

ARTIGO DE PESQUISA

O Método Mãe–Canguru: significado atribuído pela equipe de enfermagem e o processo de cuidar do prematuro em unidade neonatal

Nogueira, Fernanda dos Santos¹
Scochi, Carmen Gracinda Silvan²
Furtado, Maria Cândida de Carvalho³
Adriana Moraes Leite²

Resumo

Identificar o significado do Método Canguru (MC) para a equipe de enfermagem da unidade de cuidado intermediário neonatal de um hospital e analisar como ele se articula ao processo de cuidar foram os objetivos desta pesquisa. Através de associação livre e técnica projetiva perguntou-se para 12 profissionais: O que essa fotografia (mão de uma mãe tocando o filho na incubadora) significa para você? O que ela tem a ver com o cuidado que você realiza? Repetimos as questões após apresentação da segunda fotografia (mãe com gemelares em posição MC). Da análise de conteúdo surgiram as categorias: os significados do MC e relações com a prática do cuidar. Os significados atribuídos corroboraram as vantagens apontadas na literatura e se articularam à assistência prestada, pois a promoção do método e o auxílio proporcionado pela equipe à mãe, na colocação e manutenção do prematuro em posição canguru, controlam o estado geral e propiciam maior interação com a família.

Descritores: Método Canguru. Prematuro. Equipe de enfermagem.

Abstract

The Kangaroo-Mother Method: Attributed relevance by nursing staff and caring process in neonatal unit
The study investigated two purposes: identifying kangaroo-mother (KM) attributed relevance by nursing staff from intermediary nursery hospital and analyzing how they linked it to caring process. Beyond the free association and projective technique, we asked 12 health care providers: What does this picture (a mother's hand touching her baby in the incubator) mean to you? How do you relate it to your providing care? We repeated both questions and afterwards showing the second one (mother's twins in KM position). From the data content analysis two categories emerged: the attributed relevance corroborated the advantages pointed by literature and got associated to provided assistance. Then, the method promotion and aid granted by staff to mother, in positioning and sustaining the premature baby in KM stand, it also control a general status and provides with more family interaction.

Keywords: Kangaroo-Mother. Premature. Nursing staff. Neonate.

¹Enfermeira, aluna do curso de especialização, modalidade residência, em CTI neonatal e pediátrico.

² Docente do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Doutora em enfermagem.

³ Enfermeira, especialista em laboratório do DEMISP da EERP.

Resumen

El Método Madre-Canguro: Significado atribuido por el equipo de enfermería y el proceso de cuidar Del prematuro em unidad neonatal

Identificar el significado del Método Canguro (MC) para el equipo de enfermería de la Unidad de Cuidado Intermediario Neonatal de un hospital y analizar como él se articula al proceso de cuidar fueron los objetivos de esta investigación. A través de asociación libre y técnica proyectiva se preguntó para 12 profesionales: Lo que esa fotografía (mano de una madre tocando el hijo en la incubadora) significa para usted? Lo que ella tiene a ver con el cuidado que usted realiza? Se repitió las preguntas después de presentar la segunda fotografía (madre con gemelares en posición MC). Del análisis surgieron las categorías: los significados expresados corroboran las ventajas apuntadas en la literatura y se articularon a la asistencia prestada, pues la promoción del método y el auxilio proporcionado por el equipo a la madre, en la colocación y manutención del prematuro en posición canguro, controla el estado general y propicia interacción más grande con la familia.

Descriptores: Método Canguro. Prematuro. Equipo de enfermería.

INTRODUÇÃO

A assistência ao prematuro em unidades neonatais passou por transformações através dos tempos, articulada à forma com que a sociedade se organiza. O papel atribuído aos pais nessa assistência sofreu modificações consideráveis nas quatro últimas décadas, especialmente nos últimos 10 anos, devido à possibilidade de inseri-los no cuidado do filho hospitalizado. O cuidado centrado na doença e no seu controle, tendo como finalidade a recuperação biológica do prematuro, transformou-se para o cuidado desenvolvimental individualizado, sendo este também centrado na família, visando à promoção da saúde e à emancipação de sujeitos; o paradigma biotecnológico foi substituído pelo holismo (SCOCHI, 2000).

Assim, avanços do conhecimento mostraram outras necessidades além da vitalidade de um bebê funcionalmente adaptável, mas as de um ser que precisa estabelecer relações com família e sociedade, o que lhe dá direitos universais de cidadania (SCOCHI, 2000; SCOCHI *et al.*, 2003).

Os pais foram inseridos no processo de trabalho nas unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN), visando ao fornecimento de estímulos sensoriais ao neonato e ao estabelecimento do vínculo e apego, além do preparo deles para o cuidado domiciliar do filho (SCOCHI, 2000).

Um dos modos para estimular a parte emocional da criança se deu pelo contato precoce pele a pele, cujo valor na comunicação entre mães e bebês. Os resultados apontaram que a separação causa efeitos danosos no relacionamento, influenciando a frequência e duração da lactação e nos sentimentos de confiança maternos quanto a sua capacidade de cuidar de seu bebê no domicílio (WHITELAW *et al.*, 1988).

Experiência pioneira de contato prolongado entre a pele de bebês prematuros de muito baixo peso ao nascer e a pele de um adulto, denominada de Método Canguru (MC), foi implantada no final da década de 70, em Bogotá, por Hector Martinez Gómez e Edgar Rey Sanabria. Surgiu para suprir deficiências de infra-estrutura no sistema público daquele país, dentre as quais a infecção cruzada devido ao abrigo de duas crianças, na mesma incubadora, limitadas à disponibilidade de tecnologia de apoio ao diagnóstico e terapêutica, ao abandono materno e ao alto índice da mortalidade em recém-nascidos de baixo peso RNBP (CHARPAK, CALUME, HAMEL, 1999).

O MC é definido como:

contato pele-a-pele precoce, prolongado e contínuo (conforme as circunstâncias permitam) entre uma mãe e seu recém-nascido de baixo peso (RNBP), no hospital e mantido após alta precoce (dependendo das

circunstâncias) até pelo menos 40 semanas de idade gestacional pós-natal, de forma ideal, com amamentação exclusiva e acompanhamento adequado (CATTANEO *et al.*, 1998, p. 77).

Entre as vantagens destacam-se a manutenção da temperatura corporal do bebê, estímulo ao aleitamento materno, diminuição do choro, melhoria no relacionamento mãe-filho, diminuição do tempo de separação entre ambos, contribuição para o crescimento do prematuro, desenvolvimento da confiança dos pais no cuidado do filho, diminuição do tempo de internação e dos índices de infecção hospitalar (CHARPAK, CALUME, HAMEL, 1999; CATTANEO *et al.*, 1998; WHITELAW, 1990; JAVORSKY, 1997; BRASIL, 2000; COREN-SP, 2000; KAMADA, 2002).

No Brasil, inicialmente, a implantação do MC foi decorrente do interesse de equipes de saúde que vislumbraram a promoção de contato precoce mãe e filho como alternativa de cuidado para otimização do uso dos escassos leitos neonatais e a possibilidade de alta hospitalar precoce. Posteriormente, essa metodologia passou a ser implantada como estratégia de humanização da assistência, sendo recentemente reconhecida e normatizada por organizações governamentais.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, normatizou a implantação do MC para RNBP, assistidos nas unidades médico-assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS). Prevê a participação ativa dos pais nos cuidados dos neonatos, diminuindo o tempo de separação entre eles, evitando a falta de estimulação sensorial por longos períodos e favorecendo o aleitamento materno. Recomenda que a equipe responsável pelo atendimento conheça a extensão e importância do programa e esteja adequadamente treinada para aplicá-lo de maneira plena, vislumbrando a mudança de comportamento e filosofia profissional (BRASIL, 2002; BERGMAN, JUDGO, 1994).

A Enfermagem exerce papel fundamental proporcionando assistência humanizada aos prematuros, seus pais e família, pois, ao manter contato permanente com estes, cria possibilidades para implementação de medidas facilitadoras da interação pais-bebê, para o relacionamento da família com os profissionais de saúde e para sua inserção no cuidado do filho hospitalizado (SCOCHI, 2000).

Mesmo com a implantação do MC, que em tese possibilitaria um cuidado integral e humanizado, não há garantia de mudança do modelo de atenção se os profissionais não forem capacitados com conhecimento e tecnologias para dar conta do novo recorte intelectual que instrumentaliza esta prática assistencial.

Assim, percebe-se a importância do preparo adequado da equipe, em especial a Enfermagem, que permanece em maior contato com a mãe e família. Neste sentido, motivou-se realizar a presente investigação tendo como objetivo analisar o significado que a equipe de enfermagem atribui ao MC, articulando-o ao processo de cuidar.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de estudo descritivo tendo como *locus* institucional um hospital escola do interior paulista, público, de porte especial e de referência terciária para a assistência ao parto, recém-nascido e outras especialidades. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do hospital.

Participaram da pesquisa 30% dos membros da equipe de enfermagem da UCIN, totalizando 12 participantes: 3 enfermeiras e 9 auxiliares de enfermagem, tendo como critério a aceitação em participar do estudo. Para respeitar o anonimato dos participantes e evitar que a identificação fosse feita através de informações, os entrevistados foram numerados em ordem crescente, com codificação para cada categoria profissional (ex. enf.01...; aux.01...aux.09). Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, coletaram-se os dados por meio de entrevistas não estruturadas, gravadas, realizadas de 02 a 23 de abril de 2002.

Assim, primeiramente apresentou-se uma foto com um prematuro na incubadora e sua mãe ao lado, tocando-o (Figura 1). Solicitou-se aos entrevistados que, por meio de associação livre, discorressem sobre a mesma. Para isto utilizaram-se as seguintes perguntas: O que significa para você esta foto? O que ela tem a ver com o cuidado que você executa?

Logo após, apresentou-se a segunda foto com gemelares prematuros em posição canguru (Figura 2) e repetiu-se as mesmas perguntas feitas na apresentação da primeira foto.

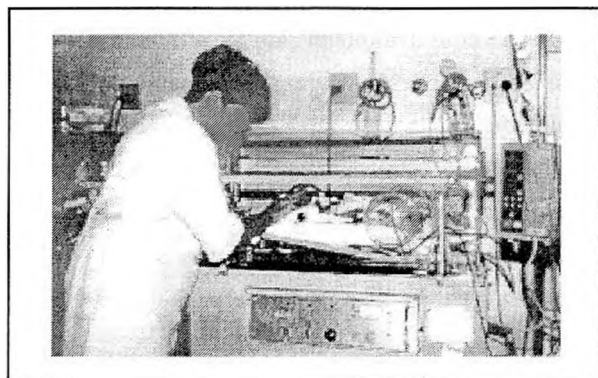


Figura 01. Foto 1



Figura 02. Foto 2

Para análise e interpretação dos dados, utilizou-se parte da técnica de análise de enunciação (BRADIN, 1977), ou seja, apenas, a **análise temática**.

Para cada tema correlacionaram-se os núcleos de sentido recortados das falas, valendo-se da seguinte codificação:

{ _ }	pausa durante a fala.
...	Recortes na mesma fala.

l l	recortes de outras falas.
()	observações complementares para situar as falas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados sobre os profissionais entrevistados estão dispostos no Quadro abaixo:

QUADRO 1 – Caracterização da equipe de enfermagem

Identificação	Idade (anos)	Escolaridade	Tempo de conclusão do curso de enfermagem (anos)	Tempo de serviço na enfermagem (anos)	Tempo de serviço no local (anos)	Outro vínculo empregatício
aux. 01	21	2º grau	2 ½	02	02	sim
aux. 02	42	2º grau	19	18	16	não
aux. 03	25	2º grau	05	04	04	sim
aux. 04	27	2º grau	08	07	07	sim
aux. 05	50	2º grau	02	20 (18 como atendente)	20	não
aux. 06	36	2º grau	02	17 (16 como atendente)	17	não
aux. 07	35	2º grau	08	07	07	não
aux. 08	39	2º grau incompleto	03	14 (11 como atendente)	02	não
aux. 09	48	2º grau	20	20	11	não
enf.01	29	3º grau	07	06	04	sim
enf. 02	43	3º grau	19	19	10	não
enf. 03	52	3º grau	27	25	04	não

Os entrevistados apresentam características relativamente heterogêneas acerca da idade, tempo de conclusão do curso de enfermagem, tempo de atuação profissional na enfermagem e no local de estudo e existência ou não de outro vínculo empregatício. Fato esse considerado particularmente importante, pois propicia experiências e vivências diversificadas dos sujeitos.

Os dados foram organizados em dois temas: *Os Significados do MC*, com os seguintes núcleos de sentido: “Retorna o contato íntimo com o prematuro”, “Favorece a segurança e tranquilidade materna e da criança”, “MC e termorregulação”, “Favorece a troca de afetividade e o vínculo”, “MC estimula o aleitamento materno”, “MC e alta precoce”, “Humaniza o cuidado neonatal” e *Os significados do MC e suas relações com a prática de enfermagem*.

Os Significados do MC

Retorna o contato íntimo com o prematuro

A proximidade entre mãe e filho favorecida pelo MC é apreendida pela enfermagem:

“Aqui (foto1) o nenê cheio de tubos, na incubadora! Então, este contato parece estar sendo difícil, é mais distante... ele (o contato) é muito importante /_/ então, aqui (foto 2) o contato já está maior” (aux.01).

“... e a mãe está com uma feição muito feliz aqui (foto 2), ela está tendo um contato muito grande /_/ então, o MC é um projeto em que a criança fica direto em contato com a pele da mãe, não fica mais na incubadora” (aux. 02).

Observa-se que a enfermagem consegue apreender o foco do MC nos termos estabelecidos por Charpak, Calume, Hamel (1999), Cattaneo *et al.* (1998); Whitelaw (1990); Javorsky (1997), Brasil (2000), Bergman, Judgo (1994), por exemplo.

Em contrapartida, a incubadora é visualizada como barreira impossibilitando a maior aproximação entre mãe e filho:

“É uma distância entre a mãe e o bebê, ela de fora, só com a mão acariciando, sem contato, com vontade de pegar no colo. A incubadora está separando { } assim, ela olha e não entende aquilo, os fios, a sonda { } ela quer saber o que está acontecendo, ela quer pegar ele,

ficar mais próximo e com a incubadora não dá” (aux. 09).

Quando ocorre o evento do nascimento prematuro, o bebê é exposto a um ambiente cheio de luzes, ruídos e movimentos e é imediatamente isolada em incubadora, preso a aparelhos para salvar-lhe a vida, isolando-o assim, de certa maneira, de sua família (KAMADA, 2002). O uso de tecnologia para atender às necessidades biológicas do recém-nascido de risco tem sido objeto de discussão e reflexão dos profissionais nas questões relativas à fragmentação da assistência (SCOCHI, 2000).

Entretanto, o contato entre mãe e seu filho nem sempre é plenamente possível para Barbosa (1999), pois é dependente das condições clínicas da mãe, do bebê e das rotinas hospitalares.

O contato é expresso como uma forma de continuidade do útero materno, já que ocorreu o nascimento antes do termo. Para uma entrevistada, o MC é uma forma de “continuar” a gestação até o momento em que o bebê esteja pronto para seu nascimento:

“... o contato com a mãe é a continuidade de quando ele (bebê) estava no útero” (aux. 09).

Essa maneira de perceber o MC também foi encontrada em outro estudo, sendo verbalizada por pais que o entendem como uma possibilidade, mesmo que imaginária, do retorno ao útero, completando a gestação interrompida (FURLAN, 2002).

A assistência de enfermagem deve ser planejada de forma individualizada, com a finalidade de possibilitar uma boa adaptação do prematuro ao ambiente extra-uterino (SCOCHI, 2000).

Assim, o MC deve ser implementado como uma estratégia nessa direção, concebido pela enfermagem como o retorno do contato íntimo entre mãe e filho prematuro:

“... ela (criança) não vai sentir tanto a separação, principalmente os prematuros ... ele (bebê) está com contato pele-a-pele e aqui é muito melhor este método (canguru) /_/ ...o bebê não fica tão longe da mãe” (Fotografia 2. Aux. 06).

Favorece a segurança e tranquilidade materna e da criança

Devido ao nascimento de um bebê prematuro, de baixo peso, diferente daquele idealizado durante a gravidez, muitas mães se retraem e têm medo de se aproximar do filho, de acordo com Klaus & Kennel (1993).

O ambiente de um berçário de risco tem duplo significado: ao mesmo tempo em que os pais se sentem seguros percebendo os recursos utilizados como necessários para manutenção da vida de seu filho e confiantes na assistência especializada, eles também se sentem desesperados ao verem seu filho sofrendo, sentindo-se impotentes (GOMES, 1999).

O MC é percebido como alternativa para facilitar a aquisição de segurança, fazendo com que a mãe perceba que é capaz de segurar e acalantar seu filho sem trazer-lhe prejuízo:

"Você sente ela (a mãe) mais segura, assim (foto 02) / _ / ... (o canguru) faz bem para mãe também" (aux. 03).

"... a gente está começando o canguru, então é bem isso mesmo, deixar o bebê bem próximo o tempo todo em contato com a pele da mãe / _ / a mãe está mais segura (foto 2)" (enf. 01).

A permanência em posição canguru ameniza sentimentos de medo e de insegurança, pois os pais se sentem mais relaxados e tranquilos (WHITELAW, 1990; MONTAGU, 1998).

O MC pode auxiliar na inserção da família no cuidado da criança, principalmente o pai:

"... e não só a mãe tem feito canguru e até o pai a gente tem estimulado para fazer e é até bonito de você ver, irmãos também, avós { _ } é uma coisa bem coletiva" (enf. 01).

"... aí tem a aproximação da família, e principalmente do pai, a partir do desejo dele com o bebê." (enf. 03).

A inserção da família é muito produtiva, pois auxilia a mãe nos cuidados básicos durante a internação, desenvolve habilidades para o cuidado no domicílio, minimiza a ansiedade materna relacionada à internação e apóia o casal durante a crise do evento do nascimento prematuro (SCOCHI, 2000; FURLAN, 2002; KAMADA, 2002).

O MC também propicia segurança à criança uma vez que ela tem a sensação causada pela contenção à semelhança do útero, ocasionada pelo posicionamento adotado. Segundo os entrevistados, isso ajuda no desenvolvimento, favorecendo a melhora mais rápida, pois o bebê se sente mais tranquilo:

"... o bebê fica mais tranquilo, ele não fica estressado, ele se sente mais seguro porque ele se sente como se estivesse no útero, porque todo lugar que ele mexe ele vê que está seguro" (aux. 07).

Enfermeiras apontam que o prematuro apresenta reações segundo a relação afetiva mãe-filho. Normalmente, com a presença materna, a criança fica mais calma e relaxada, suga mais, aceita melhor o leite materno, tem ganho ponderal maior, corresponde aos olhares da mãe e a reconhece, demonstrando a importância da participação da mãe na assistência à criança (BARBOSA, 1999).

A incubadora constitui um equipamento básico na assistência ao prematuro, cujo uso adequado tem favorecido a redução da morbimortalidade. Porém, pode também se constituir em fator de separação entre a mãe/filho, dificultando a ocorrência de contato mais próximo. Muitas vezes as mães apenas tocam o filho através das portinholas da incubadora, o que acaba contribuindo para que o contato seja insuficiente, dificultando a formação do vínculo e favorecendo ainda mais o medo de se aproximar do seu filho:

"Está na incubadora (bebê) { _ } ela demonstra carinho do jeito que ela pode { _ } parece que ela está meio assustada { _ } preocupada { _ } eu acho que a mãe assusta, a gente já está acostumada, ela não" (aux. 05).

"... elas (mães) têm a imagem de um bebê idealizado, perfeito, saudável, grande e quando ela tem um filho prematuro, ela cria medos, inseguranças, então isto dificulta a aproximação dela com o bebê { _ } essa mãe precisa ser orientada, de ajuda para superar seus medos para melhorar essa aproximação com o bebê dela" (enf. 01).

Um fato importante que interfere no comportamento materno em berçário de risco é a sensação de entrar num cenário com máquinas, luzes, sons, alarmes, fios. Isso faz

a mãe pensar como seu filho pode ter tanta resistência para sobreviver. Além disso, a precisão das técnicas faz com que ela se sinta incapaz para auxiliar seu filho mesmo no domicílio (SCOCHI *et al.*, 2003; WHITELAW *et al.*, 1988; BARBOSA, 1999).

Assim, o apoio às mães após as primeiras horas do nascimento é muito importante. Não se sabe exatamente os efeitos que ocorrem durante um breve período de tempo no apego, mas sabe-se que esse período pode ajudar no desenvolvimento do vínculo mãe e bebê, segundo Gomes (1999).

Da mesma maneira que a incubadora pode causar medo e insegurança materna, a criança também sente essa ausência de contato:

"Porque aqui (foto 01) a mãe só está pondo a mão na criança, mas ela (a criança) não está sentindo o cheiro dela (mãe), não está sentido o coração dela (mãe)" (aux. 01).

Para o desenvolvimento adequado da criança, é necessário que ela seja tocada, acariciada, que se dialogue com ela, mesmo que não seja amamentada. Essas experiências são fundamentais para o desenvolvimento adequado do bebê (CATTANEO *et al.*, 1998; BRASIL, 2000; BARBOSA, 1999; LUDINGTON-HOE & SWINTH, 1996).

O fato de não poder pegar o bebê no colo, aconchegá-lo e embalá-lo é bastante frustrante para a mãe. Mesmo quando já é possível tocá-lo e acariciá-lo dentro da incubadora, muitas mães se amedrontam diante dessa situação. Esse medo se justifica pela auto-estima afetada, pelo ambiente da UCIN e pela falta de autoconfiança na capacidade de criar o filho (SCOCHI *et al.*, 2003).

MC e termorregulação

O MC, segundo os entrevistados, proporciona o aquecimento da criança:

"...ajuda a manter a temperatura /_/ aumenta a temperatura da criança" (aux. 08).

"... aqui (foto 2) ele (bebê) vai voltar a temperatura, no canguru /_/ Tem uns (bebês) que até ficam suadinhos eu já medi temperatura de bebê com 37,3" em MC" (aux. 09).

Num estudo de caso observou-se que, em 30 minutos de MC, a temperatura dos bebês aumentou em média 0,8° C e, além disso, também proporcionou tranquilidade e relaxamento para o binômio mãe e filho, conforme destacado por Meyer & Anderson (1999). Outros estudos também apontam o aumento ou a manutenção da temperatura corporal (WHITELAW, 1990; WHITELAW *et al.*, 1988; MEYER & ANDERSON, 1999).

Favorece a troca de afetividade e o vínculo

A formação do vínculo não é algo que acontece de imediato, depende de inúmeras interações que ocorrem entre a mãe e seu filho e também da qualidade dessa interação.

Desta maneira é relatado que o MC é uma forma de favorecer a criação de vínculo afetivo, pois, a mãe tem oportunidade de tocar seu bebê, segurá-lo, e participar do cuidado ao filho. Essa relação é dificultada quando o bebê está na incubadora:

"(foto 2) a mãe é mais presente, o fato de nascer prematuro afastou ela do bebê, ai" (aux. 04).

"(foto 1) é um toque, mas que distante { _ } está muito difícil dela fazer olho-no-olho, o que ela pode mais fazer é o toque, está um vínculo muito difícil { _ } não dá pra fazer olho-no-olho, pele-a-pele /_/... mas esta aí é a oportunidade que podemos dar pra essa mãe, porque o vínculo envolve pele a pele" (enf 03).

O apego é fundamental na vida do ser humano, pois o recém-nascido depende quase que exclusivamente de sua mãe para sobreviver. O vínculo inicia-se no primeiro contato imediato após o parto e este vínculo vai se fortalecendo no decorrer do desenvolvimento da criança (BARBOSA, 1999).

Outros estudos também relatam que o MC aumenta o vínculo entre a mãe e seu filho (WHITELAW, 1990; JAVORSKY, 1997; CATTANEO *et al.*, 1998; CHARPAK, CALUME, HAMEL, 1999; BRASIL, 2000).

MC estimula o aleitamento materno

De acordo com os dados obtidos, quanto mais cedo o contato entre mãe e filho mais precocemente ocorrerá o estímulo à amamentação:

“... (bebê em contato com a mãe) vai mamar mais cedo /_/ pra você ver com 1500g já coloca no peito” (aux. 03).

“... (foto 2) está estimulando a amamentação /_/ o contato pele-a-pele ... a provisão de leite aumenta” (enf. 03).

O MC facilita a lactação aproximando mãe e filho, fazendo com que o aleitamento ocorra naturalmente (JAVORSKY, 1997; CHARPAK, CALUME, HAMEL, 1999; BRASIL, 2000; COREN-SP, 2000; SCOCHI *et al.*, 2003). Portanto os dados encontrados reafirmam essa vantagem citada.

MC e alta precoce

A criança em MC inicia alimentação via oral mais rapidamente, fazendo com que o ganho de peso seja maior e, conseqüentemente, a alta ocorra mais precocemente:

“...a gente tinha criança com 1700g que foi para casa e eu acho que por causa do contato” (aux. 01).

“... ele (bebê) vai pro alojamento menor e vai pra casa mais cedo” (aux. 08).

A alta precoce também tem sido apontada como uma das vantagens do MC (CHARPAK, CALUME & HAMEL, 1999; CATTANEO *et al.*, 1998; BRASIL, 2000; DIAS, 2000).

Humaniza o cuidado neonatal

O MC é apontado como estratégia para auxiliar no processo de humanização da assistência hospitalar, transformando a relação com a clientela, em especial com os bebês e as mães que estão mais presentes na unidade neonatal:

“... a gente (equipe de enfermagem) também tem que ter o vínculo, dar atenção, carinho, tratar a criança com respeito, não mexer nela a hora que não precisa, para evitar estressar /_/...é a humanização do cuidado” (aux. 02).

“... tem que ver todo o contexto e o emocional da mãe também, tem que ver se ela está querendo, porque não adianta se ela não querer, é tanta coisa que atinge essa

mulher[_]a casa dela, os outros filhos, o marido, a obrigação com o filho internado, tem que dar de mamar” (enf. 03).

A humanização é uma volta aos hábitos que, no passado, permearam as relações humanas. É um resgate da capacidade de ouvir, de olhar nos olhos. A enfermagem deve se conscientizar que os avanços tecnológicos e científicos estão vinculados ao ser humano. Além de assistência qualificada tecnicamente, é preciso criar laços afetivos através do relacionamento humano (COREN-SP, 2000)

Os significados do MC e suas relações com a prática do cuidar

Na instituição em estudo, o MC tem sido utilizado de forma assistemática e pontual há mais de dois anos (SCOCHI *et al.*, 2003). Mais recentemente, estratégias têm sido implantadas visando ao seu incentivo como a sensibilização da equipe multiprofissional por meio de orientações no cotidiano do trabalho e cursos de treinamento. Por ocasião da coleta de dados, todos da equipe de enfermagem da unidade tiveram um curso de sensibilização a respeito do MC.

Observa-se que os entrevistados apreenderam e assimilaram a importância dessa nova tecnologia para a prestação de uma assistência de qualidade ao recém-nascido e à família. Demonstraram que se sentem membros ativos do processo de implantação do MC no hospital:

“... o MC pra gente aqui é novo, faz pouco tempo, mas aqui pra nós não é assim, é simples, mas é difícil de falar [_] a gente tem que auxiliar a mãe a colocar na posição, próximo ao seu corpo, confortável” (aux. 07).

Quando questionados sobre a relação do significado das fotos com o processo de trabalho na unidade, muitos afirmaram que, para o estabelecimento do vínculo entre a mãe-filho e realização do MC, deveriam proporcionar assistência de qualidade através do estímulo e apoio à mãe, usando como instrumentos a orientação e o diálogo para que a mãe se sentisse mais segura:

“Aí, a gente pode dar apoio pra ela, tentar conversar com elas ... quanto mais a gente passar segurança e ajudar ela, mais ela vai se sentir segura e não vai passar estresse para o bebê dela /_/...a gente tem que ajudar na

recuperação mais rápido, colaborando, tendo paciência, ajudando no método, orientando” (aux. 06).

Outra relação com a prática do cuidar é apontada quando as entrevistadas expressam que por gostarem da profissão, elas criam uma relação afetiva com a criança: *“Isso aqui (foto 01) tem tudo a ver com meu trabalho, porque a gente tem que **dar e criar o vínculo** porque é a gente que está com ele o dia direto /_/ Eu gosto de trabalhar com bebês e a gente cria amor, a gente cria um vínculo, a gente está fazendo porque gosta, não vai agir como uma máquina” (aux. 02).*

“... Aí a gente se propõe a dar o melhor para a criança, a gente se sente como mãe e avó” (aux. 05).

Esta atitude muitas vezes faz com que a profissional favoreça ainda mais o contato mãe/filho, pois ela se aproxima e se preocupa com o bem-estar físico e emocional do bebê e da mãe.

A enfermagem experimenta afeto e gratificação no estabelecimento do vínculo afetivo, havendo tendência da equipe emocionar-se e envolver-se com as crianças (BARBOSA, 1999).

Quando não há possibilidade de contato pele-a-pele entre mãe e filho, a equipe estimula o toque, mesmo que seja através da portinhola da incubadora:

*“... sempre a gente fala para a mãezinha (foto1), **pode abrir a porta** (incubadora), pôr a mãe nele (bebê) /_/ a mãe a gente tem que **orientar** /_/... eu tenho que colaborar orientando, **explicando os benefícios**” (aux. 09).*

Assim, a enfermagem atua também com problemas emocionais e socioeconômicos contemplando a visão de dependência mútua entre a criança e a família (SCOCHI, 2000).

Outro aspecto abordado é a tristeza da equipe de enfermagem em saber que muitas mães, por diversos motivos, entregam seus filhos para adoção:

“... elas precisam de muito carinho /_/ então a gente procura incentivar /_/, dar segurança, explica, a gente procura ver a mãe também, mas o ruim é saber que algumas delas acabam dando os filhos depois” (aux. 05).

A assistência deve minimizar os efeitos negativos da doença e da separação entre os pais e filho, orientando a família e estimulando o vínculo entre eles (GOMES, 1999).

Também é feita referência ao cuidado como ajuda à mãe para aceitação do filho real. Para as entrevistadas, a mãe deve ser orientada para que supere seus medos e inseguranças. Afirmam que é difícil aproximar a mãe do filho com tantos fios e monitores, e o MC facilita a aproximação e a aceitação materna:

*“... explicando tudo que a gente faz, a gente consegue trabalhar muito com as mães que no começo rejeitam, mas agora aceitam /_/...com o MC a gente está podendo chegar mais perto da criança, podendo **ajudar a mãe a aceitar**, a fazer o MC” (aux. 02).*

*“a gente trabalha aqui pra fazer isto, **aproximar a mãe da criança**, porque pra ela é muito difícil se aproximar do filho com tanto fio e monitor” (aux. 08).*

Por ocasião do nascimento, a mãe precisa se adaptar e aceitar as características físicas e comportamentais do seu bebê real (DIAS, 2000). Em tais situações, a mãe necessita de apoio de uma equipe competente não só em técnicas, mas também nas necessidades emocionais maternas (FURLAN, 2002).

Assim, a equipe deve estar capacitada para avaliar as condições clínicas e emocionais da criança e família a fim de prestar uma assistência de qualidade.

A equipe de enfermagem tem procurado favorecer este contato facilitando-o e estimulando-o:

*“É a possibilidade que a mãe tem de estar tocando seu bebê, ela está vendo que mesmo ele estando numa incubadora ela pode fazer isto /_/ A gente procura aproximar a mãe, mas algumas se armam /_/ a gente conversa [_] o vínculo, o cuidado que ela pode estar dando para o filho dela, **a necessidade de pegar no colo**” (aux. 04).*

“(foto 02) a gente está querendo diminuir a distância, a ansiedade da mãe, a gente incentiva estar pegando no colo, a gente tenta diminuir a distância que tem entre eles” (enf. 01).

Por outro lado, há o risco de considerar a mãe como mão de obra, dividindo o trabalho com a enfermagem:

"Com o nenê em canguru a mãe é quem cuida, faz tudo, a gente de certa maneira até esquece que o neném está lá /...é mais fácil cuidar /...é melhor pra mãe, pros bebês e pra nós também, porque facilita o trabalho." (aux. 03)

Apesar de o MC não necessitar de recursos de maior complexidade, a sua implantação efetiva requer uma infraestrutura mínima para acomodar as mães cangurus, conforme menciona uma entrevistada:

"... a enfermeira escolhe as mães que vão ficar aqui, são mães de pré-alta, mães aqui para nós no noturno não fica { } são mais mesmo as de pré-alta e aí a gente acaba colocando outra barreira, aí o MC não está funcionando. Além disso, vê se tem alguma mãe que quer dormir aqui, difícil { } A gente tem que ver as condições que este povo fica, o certo é internar estas mães para ficarem o tempo todo com seu filhos em posição canguru /... aqui não funciona, não tem estrutura /... o certo seria o MC 24 horas por dia numa enfermaria apropriada" (enf. 02).

Cabe informar que, por ocasião da coleta de dados, as mães que demonstraram interesse em participar do MC eram alojadas em uma poltrona na unidade neonatal, e o hospital fornecia alimentação, vale-transporte e local para higienização.

Dificuldades quanto à estrutura física e aos recursos humanos também são apontadas em estudo realizado em um hospital filantrópico do interior do Estado de São Paulo. A autora afirma que a efetiva implantação do MC só vai se dar quando essa metodologia de cuidado estiver incluída na filosofia da instituição e não apenas incorporada por alguns profissionais (KAMADA, 2002).

Recomenda-se que, após o período de adaptação e treinamento, a mãe e seu filho devem ficar em alojamento conjunto, onde a posição canguru deverá ser realizada o maior tempo possível. Os quartos deverão obedecer às normas já estabelecidas para alojamento conjunto. Também é necessário cama, berço, aspirador a vácuo ou portátil, cadeira, material de higiene, balança, régua antropométrica, fita métrica de plástico, termômetro, carro com equipamento para reanimação cardiorrespiratória (BRASIL, 2000).

Outros dados obtidos durante as entrevistas relatam a existência de critérios para a colocação de um bebê em posição canguru:

"... se o nenê puder a gente já o coloca no colo da mãe, na posição canguru, é melhor pra ele /...até bebê grande a gente coloca (em MC)" (aux. 03).

"... mas aí a gente precisa ver o estado geral da criança, porque as dificuldades não permitem colocar no canguru..." (enf. 03).

Os critérios para elegibilidade da criança são basicamente a estabilidade dos parâmetros cardiorrespiratórios (op cit.). Crianças com apnéia severa, uso de vasodiladores, vasopressores, sedativos ou surfactantes em infusão contínua e instabilidade metabólica não devem ser colocadas em canguru (DIAS, 2000).

Acredita-se que a enfermagem, através da aquisição de conhecimentos, tem capacidade de avaliar o estado físico e emocional do bebê para sua elegibilidade. Entretanto, ela deve ter conhecimento da metodologia para que o consenso sobre a aplicabilidade da metodologia prevaleça entre os profissionais (DIAS, 2000).

Uma auxiliar relatou a necessidade de permissão médica para a realização do MC:

"...acho que poderia tomando os cuidados /...se o médico autorizar, a gente pode colocar (em MC)" (aux. 05).

Os recursos humanos devem ser formados por uma equipe multiprofissional cujos membros estão capacitados e aptos para avaliar a condição de uma criança ser inserida no MC (BRASIL, 2000).

CONCLUSÕES

Considera-se que o uso da metodologia proposta é efetivo, pois permitiu a livre expressão dos profissionais, possibilitando que os objetivos propostos fossem atingidos.

Foi possível observar que o MC é aplicado sistematicamente e a enfermagem se apresenta envolvida e capacitada para sua aplicabilidade.

Concluiu-se que há relação entre a prática de enfermagem e o MC, pois essa metodologia é incentivada pela

equipe como estratégia de cuidado, complementando a assistência prestada e permitindo uma maior interação dos profissionais com a família.

A mudança na filosofia do cuidado tem proporcionado uma assistência de melhor qualidade para a

população atendida, ao focalizar o acolhimento e o atendimento das necessidades da criança e família. O MC insere-se nesse contexto como uma estratégia facilitadora da mudança do modelo de atenção em unidades neonatais.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, V.L. **O vínculo afetivo na UTI neonatal: uma questão de reciprocidade da tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem**. Tese [doutorado]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina/UNIFESP; 1999.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (Pt.): Edições; 1977.

BELL, R.P.; MCGRATH, J.M. Implementing a research based kangaroo care program in the neonatal intensive care unit. **Nursing Clinics of North America**. 1996 Jun; 31(2):387-403.

BERGMAN, N.J., JUDGO, L.A. **The kangaroo-method for treating low birth weight babies in a developing country**. *Tropical Doctor* 1994 september; 24:57-60.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma de orientação para a implantação do método canguru**, L. Pub. nº 693 (Jul. 5, 2000).

CATTANEO, A.; DAVANZO, R.; WORKU, B.; SURJONO, A.; ECHEVERRIA, M.; BEDRI, A.. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial different settings. **Acta Paediatr**. 1998; (87):976-85.

CHARPAK, N.; CALUME, Z.F.; HAMEL, A. **O método canguru. Pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras**. Rio de Janeiro (RJ): Mac Graw Hill; 1999.

COREN-SP. **Humanização: programa promove assistência à gestante e partos mais saudáveis**. Coren-SP 2000 jul/agto; 29: 2-5.

DIAS, I.M.A.V. **Apego mãe e filho: bases para assistência de enfermagem neonatal**. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.

FURLAN, C.E.F.B. **Implantação do método mãe-canguru: percepção do enfermeiro e dos pais sobre a vivência**. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.

GOMES, M.M.F. **As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construindo possibilidades de cuidado**. Tese [doutorado] São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina/UNIFESP; 1999.

JAVORSKY, M. **Os significados do aleitamento materno para as mães de prematuros em cuidado canguru**. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.

KAMADA I. **Assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal**. Tese [doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.

KLAUS, M.H., KENNEL, J.H. **Pais e bebês: a formação do apego**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993.

LUDINGTON-HOE, S.M.; SWINTH, J.Y. Developmental aspects of kangaroo care. **J. Obst. Gynecol. Neo. Nurs**. 1996 Sept; 25(8):613-26

MEYER, K; ANDERSON, C.G. Using Kangaroo Care in the clinical setting with full-term dyads having breastfeeding difficulties. **MCN** 1999 nov-dez; 24(6): 294-5.

MONTAGU, A. **Tocar: a dimensão humana da pele**. São Paulo (SP): Summus; 1998.

SCOCHI, C.G.S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem.** Tese [Livre-Docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 2000.

SCOCHI, C.G.S.; KOKUDAY, M.L.P.; RIUL, M.J.S.; ROSSANEZ, L.S.S.; FONSECA, L.M.M.; LEITE, A.M. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev Latin-am Enfermagem** 2003 (prelo).

VALDÉS, V.; SÁNCHEZ, A.P.; LABHOK, M. **Manejo clínico da lactação: assistência à nutriz e ao lactente.** Buenos Aires (Ar): Revinter; 1996.

WHITELAW, A. Kangaroo baby care: just a nice experience or an important advance for preterm infants? [Commentary]. **Pediatrics** 1990; 85 (4): 347-8.

WHITELAW, A.; HEISTERKAMP, G.; SLEATH, K.; ACOLET, D.; RICHARDS, M. Skin-to-skin contact for very low birthweight infants and their mothers. **Arch. Dis. Child.** 1988; 63:1377-81.