amostral por saturação de dados ocorre ao ponto em que novas informações não sejam mais observadas, alcançando-se redundância.⁶

As entrevistas foram realizadas por meio de um roteiro semiestruturado com seis perguntas fechadas referentes à identificação da mãe e do RN e 16 perguntas abertas relacionadas aos sentimentos da mãe acerca da hospitalização e vivência do MC. As entrevistas ocorreram em diferentes lugares, de acordo com a conveniência das participantes. As mesmas foram gravadas, sendo posteriormente transcritas e analisadas.

Para análise dos dados utilizou-se o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC),⁷ o qual corresponde a um discurso síntese elaborado com recortes dos discursos individuais de sentido semelhante, utilizando-se a primeira pessoa do singular. Dessa maneira foi possível permitir que as mães se expressassem de forma mais livre, produzindo seus próprios discursos, seguido

da soma dos mesmos, a favor de estabelecer o pensamento único, porém coletivo.

O DSC é composto por expressões-chaves (ECH), ideias-centrais (IC) e ancoragem (AC).⁷ Com o objetivo de formular o DSC, a organização dos dados teve como primeiro momento a transcrição das gravações. No segundo momento, construímos um quadro para cada pergunta analisada, composto por 3 colunas: na 1ª foram registradas os depoimentos, na íntegra, destacando as ECH de forma itálica; na 2ª: extraímos as IC a partir das ECH destacadas e na 3ª: elaboramos as AC a partir das IC semelhantes ou com mesmo significado, agrupadas por letras do alfabeto. A seguir, as AC foram colocadas em ordem alfabética e abaixo de cada uma foram descritos o número de informantes que contribuíram para a composição do discurso de cada AC. No quarto e último momento, com auxílio do quadro elaborado, o DSC foi construído a partir das IC. Estes DSCs foram então analisados a partir dos achados na literatura e da norma de atenção humanizada ao recém-nascido – Método Canguru.

A pesquisa foi pautada nos aspectos éticos apresentados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos,⁸ sendo aprovada pela instituição onde foi realizada, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer n. 372.792, CAAE 18946513.0.0000.0121. As mães participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram identificadas na apresentação e discussão dos resultados pela letra M seguida do número referente à ordem em que a entrevista foi realizada.

RESULTADOS

Participaram desta investigação nove mães que vivenciaram o MC durante a hospitalização de seus filhos na unidade neonatal. A idade das mulheres variou entre 19 a 39 anos, eram casadas ou viviam em união estável e todas primíparas. Referente ao tipo de parto, seis apresentaram parto vaginal e três foram cesarianas. Cabe destacar que uma mãe vivenciava a primeira etapa do Método, seis mães a segunda, e duas mães a terceira etapa. Em relação aos recém-nascidos, a idade gestacional variou de 24 semanas e 1 dia a 35 semanas e 5 dias e o peso de nascimento do bebê se apresentava entre 625g a 2430g.

Quanto aos depoimentos das mães, esses foram organizados em cinco AC: a perda do filho idealizado; o impacto da unidade de terapia intensiva neonatal; a superação a partir do primeiro toque; da incubadora para o colinho e; Método Canguru: benefícios mútuos. A primeira, terceira, quarta e quinta AC foram

identificadas nas ECHs de nove participantes, e a segunda em oito discursos individuais. Cada AC resultou em um DSC conforme ilustrado a seguir:

AC A: A perda do filho idealizado

DSC1: *Eu achava que ele ia nascer no tempo certo, de nove meses, a termo, imaginei que ele fosse nascer gordinho, saudável. Que ele viesse super bem, que só ganhasse ele e depois de dois dias já fosse para casa. As expectativas eram as melhores possíveis, exatamente o que eu não estou vivendo hoje. Planejamento eu tinha todo, só que foi cortado... Eu estava começando a ter barriga, começando a entrar no ritmo de gravidez. Eu me sentia mal, era ruim. Eu estava ali no alojamento com as outras mães com os nenéns e eu sem. Todo mundo com os bebezinhos lá, e eu sozinha! Eu queria levar meu filho para casa. Porque a gente pensa em um bebê em casa, pensa em sair com ele. Sair daqui sem ele nos primeiros dias, foi o terror da minha vida.*

AC B: O impacto da UTIN

DSC2: *Eu fiquei muito agoniada, angustiada, com medo, um pouco apreensiva. Fiquei nervosa, ansiosa para ver, uma aflição, fiquei triste, chorei um pouquinho no começo.*

Muita insegurança, porque a gente não sabia se ia sobreviver se não ia, se ia ter sequela ou não, então, sentia muita insegurança nisso de saber o que ia acontecer. Eu não queria ir ficar no hospital, porque me incomoda saber que o meu bebê estava vivendo esse momento. Cheguei com medo, porque meu bebê estava dentro da incubadora e era minúsculo, eu senti medo de tocar nele. Quando eles viram que ele precisaria do oxigênio, eu comecei a ficar mais preocupada! Acho que era o medo da perda. Os dois primeiros dias eram até difícil eu entrar na unidade neonatal, eu vinha rezando “Ai meu Deus, será que eu vou chegar lá e vai estar tudo bem?” E tu vê toda aquela situação, teu filho entubado, com CPAP, sonda, sendo monitorado... aquilo assusta bastante. A gente vê aquele monte de coisa, fica um pouco com medo, é um misto de sensações. Tu sabes que teu filho está bem cuidado, que precisa, é um mal necessário!

AC C: A superação a partir do primeiro toque

DSC3: *O primeiro contato com ele foi bom, foi ótimo! Na verdade eu estava bem emocionada, eu senti muita alegria. Não conseguia nem falar... A*

gente fica boba! Uma sensação inexplicável. A gente queria bastante, era o meu sonho, ele estava ali comigo! Foi muito bom saber que ele está ali... perfeitinho. Dá um pouco de insegurança, porque nossa, tão pequenininho, aquela coisinha miudinha, mas a partir do momento que a gente começou a tocar nele, a gente não tinha mais vontade de ir embora. Eu estava incrivelmente emocionada, depois do primeiro toque eu fiquei bem tranquila, em sentir o contato, acho que isso que foi bacana. Muita emoção! É um misto assim de medo, eu ainda continuava assim com aquele medo... Mas depois que tu tocas que tu vêς que ele está ali, se desenvolvendo, tudo é bem gratificante. Cada coisinha é uma gratificação, ele está te entendendo, ele está te ouvindo! É bem louco! Daí a gente conversa com ele e ele fica olhando... prestando atenção! Tu começa a criar um apego maior no momento em que tu tocas, sente. Eu fui encorajada pela enfermeira que estava ali já dando atenção, então já me senti mais tranquila, depois do primeiro toque.

AC D: Da incubadora para o colinho

DSC4: Claro que eu queria ele ali (na barriga) e não aqui (nos braços), mas o que eu podia fazer? Na gestação, ele é a gente, e daí quando faz o Método Canguru a gente o sente próximo, dá “SEGURANÇA”, tanto para ele, quanto para gente. É uma conexão, comigo e com ele! Eu queria sentir ele aqui (no peito). Eu seria a incubadora mãe, porque ele ainda deveria estar dentro da barriga. Eu acho que foi a única forma que eu achei de ter o meu filho mais próximo de mim na situação que ele estava naquele momento. É amor, porque quem que vai ficar no teu colo, aconchegado ali. Um comportamento de se aninhar, ele naturalmente se aconchega, quando tu o colocas, ele naturalmente vai se aninhando. Faz a gente sentir ele como se fosse um só, me senti mais segura também, porque daí tu tocas, ele sai lá da incubadora e vem para o teu colinho. É muito legal! Muito bom! Foi emocionante, eu senti ele mais perto de mim, até porque tiraram ele da incubadora, não foi só um toque. Aquilo me incomodava muito, só tocar, eu queria ter ele no meu colo, já desde o primeiro dia, desde o momento que ele nasceu queria ele no meu colo. Então foi o primeiro contato assim mais forte que

eu senti. É o contato mais íntimo dele assim comigo, sei lá... senti a gente num só de novo.

AC E: Método Canguru: benefícios mútuos

DSC5: O contato com a mãe, com o pai, é muito bom, maravilhoso! É primordial. Carinho, aconchego e conforto. Ajuda no ganho de peso e crescimento, para eles ficarem mais calminhos, se o nenê tá com alguma dor ou algo assim, alivia. Aumenta o vínculo dos pais com o bebe que está na UTIN. Ele entra em soninho profundo, sente o meu coração, o meu cheiro, sente-se confortável e realmente, ele se encaixava bem direitinho. Eu entendi que quanto mais eu fizesse o canguru, mais ele ia conseguir crescer, ele ouve a batida do coração, ele se sente aconchegado, enfim faz bem para uma série de fatores que vão influenciar para o crescimento dele, o amadurecimento e o desenvolvimento. Ele fica mais tranquilo, bem tranquilo, parece que ele meio que se desliga do mundo. Quando ele estava no canguru ele descansava mais, eu sentia que ele dormia melhor, tinha um sono mais profundo também, e sentia relaxado. Percebia também que ele começou a ganhar peso mais

rápido, se desenvolver assim mais rápido. Desde o primeiro dia ele reconheceu nossa voz. A gente sempre conversava muito com ele mantendo contato, mexendo, fazendo um carinho, um agrado, porque era o único tempo que eu tinha para ficar com ele. Ele fica bem relaxado, chega a soltar os bracinhos! Ele fica bem mais tranquilo, se aconchegava, se encaixava direitinho e ficava calminho. É muito gostoso, isso te dá uma segurança, tu estar ali com ele, juntinho. Toda vez que ele vinha para o canguru ele relaxava, acho que isso foi bacana para ele e para mim. Aquela coisa da proteção! Não sei se ele que me fez bem, ou eu que fiz bem para ele, é uma coisa mútua.

DISCUSSÃO

Durante a gestação, as mulheres vivenciam fantasias de um nascimento perfeito e a família se depara com uma diversidade de sentimentos e expectativas relacionados ao recém-nascido, com o desejo constante de tê-lo ao seu lado e em seus braços.⁹⁻¹⁰ Com o nascimento prematuro, há uma mudança nos planos familiares, fazendo com que haja uma realidade completamente adversa ao que foi sonhado e desejado, conforme exposto no DSC 1, quando as mães expressam a quebra das expectativas e afirmam que sair do

hospital sem o seu filho se torna um pesadelo para elas.

O parto prematuro e a necessidade de internação em uma unidade neonatal são acontecimentos marcante na vida da mulher. Diante disto, os profissionais que a assistem devem se manter atentos, apoiando-as sempre que necessário, com vistas a superar as dificuldades decorrentes da condição de saúde da criança.¹¹ As expectativas geralmente estão acerca de uma criança bonita, saudável, motivo de felicidade, exatamente como se observa no discurso, quando as mães relatam imaginar o nascimento de um bebê gordinho, saudável, que fosse direto para casa.

Torna-se importante considerar que a interrupção da gravidez potencializa também o nascimento de pais prematuros, que na maioria das vezes, necessitam de uma assistência individualizada, que respeite sua história de vida, pois o filho real em nada se assemelha ao filho imaginário.⁹

A hospitalização do filho na UTIN é representada inicialmente pela perda do bebê idealizado, seguida de situações difíceis e conflitantes, somadas a uma mudança de rotina familiar e ao convívio com o estressante ambiente da UTIN, na luta pela sobrevivência do filho.¹²⁻¹³ Nesta vivência, inserem-se sentimentos como medo, tristeza, insegurança, alegria e esperança.

A imagem do seu filho, um ser pequeno, conectado a diversos aparelhos por todo corpo, é impactante para as mães, aumentando conseqüentemente o medo e a ansiedade diante das incertezas oriundas do nascimento prematuro e do processo de hospitalização. A prematuridade é uma surpresa, sendo traduzida pelas mães como um risco de morte e sequelas para seus filhos, emergindo o receio da separação e a certeza de que seu filho vai precisar de cuidados intensivos, ficando internado no hospital.⁹

Neste sentido, a primeira etapa do MC, é uma forma de acolher a família, e em especial a mulher, que vivencia de forma peculiar os impactos determinados pela necessidade de internação do pré-termo na UTIN. Nesta etapa, a família tem a oportunidade de se aproximar da rotina da unidade neonatal, esclarecer dúvidas sobre as condições de saúde do recém-nascido, acerca dos cuidados dispensados, sobre a equipe e funcionamento da unidade neonatal.^{4,9} Durante esta etapa, o papel da equipe de saúde é essencial para garantir a aproximação da mãe com seu filho, estimulando o acesso livre e precoce dos pais à unidade, propiciando a participação dos pais nos cuidados, comunicando os mesmos sobre as peculiaridades do seu bebê e demonstrando continuamente as suas competências.⁴

Portanto, particularmente neste momento, a sensibilização do profissional da equipe neonatal quanto ao relacionamento com o recém-nascido e a sua família e a promoção do fortalecimento do vínculo afetivo mãe e filho se torna indispensável. Estudos comprovam que, quando mãe e bebê ficam juntos após o nascimento, inicia-se uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, que contribuem favoravelmente para a ligação do binômio mãe-filho.^{4,11,14}

No discurso materno a questão do toque é destacada como uma forma de aproximação da mãe com filho, onde as mulheres relatam que o primeiro toque é o momento em que elas sentem o filho e começam a criar um apego maior. Afirmam ainda que a partir deste instante, não tiveram mais vontade de ir embora. Nesta etapa, a enfermeira também é mencionada como um personagem que encoraja a mulher e dá segurança, reforçando o que vem sendo preconizado pela política governamental do MC, que propõe que os profissionais de saúde adotem uma postura de acolhimento e de se fazer presente.

Nesta trajetória, as mães ressaltam que o toque ao bebê foi uma experiência positiva, mas que a posição canguru superou o ato de apenas tocar. A posição canguru é quando o recém-nascido é

colocado em contato pele a pele, na posição vertical, junto ao peito da mãe/familiar.⁴

Ao realizar o contato pele a pele, as mulheres relataram sentimentos de emoção e alegria indescritíveis, já que puderam pegar o filho no colo e se sentiram mais próximas do mesmo. A posição canguru aumenta o contato pele a pele entre mãe e filho, transmite carinho e calor, cria condições para o fortalecimento e estabelecimento do vínculo e do apego. Ainda na percepção das mães o contato com o filho, através da posição canguru, torna-se uma forma de tê-lo mais próximo, traduzindo-se no contato mais íntimo do binômio, como forma de sentir-se um só novamente.

Assim, a importância do MC é bilateral, conforme expresso nos discursos analisados. De um lado o bebê é beneficiado, sendo o foco da atenção da equipe de saúde e favorecido pelo contato efetivo com sua mãe, tanto físico como psicologicamente; de outro, a mãe assume o papel de provedora dos cuidados ao filho, aprendendo a cuida-lo, conhecendo-o e estabelecendo o vínculo afetivo.

A mudança na forma do cuidado neonatal, proposta pelo MC, está baseada em quatro fundamentos básicos: acolhimento do bebê e sua família; respeito às individualidades; promoção do contato pele a pele o mais precoce possível e envolvimento da mãe nos cuidados do

bebê,¹⁵ sendo estes pressupostos reforçados por meio dos discursos emergentes desta investigação.

Destacamos assim, a importância e a relevância desta metodologia de cuidado ao pré-termo e sua mãe, considerando a responsabilidade e o comprometimento do profissional da equipe de saúde frente a esta mudança de paradigmas, adotando ações diferenciadas no cotidiano de cuidado das unidades neonatais, permitindo que estas mães possam assumir o seu papel ativo no cuidado do seu filho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo foi possível conhecer os significados e sentimentos das mães sobre a vivência no MC.

A partir dos discursos maternos identificaram-se os sentimentos de perda do filho idealizado, expressos na quebra das expectativas com o nascimento prematuro, somado ao impacto da hospitalização na UTIN e o medo relativo à sobrevivência e risco de sequelas no recém-nascido. Sendo estas questões superadas aos poucos, a partir do primeiro toque e da posição canguru, que possibilitam uma aproximação da mãe com seu filho, permitindo um contato íntimo entre ambos.

A vivência do MC traz inúmeros benefícios, percebidos e relatados pelas próprias mães, como a construção do vínculo, a aproximação com o bebê,

favorecer o crescimento e o desenvolvimento, permitir o sono tranquilo, além da segurança que o Método proporciona para as mães no cuidado do bebê e o prazer na consolidação do papel materno.

A análise dos DSC aponta o MC como uma estratégia de cuidado que favorece o contato da mãe com seu filho, inserindo-a como partícipe do cuidado na unidade neonatal e fortalecendo a segurança materna no momento da alta hospitalar.

Como limitação deste estudo, verificou-se que apesar de as mães relatarem em seus discursos dificuldades relativas à vivência plena das três etapas do Método, a equipe de saúde muitas vezes não adota uma abordagem individualizada que auxilie no processo de enfrentamento dessas mulheres/famílias.

Espera-se que os resultados obtidos através desta pesquisa possam fortalecer individualmente e coletivamente na continuidade das boas práticas do MC, ajudando os profissionais de saúde que atuam em unidades neonatais a reconhecerem os significados e sentimentos das mães, auxiliando-as durante o processo de hospitalização do bebê de forma acolhedora e particularizada.

REFERÊNCIAS

1. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The

- worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Organ.* 2010; 88(1):31-8. doi: 10.2471/BLT.08.062554
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (BR). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, cuidados gerais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [citado em 04 dez 2013]. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf
 3. Lopes DM, Santos LM, Carvalho RM. Motivos da não realização da posição canguru na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2010; 10(2): 71-8. [citado em 02 mar 2014]. Disponível em: http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n2/v.10_n.2-art3.pesq-motivos-da-nao-realizacao-da-posicao-canguru.pdf
 4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru: manual técnico. 2ª ed. Brasília (DF); 2013. [citado em 04 dez 2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf
 5. Costa R, Monticelli M. Método Mãe-Canguru. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(4):427-33. [citado em 15 mar 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a12v18n4.pdf>
 6. Polit FP, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
 7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de Representação Social: um enfoque quali-quantitativo a metodologia do discurso do sujeito coletivo. 2ª ed. Brasília (DF): Liber livro; 2012.
 8. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde (BR), de 12 de dezembro de 2012, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62. [citado em 20 ago 2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 9. Santos LM, Moraes RA, Miranda JOF, Santana RCB de, Oliveira VM, Nery, FS. Percepção materna sobre o contato pele a pele com o prematuro através da posição canguru. *R. pesq. cuid. fundam. Online.* 2013. 5(1):3504-14. [citado em 15 jun 2014]. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1994/pdf_710
 10. Ramalho MAM, Kochla KRA, Nascimento MEB, Peterlini O. A mãe vivenciando o risco de vida do recém-nascido prematuro na Unidade de terapia Intensiva Neonatal. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2010; 10(1): 7-14. [citado em 02 mar 2014]. Disponível em: http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n1/v.10_n.1-art1.pesq-a-mae-vivenciando-o-risco-de-vida.pdf
 11. Campos A do CS, Carvalho MPL, Rolim KMC, Alencar AJC de. Vivência no método mãe canguru: percepção da mãe. *Rev. Rene. Fortaleza.* 2008; 9(3):28-36. [citado em 19 maio 2013]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/589/pdf>
 12. Arivabene JC, Tyrrell MAR. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. *Rev Latino-am Enferm.* 2010; 18(5): 131-6. [citado em 19 maio 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_18.pdf
 13. Duarte ED, Sena RR, Dittz ES, Tavares TS, Lopes AFC, Silva PM. A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para construção da integralidade. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(4): 870-8. [citado em 02 mar 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/18.pdf>
 14. Cruz ARM, Oliveira MMC, Cardoso MVLML, Lúcio IML. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro

em ventilação mecânica. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010; 12(1):133-9. [citado em 05 maio 2013]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a16.pdf

15. Lamy ZC, Gomes MA de S. M, Gianini NOM, Hennig M de Abreu. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta

brasileira. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005; 10(3):659-668. [citado em 15 mar 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3.pdf>

Artigo recebido em 15/07/2014.

Aprovado para publicação em 24/11/2014.