



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
MATERNIDADE - ESCOLA  
ESPECIALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-  
INFANTIL**

**SANDRA VALÊSCA FERREIRA DE SOUSA**

**MÉTODO MÃE CANGURU NA MATERNIDADE ESCOLA  
DA UFRJ: evidenciando mães e bebês na segunda etapa.**

**Rio de Janeiro  
2009**

MON  
2009  
SVFS

UFRJ  
Maternidade Escola  
Biblioteca Jorge de Rezende



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
MATERNIDADE - ESCOLA  
ESPECIALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-  
INFANTIL**

**SANDRA VALÊSCA FERREIRA DE SOUSA**

**MÉTODO MÃE CANGURU NA MATERNIDADE ESCOLA  
DA UFRJ: evidenciando mães e bebês na segunda etapa.**

**Rio de Janeiro  
2009**

MON  
2009  
SVFS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
MATERNIDADE - ESCOLA  
ESPECIALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-  
INFANTIL**

**SANDRA VALÊSCA FERREIRA DE SOUSA**

**MÉTODO MÃE CANGURU NA MATERNIDADE ESCOLA  
DA UFRJ: evidenciando mães e bebês na segunda etapa.**

**Rio de Janeiro  
2009**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
MATERNIDADE - ESCOLA  
ESPECIALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-  
INFANTIL**

**SANDRA VALÊSCA FERREIRA DE SOUSA**

**MÉTODO MÃE CANGURU NA MATERNIDADE ESCOLA  
DA UFRJ: evidenciando mães e bebês na segunda etapa.**

**Rio de Janeiro  
2009**

U F.R.J  
MATERNIDADE ESCOLA  
~~BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE~~  
N. ADM. 739444  
N. SISTEMA 739444  
JOB. BARRA

não tem resumo



U.F.R.J  
MATERNIDADE ESCOLA  
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE  
N. ADM. 739444  
N. SISTEMA 739444  
CÓD. BARRA

UFRJ  
Maternidade-Escola  
  
561870

*não tem resumo*



**MÉTODO MÃE CANGURU NA MATERNIDADE  
ESCOLA DA UFRJ: evidenciando mães e bebês na segunda  
etapa.**

**Sandra Valêscia Ferreira de Sousa**

**Laura Johanson da Silva**

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:

---

Ms. Antonia Lucia Marins Guimarães

---

Ms. Laura Johanson da Silva

Nota:  
Conceito:

Rio de Janeiro, 19 de junho de 2009



**MÉTODO MÃE CANGURU NA MATERNIDADE  
ESCOLA DA UFRJ: evidenciando mães e bebês na segunda  
etapa.**

**Sandra Valêscia Ferreira de Sousa**

**Laura Johanson da Silva**

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:

---

Ms. Antonia Lucia Marins Guimarães

---

Ms. Laura Johanson da Silva

Nota:  
Conceito:

Rio de Janeiro, 19 de junho de 2009



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	03
2 REFERENCIAL CONCEITUAL .....	09
2.1 O Método Mãe-Canguru no Brasil .....	09
2.2 Aplicação das três etapas do MMC .....	12
3 METODOLOGIA .....	15
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS .....	18
4.1 O bebê participante da segunda etapa do MMC .....	18
4.2 As mães participantes da segunda etapa do MMC e suas concepções .....	18
4.2.1 Aprendendo a ser mãe prematura .....	26
4.2.2 Sentindo-se apoiada para amamentar .....	30
4.2.3 Recebendo ajuda para prosseguir .....	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	36
REFERÊNCIAS .....	39

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>03</b>
<b>2 REFERENCIAL CONCEITUAL .....</b>	<b>09</b>
<b>2.1 O Método Mãe-Canguru no Brasil .....</b>	<b>09</b>
<b>2.2 Aplicação das três etapas do MMC .....</b>	<b>12</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>	<b>18</b>
<b>4.1 O bebê participante da segunda etapa do MMC .....</b>	<b>18</b>
<b>4.2 As mães participantes da segunda etapa do MMC e suas concepções .....</b>	<b>18</b>
<b>4.2.1 Aprendendo a ser mãe prematura .....</b>	<b>26</b>
<b>4.2.2 Sentindo-se apoiada para amamentar .....</b>	<b>30</b>
<b>4.2.3 Recebendo ajuda para prosseguir .....</b>	<b>33</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo surgiu a partir das vivências como enfermeira, a partir de agosto de 2007, na Maternidade Escola da UFRJ integrando a equipe multiprofissional do Método Mãe Canguru (MMC), também conhecido como método canguru. Considerando o fato de nunca ter feito parte de nenhum programa semelhante em minha carreira profissional, foi essa nova experiência que me despertou o interesse em compreender e conhecer algumas facetas da implementação do método canguru no contexto da Maternidade Escola da UFRJ. Cabe ressaltar que após meu ingresso na equipe, cotidianamente sou levada a repensar conceitos e ações, o que implica em novos aprendizados, não só com os profissionais, mas também com as famílias, especialmente com as mães e seus bebês, de forma bastante singular. Esta singularidade veio a corroborar com a necessidade de aquisição ampla e consistente de conhecimento acerca das vantagens, aplicabilidade e eficácia do método, sendo necessário não apenas vivenciá-lo, mas também buscar na literatura fundamentos para as ações de cuidado à luz da filosofia que o método canguru preconiza.

O Programa Mãe Canguru nasceu na Colômbia em 1979, sendo elaborado pelos neonatologistas Edgar Rey Sanabria e Héctor Martínez Gómez, médicos do hospital San Juan de Dios -Instituto Médico Infantil em Bogotá. A idéia de se valer do calor materno surgiu com a necessidade de minimizar o alto índice de mortalidade neonatal, abandono materno e desmame precoce, o que se dava pela insuficiência de um quantitativo de incubadoras para atender à demanda de bebês prematuros. Naquela situação, frequentemente era necessário utilizar uma mesma incubadora para dois recém-nascidos, o que muitas vezes determinava aumento das taxas de

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo surgiu a partir das vivências como enfermeira, a partir de agosto de 2007, na Maternidade Escola da UFRJ integrando a equipe multiprofissional do Método Mãe Canguru (MMC), também conhecido como método canguru. Considerando o fato de nunca ter feito parte de nenhum programa semelhante em minha carreira profissional, foi essa nova experiência que me despertou o interesse em compreender e conhecer algumas facetas da implementação do método canguru no contexto da Maternidade Escola da UFRJ. Cabe ressaltar que após meu ingresso na equipe, cotidianamente sou levada a repensar conceitos e ações, o que implica em novos aprendizados, não só com os profissionais, mas também com as famílias, especialmente com as mães e seus bebês, de forma bastante singular. Esta singularidade veio a corroborar com a necessidade de aquisição ampla e consistente de conhecimento acerca das vantagens, aplicabilidade e eficácia do método, sendo necessário não apenas vivenciá-lo, mas também buscar na literatura fundamentos para as ações de cuidado à luz da filosofia que o método canguru preconiza.

O Programa Mãe Canguru nasceu na Colômbia em 1979, sendo elaborado pelos neonatologistas Edgar Rey Sanabria e Héctor Martínez Gómez, médicos do hospital San Juan de Dios -Instituto Médico Infantil em Bogotá. A idéia de se valer do calor materno surgiu com a necessidade de minimizar o alto índice de mortalidade neonatal, abandono materno e desmame precoce, o que se dava pela insuficiência de um quantitativo de incubadoras para atender à demanda de bebês prematuros. Naquela situação, frequentemente era necessário utilizar uma mesma incubadora para dois recém-nascidos, o que muitas vezes determinava aumento das taxas de

infecção. Assim, o método canguru foi determinante para a mudança desta realidade e a efetivação de uma nova modalidade de assistência neonatal no país, que em pouco tempo se espalharia por muitos países (ANDRADE, 2005).

As condições de saúde existentes ao início do Programa Mãe-Canguru eram as seguintes:

Imediatamente após o nascimento, o recém-nascido de baixo peso era colocado em uma incubadora, às vezes compartilhada por um ou mais recém-nascidos. Na UTI do Instituto Materno-Infantil de Bogotá, não se permitia o acesso a pessoas estranhas, incluindo-se também a mãe, que só podia ver o seu bebê quando este recebia alta. Iniciávamos a alimentação com dextrose e com fórmulas infantis, de acordo com o peso. Uma vez tratada a patologia inicial e alcançado o peso satisfatório, o prematuro era então retirado da incubadora e colocado em berços especiais (PROCHINIK; CARVALHO, 2001, p.09).

Este método consistiu em colocar o bebê entre os seios maternos, em contato pele a pele, em posição supina. Desta forma, mantendo-se aquecidos com o calor do corpo de sua mãe, os bebês saíram precocemente da incubadora e, conseqüentemente, receberam alta hospitalar mais rapidamente. Foi observado também, que o contato pele a pele precoce entre mãe e bebê, favorecia a criação de vínculo afetivo e duradouro entre ambos, e conseqüentemente melhorava o desenvolvimento do bebê. Portanto, a partir destas observações iniciais que se tornaram objetos de profundas investigações, a tríade amor, calor e aleitamento materno tornaram-se a essência do Método Mãe-Canguru, e a idéia de que a própria mãe poderia ser a fonte de calor para seu bebê prematuro, foi a teoria principal para gerar este método (CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999).

A partir da experiência realizada na Colômbia, a Unicef foi a principal responsável pela divulgação para vários países do mundo, conhecido internacionalmente como Kangaroo Mother Care (KMC). No Brasil a terminologia

infecção. Assim, o método canguru foi determinante para a mudança desta realidade e a efetivação de uma nova modalidade de assistência neonatal no país, que em pouco tempo se espalharia por muitos países (ANDRADE, 2005).

As condições de saúde existentes ao início do Programa Mãe-Canguru eram as seguintes:

Imediatamente após o nascimento, o recém-nascido de baixo peso era colocado em uma incubadora, às vezes compartilhada por um ou mais recém-nascidos. Na UTI do Instituto Materno-Infantil de Bogotá, não se permitia o acesso a pessoas estranhas, incluindo-se também a mãe, que só podia ver o seu bebê quando este recebia alta. Iniciávamos a alimentação com dextrose e com fórmulas infantis, de acordo com o peso. Uma vez tratada a patologia inicial e alcançado o peso satisfatório, o prematuro era então retirado da incubadora e colocado em berços especiais (PROCHINIK; CARVALHO, 2001, p.09).

Este método consistiu em colocar o bebê entre os seios maternos, em contato pele a pele, em posição supina. Desta forma, mantendo-se aquecidos com o calor do corpo de sua mãe, os bebês saíram precocemente da incubadora e, conseqüentemente, receberam alta hospitalar mais rapidamente. Foi observado também, que o contato pele a pele precoce entre mãe e bebê, favorecia a criação de vínculo afetivo e duradouro entre ambos, e conseqüentemente melhorava o desenvolvimento do bebê. Portanto, a partir destas observações iniciais que se tornaram objetos de profundas investigações, a tríade amor, calor e aleitamento materno tornaram-se a essência do Método Mãe-Canguru, e a idéia de que a própria mãe poderia ser a fonte de calor para seu bebê prematuro, foi a teoria principal para gerar este método (CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999).

A partir da experiência realizada na Colômbia, a Unicef foi a principal responsável pela divulgação para vários países do mundo, conhecido internacionalmente como Kangaroo Mother Care (KMC). No Brasil a terminologia

utilizada é Método Mãe Canguru, sendo sua implantação nas unidades assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) normatizada através da portaria n° 693 de 05 de julho de 2000 (BRASIL, 2000).

As experiências internacionais de implementação do método referem algumas divergências em relação à aplicabilidade e objetivos, que dependem muito do grau de desenvolvimento de cada país e de suas necessidades. Na Colômbia o programa é predominantemente ambulatorial, com rigoroso acompanhamento no domicílio materno, lá não existe uma unidade canguru hospitalar, onde mãe e bebê possam permanecer juntos (BOTERO,2000).

No Brasil, começou a ser praticado no início da década de 80, com o interesse da otimização dos escassos leitos neonatais e a possibilidade de alta hospitalar precoce. Contudo, a partir da normatização o objetivo principal passou a ser o de humanizar a assistência ao recém-nascido de baixo peso e sua família (NOGUEIRA *et al.*, 2003)

De acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde o Método Mãe-Canguru é desenvolvido num programa de três etapas, tendo como alvo os recém-nascidos de baixo peso (abaixo de 2.500 g). A primeira etapa se dá na Unidade Neonatal a partir do nascimento do bebê, a segunda acontece em sistema de alojamento conjunto em enfermaria canguru, para os bebês já clinicamente estabilizados e a terceira no ambulatório, quando o bebê recebe alta hospitalar. Para o modelo brasileiro, o método não é um substituto da incubadora, mas uma nova forma de assistência neonatal humanizada à disposição. Ele contribui para o processo de recuperação de saúde do bebê, aumento do vínculo mãe bebê e

utilizada é Método Mãe Canguru, sendo sua implantação nas unidades assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) normatizada através da portaria nº 693 de 05 de julho de 2000 (BRASIL, 2000).

As experiências internacionais de implementação do método referem algumas divergências em relação à aplicabilidade e objetivos, que dependem muito do grau de desenvolvimento de cada país e de suas necessidades. Na Colômbia o programa é predominantemente ambulatorial, com rigoroso acompanhamento no domicílio materno, lá não existe uma unidade canguru hospitalar, onde mãe e bebê possam permanecer juntos (BOTERO,2000).

No Brasil, começou a ser praticado no início da década de 80, com o interesse da otimização dos escassos leitos neonatais e a possibilidade de alta hospitalar precoce. Contudo, a partir da normatização o objetivo principal passou a ser o de humanizar a assistência ao recém-nascido de baixo peso e sua família (NOGUEIRA *et al.*, 2003)

De acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde o Método Mãe-Canguru é desenvolvido num programa de três etapas, tendo como alvo os recém-nascidos de baixo peso (abaixo de 2.500 g). A primeira etapa se dá na Unidade Neonatal a partir do nascimento do bebê, a segunda acontece em sistema de alojamento conjunto em enfermaria canguru, para os bebês já clinicamente estabilizados e a terceira no ambulatório, quando o bebê recebe alta hospitalar. Para o modelo brasileiro, o método não é um substituto da incubadora, mas uma nova forma de assistência neonatal humanizada à disposição. Ele contribui para o processo de recuperação de saúde do bebê, aumento do vínculo mãe bebê e



família, promove a amamentação, além de potencializa também a oferta de leitos neonatais (BRASIL, 2002).

Em nível nacional, o estado de São Paulo foi o primeiro a utilizar o cuidado canguru, em 1992 e em seguida foi a vez do Estado de Pernambuco, no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), na cidade de Recife. No IMIP pratica-se o método Mãe-Canguru hospitalar, diferente da Colômbia, que após a alta da UTIN o programa se dá na residência e a nível ambulatorial. No contexto hospitalar as mães permanecem na maternidade, acompanhando os bebês no período em que estão nas incubadoras e ficam com eles durante a prática do cuidado canguru. As famílias vão visitá-los periodicamente e podem também colocar em posição canguru os bebês dentro da enfermaria canguru (PROCHNIK; CARVALHO, 2001).

No Rio de Janeiro, através do patrocínio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDS) foi possível a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ), em agosto de 2000, implantar o MMC. Também graças a esse apoio financeiro, as instalações físicas do Alojamento Canguru foram construídas de acordo com as diretrizes do Manual de Normas Técnicas do MMC, do Ministério da Saúde. O Alojamento Mãe-Canguru conta com cinco leitos, três banheiros coletivos, lavanderia, uma sala em anexo utilizada para refeições, oficinas de artesanatos, atendimento psicológico, musicoterapia, assistir televisão, receber familiares, dentre outros fins.

De acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde o MMC é desenvolvido em três etapas, tendo como alvo os bebês de baixo peso (menos que 2.500 g), sendo a primeira etapa na UTIN, a segunda no Alojamento Mãe Canguru e a terceira no ambulatório, quando o bebê sai de alta hospitalar. Para o modelo

família, promove a amamentação, além de potencializa também a oferta de leitos neonatais (BRASIL, 2002).

Em nível nacional, o estado de São Paulo foi o primeiro a utilizar o cuidado canguru, em 1992 e em seguida foi a vez do Estado de Pernambuco, no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), na cidade de Recife. No IMIP pratica-se o método Mãe-Canguru hospitalar, diferente da Colômbia, que após a alta da UTIN o programa se dá na residência e a nível ambulatorial. No contexto hospitalar as mães permanecem na maternidade, acompanhando os bebês no período em que estão nas incubadoras e ficam com eles durante a prática do cuidado canguru. As famílias vão visitá-los periodicamente e podem também colocar em posição canguru os bebês dentro da enfermaria canguru (PROCHNIK; CARVALHO, 2001).

No Rio de Janeiro, através do patrocínio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDS) foi possível a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ), em agosto de 2000, implantar o MMC. Também graças a esse apoio financeiro, as instalações físicas do Alojamento Canguru foram construídas de acordo com as diretrizes do Manual de Normas Técnicas do MMC, do Ministério da Saúde. O Alojamento Mãe-Canguru conta com cinco leitos, três banheiros coletivos, lavanderia, uma sala em anexo utilizada para refeições, oficinas de artesanatos, atendimento psicológico, musicoterapia, assistir televisão, receber familiares, dentre outros fins.

De acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde o MMC é desenvolvido em três etapas, tendo como alvo os bebês de baixo peso (menos que 2.500 g), sendo a primeira etapa na UTIN, a segunda no Alojamento Mãe Canguru e a terceira no ambulatório, quando o bebê sai de alta hospitalar. Para o modelo

brasileiro, o MMC não é um substituto da incubadora, mas uma nova forma de assistência neonatal humanizada à disposição (BRASIL, 2001).

O método contribui para o processo de recuperação de saúde do bebê, aumento do vínculo mãe bebê e família, promove a amamentação, e potencializa também a otimização de leitos neonatais. Em relação a este último benefício, vale destacar que na Colômbia o programa é predominantemente ambulatorial, com rigoroso acompanhamento na residência materna, lá não existe uma unidade canguru hospitalar, onde mãe e bebê possam permanecer juntos (BOTERO,2000).

A ME-UFRJ cumpre as três etapas do método preconizadas no modelo brasileiro. A partir de julho de 2007, com algumas mudanças institucionais, incluindo direção e coordenações de serviços, iniciou-se um investimento maior na implementação da primeira etapa do MMC dentro da UTIN e conseqüentemente foi observada uma maior demanda de bebês para a segunda etapa, associada a uma passagem mais precoce para esta fase.

A posição canguru foi intensificada, a estimulação precoce para o aleitamento materno, dentre outras ações. Com isso observei empiricamente uma maior segurança dos pais em lidar com o bebê de baixo peso e um melhor desenvolvimento facilitando atingir a estabilidade para a segunda etapa. Observei também uma grande ansiedade dos pais para vivenciar esta fase o quanto antes, pois através da primeira experiência sentiam-se mais confiantes e competentes para estar com o filho e dele cuidar.

brasileiro, o MMC não é um substituto da incubadora, mas uma nova forma de assistência neonatal humanizada à disposição (BRASIL, 2001).

O método contribui para o processo de recuperação de saúde do bebê, aumento do vínculo mãe bebê e família, promove a amamentação, e potencializa também a otimização de leitos neonatais. Em relação a este último benefício, vale destacar que na Colômbia o programa é predominantemente ambulatorial, com rigoroso acompanhamento na residência materna, lá não existe uma unidade canguru hospitalar, onde mãe e bebê possam permanecer juntos (BOTERO,2000).

A ME-UFRJ cumpre as três etapas do método preconizadas no modelo brasileiro. A partir de julho de 2007, com algumas mudanças institucionais, incluindo direção e coordenações de serviços, iniciou-se um investimento maior na implementação da primeira etapa do MMC dentro da UTIN e conseqüentemente foi observada uma maior demanda de bebês para a segunda etapa, associada a uma passagem mais precoce para esta fase.

A posição canguru foi intensificada, a estimulação precoce para o aleitamento materno, dentre outras ações. Com isso observei empiricamente uma maior segurança dos pais em lidar com o bebê de baixo peso e um melhor desenvolvimento facilitando atingir a estabilidade para a segunda etapa. Observei também uma grande ansiedade dos pais para vivenciar esta fase o quanto antes, pois através da primeira experiência sentiam-se mais confiantes e competentes para estar com o filho e dele cuidar.

Nesta perspectiva as questões que norteiam este estudo são: Qual o perfil dos bebês que integraram a segunda etapa do MMC na ME-UFRJ? Quais as concepções das mães acerca da participação nesta etapa do método?

A partir destas indagações emergiu o desejo de se realizar uma pesquisa com os seguintes objetivos: **1)** Identificar o perfil dos bebês de baixo peso participantes da segunda etapa do MMC na ME-UFRJ; **2)** Evidenciar as concepções das mães acerca da sua participação na segunda etapa do MMC.

Embora, no Brasil, o MMC tenha sido normatizado em 2000 para ser implementado como um modelo assistencial nas instituições do Sistema Único de Saúde, poucos estudos brasileiros foram publicados sobre o modo como esse método vem sendo adotado pelas maternidades brasileiras, em suas três etapas. Particularmente no que se refere à implementação do MMC na cidade do Rio de Janeiro, as pesquisas são mais escassas ainda. Portanto, espera-se desta pesquisa uma contribuição efetiva para a divulgação deste método realizado na cidade do Rio de Janeiro, na Maternidade Escola da UFRJ.

Acredita-se que este estudo venha contribuir de forma significativa na assistência aplicada no MMC, de modo a se constituir num instrumento de discussão e reflexão para que os profissionais compreendam e aperfeiçoem os cuidados, humanizando as práticas em saúde.

Quanto à relevância acadêmica, este estudo representa um aprendizado que facilitará a prática diária de cuidados dispensados aos bebês e pais participantes do MMC, além de conhecimento teórico para as equipes multiprofissionais que têm interesse nessa temática.

Nesta perspectiva as questões que norteiam este estudo são: Qual o perfil dos bebês que integraram a segunda etapa do MMC na ME-UFRJ? Quais as concepções das mães acerca da participação nesta etapa do método?

A partir destas indagações emergiu o desejo de se realizar uma pesquisa com os seguintes objetivos: **1)** Identificar o perfil dos bebês de baixo peso participantes da segunda etapa do MMC na ME-UFRJ; **2)** Evidenciar as concepções das mães acerca da sua participação na segunda etapa do MMC.

Embora, no Brasil, o MMC tenha sido normatizado em 2000 para ser implementado como um modelo assistencial nas instituições do Sistema Único de Saúde, poucos estudos brasileiros foram publicados sobre o modo como esse método vem sendo adotado pelas maternidades brasileiras, em suas três etapas. Particularmente no que se refere à implementação do MMC na cidade do Rio de Janeiro, as pesquisas são mais escassas ainda. Portanto, espera-se desta pesquisa uma contribuição efetiva para a divulgação deste método realizado na cidade do Rio de Janeiro, na Maternidade Escola da UFRJ.

Acredita-se que este estudo venha contribuir de forma significativa na assistência aplicada no MMC, de modo a se constituir num instrumento de discussão e reflexão para que os profissionais compreendam e aperfeiçoem os cuidados, humanizando as práticas em saúde.

Quanto à relevância acadêmica, este estudo representa um aprendizado que facilitará a prática diária de cuidados dispensados aos bebês e pais participantes do MMC, além de conhecimento teórico para as equipes multiprofissionais que têm interesse nessa temática.

## 2 REFERENCIAL CONCEITUAL

### 2.1 O Método Mãe Canguru no Brasil

A idéia de que a própria mãe pudesse ser a fonte de calor para seu bebê prematuro surgiu na Colômbia, devido à escassez de incubadoras. Hoje, o MMC tem sido adotado tanto nos países em desenvolvimento quanto naqueles desenvolvidos. No Brasil, o Ministério da Saúde lançou a Norma de Orientação para a Implementação do Método Canguru, estabelecendo as diretrizes para sua aplicação nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Método Mãe Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce entre mãe e o recém-nascido de baixo peso (RNBP), abaixo de 2000g de forma próspera e prazerosa para ambos, permitindo assim uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido (BRASIL, 2002).

As vantagens que permeiam este método são condutas que visam um atendimento adequado ao RNBP, de forma humanizada, que sustenta em particular uma ação de singularidade dos atores implicados neste processo, promovendo assim um vínculo precoce de pais e bebê, além do incentivo ao aleitamento materno. O melhor desenvolvimento do bebê e segurança dos pais, inclusive quanto ao manuseio, diminuição da infecção hospitalar, menor permanência hospitalar, são as inúmeras vantagens que o MMC promove (BRASIL, 2002).

A implementação das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde pressupõe equipes de saúde com habilidades não só para orientar a prática do MMC nas unidades neonatais, mas também para lidar com os aspectos que podem

## 2 REFERENCIAL CONCEITUAL

### 2.1 O Método Mãe Canguru no Brasil

A idéia de que a própria mãe pudesse ser a fonte de calor para seu bebê prematuro surgiu na Colômbia, devido à escassez de incubadoras. Hoje, o MMC tem sido adotado tanto nos países em desenvolvimento quanto naqueles desenvolvidos. No Brasil, o Ministério da Saúde lançou a Norma de Orientação para a Implementação do Método Canguru, estabelecendo as diretrizes para sua aplicação nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Método Mãe Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce entre mãe e o recém-nascido de baixo peso (RNBP), abaixo de 2000g de forma próspera e prazerosa para ambos, permitindo assim uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido (BRASIL, 2002).

As vantagens que permeiam este método são condutas que visam um atendimento adequado ao RNBP, de forma humanizada, que sustenta em particular uma ação de singularidade dos atores implicados neste processo, promovendo assim um vínculo precoce de pais e bebê, além do incentivo ao aleitamento materno. O melhor desenvolvimento do bebê e segurança dos pais, inclusive quanto ao manuseio, diminuição da infecção hospitalar, menor permanência hospitalar, são as inúmeras vantagens que o MMC promove (BRASIL, 2002).

A implementação das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde pressupõe equipes de saúde com habilidades não só para orientar a prática do MMC nas unidades neonatais, mas também para lidar com os aspectos que podem



influenciar o ato de cuidar no âmbito da família. A normatização visa a facilitar a expansão do programa, além de estabelecer parâmetros que garantam a segurança na atenção ao recém-nascido de baixo peso. Entretanto, considerando a tradição autoritária e normatizadora dos serviços públicos nas suas relações com as classes populares, deve-se tomar cuidado para não substituir as iniciativas familiares, mas sim caminhar no sentido do seu fortalecimento (Mitjavila & Echeveste, 1994; Vasconcelos, 1999).

Em linhas gerais, essa norma prevê: abertura das unidades neonatais de forma ampla aos pais, para que eles possam, o mais rápido possível, tocar o(a) filho(a); contato pele a pele prolongado, particularmente com a mãe, para propiciar o bem-estar e a adaptação mais rápida do bebê à vida extra-uterina e estimular a prática da amamentação; alta hospitalar mais precoce do bebê e continuidade do contato pele a pele no domicílio, até cerca de quarenta semanas de idade gestacional. A população a ser atendida e beneficiada pelo MMC de acordo com as normas de RNBP do Ministério da Saúde é as gestantes com situações clínicas ou obstétricas com maior risco para o nascimento de bebês de baixo peso, o RNBP desde o momento de admissão na UTIN até sua alta hospitalar, mães e pais que, com o suporte da equipe de saúde deverão ter contato com seu filho o mais breve possível e receber adequada orientação para participar do programa.

O MMC trata essencialmente do cuidar. Tendo em vista que as mulheres são as cuidadoras primárias da criança, cabe uma reflexão sobre os aspectos que poderiam influenciar a prática do MMC enquanto resultados de suas interações com a equipe hospitalar e os membros da família. Silva (1997), ao estudar a amamentação sob a perspectiva da mulher que a vivencia, traz à luz questões

influenciar o ato de cuidar no âmbito da família. A normatização visa a facilitar a expansão do programa, além de estabelecer parâmetros que garantam a segurança na atenção ao recém-nascido de baixo peso. Entretanto, considerando a tradição autoritária e normatizadora dos serviços públicos nas suas relações com as classes populares, deve-se tomar cuidado para não substituir as iniciativas familiares, mas sim caminhar no sentido do seu fortalecimento (Mitjavila & Echeveste, 1994; Vasconcelos, 1999).

Em linhas gerais, essa norma prevê: abertura das unidades neonatais de forma ampla aos pais, para que eles possam, o mais rápido possível, tocar o(a) filho(a); contato pele a pele prolongado, particularmente com a mãe, para propiciar o bem-estar e a adaptação mais rápida do bebê à vida extra-uterina e estimular a prática da amamentação; alta hospitalar mais precoce do bebê e continuidade do contato pele a pele no domicílio, até cerca de quarenta semanas de idade gestacional. A população a ser atendida e beneficiada pelo MMC de acordo com as normas de RNBP do Ministério da Saúde é as gestantes com situações clínicas ou obstétricas com maior risco para o nascimento de bebês de baixo peso, o RNBP desde o momento de admissão na UTIN até sua alta hospitalar, mães e pais que, com o suporte da equipe de saúde deverão ter contato com seu filho o mais breve possível e receber adequada orientação para participar do programa.

O MMC trata essencialmente do cuidar. Tendo em vista que as mulheres são as cuidadoras primárias da criança, cabe uma reflexão sobre os aspectos que poderiam influenciar a prática do MMC enquanto resultados de suas interações com a equipe hospitalar e os membros da família. Silva (1997), ao estudar a amamentação sob a perspectiva da mulher que a vivencia, traz à luz questões

acerca do processo de tomada de decisão, no qual entra em jogo a noção de riscos e benefícios de uma opção em detrimento de outra. A opção e a prática do MMC podem ser vistas sob esse enfoque, uma vez que exigirá da mulher considerar tanto os aspectos pessoais, como aqueles relativos ao bebê e ao seu entorno social.

No Brasil, os primeiros serviços que aplicaram o MMC foram o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos (SP), em 1992, e o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), em 1993. Em 1997, o modelo adotado pelo IMIP foi reconhecido pela Fundação Getúlio Vargas na premiação. Gestão Pública e Cidadania, sendo também premiado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) como Best Practice, (Carvalho, 2001).

Nesse sentido, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 18) adverte:

Só serão considerados como Método Canguru os sistemas que permitam o contato precoce, realizado de maneira orientada, por livre escolha da família, de forma crescente e segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

No ano 2000, quando o Ministério da Saúde do Brasil aprovou a Norma de Atenção Humanizada ao RNBP (MMC), ele definiu as suas diretrizes baseando-se em cinco pilares e também recomendou a sua implantação nas unidades médico-assistenciais integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido Solva afirma (2003): Analisando as normas e rotinas definidas pelo Ministério da Saúde, identificou cinco pilares na proposta brasileira: cuidados individualizados, centrados nos pais (intervenção centrada na família); contato pele a pele precoce (estimulação adequada e prazerosa, com integração sensorial); controle ambiental de luz e som

acerca do processo de tomada de decisão, no qual entra em jogo a noção de riscos e benefícios de uma opção em detrimento de outra. A opção e a prática do MMC podem ser vistas sob esse enfoque, uma vez que exigirá da mulher considerar tanto os aspectos pessoais, como aqueles relativos ao bebê e ao seu entorno social.

No Brasil, os primeiros serviços que aplicaram o MMC foram o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos (SP), em 1992, e o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), em 1993. Em 1997, o modelo adotado pelo IMIP foi reconhecido pela Fundação Getúlio Vargas na premiação. Gestão Pública e Cidadania, sendo também premiado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) como Best Practice, (Carvalho, 2001).

Nesse sentido, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 18) adverte:

Só serão considerados como Método Canguru os sistemas que permitam o contato precoce, realizado de maneira orientada, por livre escolha da família, de forma crescente e segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

No ano 2000, quando o Ministério da Saúde do Brasil aprovou a Norma de Atenção Humanizada ao RNBP (MMC), ele definiu as suas diretrizes baseando-se em cinco pilares e também recomendou a sua implantação nas unidades médico-assistenciais integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido Solva afirma (2003): Analisando as normas e rotinas definidas pelo Ministério da Saúde, identificou cinco pilares na proposta brasileira: cuidados individualizados, centrados nos pais (intervenção centrada na família); contato pele a pele precoce (estimulação adequada e prazerosa, com integração sensorial); controle ambiental de luz e som

(para evitar estimulação aversiva e inadequada); adequação postural (prevenção de futuras distonias nos RN prematuros); e amamentação (favorecendo vínculo e prevenção de doenças no primeiro ano de vida).

A Norma do Ministério propõe a aplicação do método em três etapas, iniciando nas unidades neonatais (unidades de terapia intensiva neonatal) UTIN e unidades de cuidados intermediários, passando às unidades canguru (ou alojamento conjunto canguru) e, após a alta hospitalar, nos ambulatórios de seguimento (canguru domiciliar).

Ao iniciar a primeira etapa dentro da UTI é realizada uma entrevista com a mãe, avaliando o seu processo de elegibilidade de acordo com as normas do programa. A partir iniciará a implementação do programa, incluindo mãe, bebê e família.

## **2.2 APLICAÇÃO DAS TRÊS ETAPAS DO MMC**

De acordo com as Normas de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso, do Ministério da Saúde (2003), o MMC é uma forma de assistência neonatal que consiste no contato pele a pele precoce entre mãe e RNPT de baixo peso, de forma crescente, permitindo uma participação maior dos pais no cuidado ao RN. Esse método tem como vantagens aumentar o vínculo mãe-filho. Segundo Venâncio (2004), em um estudo randomizado controlado com 71 bebês prematuros com peso de nascimento inferior a 1.500 g, verificaram que, na sexta semana de vida, os bebês que realizaram o MMC apresentaram uma prevalência de aleitamento materno duas vezes maior que o do grupo controle.

(para evitar estimulação aversiva e inadequada); adequação postural (prevenção de futuras distonias nos RN prematuros); e amamentação (favorecendo vínculo e prevenção de doenças no primeiro ano de vida).

A Norma do Ministério propõe a aplicação do método em três etapas, iniciando nas unidades neonatais (unidades de terapia intensiva neonatal) UTIN e unidades de cuidados intermediários, passando às unidades canguru (ou alojamento conjunto canguru) e, após a alta hospitalar, nos ambulatórios de seguimento (canguru domiciliar).

Ao iniciar a primeira etapa dentro da UTI é realizada uma entrevista com a mãe, avaliando o seu processo de elegibilidade de acordo com as normas do programa. A partir iniciará a implementação do programa, incluindo mãe, bebê e família.

## **2.2 APLICAÇÃO DAS TRÊS ETAPAS DO MMC**

De acordo com as Normas de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso, do Ministério da Saúde (2003), o MMC é uma forma de assistência neonatal que consiste no contato pele a pele precoce entre mãe e RNPT de baixo peso, de forma crescente, permitindo uma participação maior dos pais no cuidado ao RN. Esse método tem como vantagens aumentar o vínculo mãe-filho. Segundo Venâncio (2004), em um estudo randomizado controlado com 71 bebês prematuros com peso de nascimento inferior a 1.500 g, verificaram que, na sexta semana de vida, os bebês que realizaram o MMC apresentaram uma prevalência de aleitamento materno duas vezes maior que o do grupo controle.

O método é desenvolvido em três etapas. A primeira refere-se ao período de internação na terapia intensiva neonatal. Nesse espaço, a família recebe informações sobre o filho e é preparada para aderir ao mesmo, desenvolvendo o método mãe canguru parcialmente. Nessa etapa, os profissionais de saúde capacitados, irão orientar a mãe e a família sobre as condições de saúde do bebê ressaltando as vantagens do método. Nessa etapa deverão ser iniciadas as medidas para estímulo à amamentação. Dessa forma, ensinam-se os cuidados com as mamas, a ordenha manual e o armazenamento do leite ordenhado. Deve-se implantar a co-participação da mãe no estímulo à sucção e na administração do leite ordenhado, além dos cuidados adequados de higienização.

A partir do momento em que o bebê possua condições clínicas, deverá ser iniciado o contato pele a pele direto, entre mãe e criança, progredindo até a colocação do bebê sobre o tórax da mãe ou do pai, ou seja, a posição canguru, que é utilizada uma faixa para manter o bebê bem seguro à sua mãe. É necessário que ao fazer a posição canguru o bebê deverá estar apenas de fralda e a mãe com tórax livre de qualquer vestimenta, para que assim o bebê tenha o contato direto com a pele da mãe. É importante também, que a equipe ressalte sempre a importância da atuação da mãe e da família na recuperação do bebê aumentando assim o vínculo mãe, bebê e família. Decorrido o período, o bebê estando clinicamente estável e com peso igual ou superior a 1250 g , dieta enteral plena, ganho de peso diário maior que 15 g, o bebê estará apto ter alta da UTIN, pois estará dentro dos critérios de elegibilidade para iniciar a segunda etapa na companhia de sua mãe na enfermaria mãe canguru.

O método é desenvolvido em três etapas. A primeira refere-se ao período de internação na terapia intensiva neonatal. Nesse espaço, a família recebe informações sobre o filho e é preparada para aderir ao mesmo, desenvolvendo o método mãe canguru parcialmente. Nessa etapa, os profissionais de saúde capacitados, irão orientar a mãe e a família sobre as condições de saúde do bebê ressaltando as vantagens do método. Nessa etapa deverão ser iniciadas as medidas para estímulo à amamentação. Dessa forma, ensinam-se os cuidados com as mamas, a ordenha manual e o armazenamento do leite ordenhado. Deve-se implantar a co-participação da mãe no estímulo à sucção e na administração do leite ordenhado, além dos cuidados adequados de higienização.

A partir do momento em que o bebê possua condições clínicas, deverá ser iniciado o contato pele a pele direto, entre mãe e criança, progredindo até a colocação do bebê sobre o tórax da mãe ou do pai, ou seja, a posição canguru, que é utilizada uma faixa para manter o bebê bem seguro à sua mãe. É necessário que ao fazer a posição canguru o bebê deverá estar apenas de fralda e a mãe com tórax livre de qualquer vestimenta, para que assim o bebê tenha o contato direto com a pele da mãe. É importante também, que a equipe ressalte sempre a importância da atuação da mãe e da família na recuperação do bebê aumentando assim o vínculo mãe, bebê e família. Decorrido o período, o bebê estando clinicamente estável e com peso igual ou superior a 1250 g , dieta enteral plena, ganho de peso diário maior que 15 g, o bebê estará apto ter alta da UTIN, pois estará dentro dos critérios de elegibilidade para iniciar a segunda etapa na companhia de sua mãe na enfermaria mãe canguru.



Existem critérios de elegibilidade de permanência nessa enfermaria, também para a mãe. A certeza de querer participar desse tipo de assistência, assim como, que sua decisão seja tomada junto com a família e o reconhecimento das situações de risco que o bebê venha apresentar são alguns critérios exigidos de acordo com as normas do manual de Ministério da Saúde (2000). Saber colocar o bebê em posição canguru também faz parte. Todas essas orientações e ensinamentos serão implementados na UTIN na primeira etapa do programa.

A última etapa refere-se ao período de acompanhamento ambulatorial (follow-up) para a vigilância do crescimento e desenvolvimento, interação família-bebê e detecção precoce de situações de risco. Nesta etapa, durante as consultas serão realizados exames físicos, avaliação do equilíbrio psicoafetivo entre mãe e bebê, correção de situações de riscos, orientar quanto ao esquema de vacinação.

O bebê será fará parte da terceira etapa até completar 2500g, a partir daí poderá ser encaminhado ao pediatra mais próximo de sua residência da forma que a mãe desejar.

Existem critérios de elegibilidade de permanência nessa enfermaria, também para a mãe. A certeza de querer participar desse tipo de assistência, assim como, que sua decisão seja tomada junto com a família e o reconhecimento das situações de risco que o bebê venha apresentar são alguns critérios exigidos de acordo com as normas do manual de Ministério da Saúde (2000). Saber colocar o bebê em posição canguru também faz parte. Todas essas orientações e ensinamentos serão implementados na UTIN na primeira etapa do programa.

A última etapa refere-se ao período de acompanhamento ambulatorial (follow-up) para a vigilância do crescimento e desenvolvimento, interação família-bebê e detecção precoce de situações de risco. Nesta etapa, durante as consultas serão realizados exames físicos, avaliação do equilíbrio psicoafetivo entre mãe e bebê, correção de situações de riscos, orientar quanto ao esquema de vacinação.

O bebê será fará parte da terceira etapa até completar 2500g, a partir daí poderá ser encaminhado ao pediatra mais próximo de sua residência da forma que a mãe desejar.

### 3 METODOLOGIA

Para atender os objetivos propostos, este estudo foi desenvolvido através de uma pesquisa de campo, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2002), tal abordagem responde a questões muito particulares que correspondem a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para Severino (1997, p.58) as pesquisas do tipo descritivas, “objetivam primordialmente a descrição das características de determinada população ou fenômeno”. A natureza descritiva do desenho desta pesquisa teve por finalidade trazer à tona aspectos importantes de serem evidenciados na segunda etapa do Método Mãe-Canguru, tais como, o perfil dos bebês que ingressaram nesta fase do programa e a concepção das mães acerca de sua participação. A descrição dos achados poderá servir de fundamento para futuras pesquisas exploratórias.

A primeira etapa desta pesquisa de campo foi documental. Foi realizado um levantamento de dados através dos prontuários dos bebês participantes da segunda etapa do MMC no período de agosto de 2007 a março de 2009, totalizando 118 bebês. Os registros para levantamento de dados nos prontuários foram captados através do livro de admissão no Alojamento Mãe Canguru da instituição. A partir deste levantamento foi possível traçar o perfil dos bebês participantes da segunda etapa do MMC na Maternidade-Escola, no que se refere aos seguintes aspectos: o peso na admissão e na alta hospitalar do bebê na segunda etapa, o tempo de permanência e o tipo de alimentação nos dois momentos também.

Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão:

### 3 METODOLOGIA

Para atender os objetivos propostos, este estudo foi desenvolvido através de uma pesquisa de campo, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2002), tal abordagem responde a questões muito particulares que correspondem a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para Severino (1997, p.58) as pesquisas do tipo descritivas, "objetivam primordialmente a descrição das características de determinada população ou fenômeno". A natureza descritiva do desenho desta pesquisa teve por finalidade trazer à tona aspectos importantes de serem evidenciados na segunda etapa do Método Mãe-Canguru, tais como, o perfil dos bebês que ingressaram nesta fase do programa e a concepção das mães acerca de sua participação. A descrição dos achados poderá servir de fundamento para futuras pesquisas exploratórias.

A primeira etapa desta pesquisa de campo foi documental. Foi realizado um levantamento de dados através dos prontuários dos bebês participantes da segunda etapa do MMC no período de agosto de 2007 a março de 2009, totalizando 118 bebês. Os registros para levantamento de dados nos prontuários foram captados através do livro de admissão no Alojamento Mãe Canguru da instituição. A partir deste levantamento foi possível traçar o perfil dos bebês participantes da segunda etapa do MMC na Maternidade-Escola, no que se refere aos seguintes aspectos: o peso na admissão e na alta hospitalar do bebê na segunda etapa, o tempo de permanência e o tipo de alimentação nos dois momentos também.

Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão:

- Bebês que integraram a segunda etapa somente para acompanhar o irmão gemelar, não sendo elegível para o programa conforme preconiza as normas institucionais;
- Bebês que apresentaram, nos primeiros três dias de segunda etapa, alguma intercorrência clínica que determinou o retorno para a UTIN.

A segunda etapa desta pesquisa de campo foi a coleta dos depoimentos maternos. Os sujeitos foram 10 mães que participaram da segunda etapa do MMC no Alojamento Mãe Canguru, na Maternidade Escola da UFRJ, sorteadas aleatoriamente. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada (Apêndice A) realizada de forma individual com gravação de voz na íntegra.

A interrupção da coleta dos depoimentos se deu com base no critério de saturação dos dados. De acordo com Figueiredo (2004) nas pesquisas qualitativas os materiais que correspondem às narrativas dos sujeitos ao serem coletados e analisados requerem um intenso envolvimento do pesquisador. Assim, este tipo de pesquisa não requer grandes amostras porque produz grandes quantidades de dados narrativos, os quais recebem um tratamento qualitativo.

Esta pesquisa atendeu às exigências ético-legais normatizadas pela Resolução 196/96 no que tange à participação voluntária dos sujeitos, confidencialidade e utilização dos dados apenas para fins científicos. Vale ressaltar que a participação dos sujeitos na pesquisa foi efetivada mediante autorização prévia por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Destacamos que a pesquisa não implicou em quaisquer alterações do protocolo assistencial preconizado pela instituição que não foi realizado nenhum procedimento que gerasse riscos à saúde psíquica ou física dos sujeitos.

- Bebês que integraram a segunda etapa somente para acompanhar o irmão gemelar, não sendo elegível para o programa conforme preconiza as normas institucionais;
- Bebês que apresentaram, nos primeiros três dias de segunda etapa, alguma intercorrência clínica que determinou o retorno para a UTIN.

A segunda etapa desta pesquisa de campo foi a coleta dos depoimentos maternos. Os sujeitos foram 10 mães que participaram da segunda etapa do MMC no Alojamento Mãe Canguru, na Maternidade Escola da UFRJ, sorteadas aleatoriamente. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada (Apêndice A) realizada de forma individual com gravação de voz na íntegra.

A interrupção da coleta dos depoimentos se deu com base no critério de saturação dos dados. De acordo com Figueiredo (2004) nas pesquisas qualitativas os materiais que correspondem às narrativas dos sujeitos ao serem coletados e analisados requerem um intenso envolvimento do pesquisador. Assim, este tipo de pesquisa não requer grandes amostras porque produz grandes quantidades de dados narrativos, os quais recebem um tratamento qualitativo.

Esta pesquisa atendeu às exigências ético-legais normatizadas pela Resolução 196/96 no que tange à participação voluntária dos sujeitos, confidencialidade e utilização dos dados apenas para fins científicos. Vale ressaltar que a participação dos sujeitos na pesquisa foi efetivada mediante autorização prévia por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Destacamos que a pesquisa não implicou em quaisquer alterações do protocolo assistencial preconizado pela instituição que não foi realizado nenhum procedimento que gerasse riscos à saúde psíquica ou física dos sujeitos.

Com o intuito de preservar a identidade dos sujeitos, os mesmos são identificados ao longo deste trabalho, através de pseudônimos, utilizando os seguintes nomes de flores: Rosa, Margarida, Copo de Leite, Violeta, Girassol, Dália, Amor perfeito, Hortênsia, Lírio, Cravo. Optei por essa escolha por acreditar que a beleza e pureza das flores retratam as emoções vivenciadas pelos sujeitos dessa pesquisa.

Para análise dos dados coletados nos prontuários dos bebês foi utilizada a estatística simples, com apresentação no formato de tabela. Quanto aos dados, obtidos nas entrevistas, foi utilizada a construção das categorias por agrupamento dos conteúdos teóricos extraídos dos depoimentos das entrevistadas, que de acordo com Bardim (1979, p. 42) constitui-se numa das etapas da análise de conteúdo:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de dissertação do conteúdo das mensagens indicadores (qualitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção /recepção destas mensagens.

O agrupamento dos dados foi realizado com base na leitura exaustiva das falas com busca de pontos de convergência, dos quais emergiram três categorias, apresentadas a seguir:

- 1. Aprendendo a ser mãe prematura**
- 2. Sentindo-se apoiada para amamentar**
- 3. Recebendo ajuda para prosseguir**

Com o intuito de preservar a identidade dos sujeitos, os mesmos são identificados ao longo deste trabalho, através de pseudônimos, utilizando os seguintes nomes de flores: Rosa, Margarida, Copo de Leite, Violeta, Girassol, Dália, Amor perfeito, Hortênsia, Lírio, Cravo. Optei por essa escolha por acreditar que a beleza e pureza das flores retratam as emoções vivenciadas pelos sujeitos dessa pesquisa.

Para análise dos dados coletados nos prontuários dos bebês foi utilizada a estatística simples, com apresentação no formato de tabela. Quanto aos dados, obtidos nas entrevistas, foi utilizada a construção das categorias por agrupamento dos conteúdos teóricos extraídos dos depoimentos das entrevistadas, que de acordo com Bardim (1979, p. 42) constitui-se numa das etapas da análise de conteúdo:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de dissertação do conteúdo das mensagens indicadores (qualitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção /recepção destas mensagens.

O agrupamento dos dados foi realizado com base na leitura exaustiva das falas com busca de pontos de convergência, dos quais emergiram três categorias, apresentadas a seguir:

- 1. Aprendendo a ser mãe prematura**
- 2. Sentindo-se apoiada para amamentar**
- 3. Recebendo ajuda para prosseguir**



## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

### 4.1 O bebê participante da segunda etapa do MMC

Acompanhar o crescimento do recém-nascido, especialmente daqueles que são prematuros e de baixo peso ao nascer, é premissa básica para o cuidado à saúde e possíveis terapêuticas em neonatologia. No caso do Método Mãe-Canguru, o acompanhamento do crescimento nestes bebês é algo complexo, uma vez que sofre influências de fatores como a maturidade, as condições clínicas e o suporte nutricional. Neste sentido, o peso torna-se um importante indicador a ser acompanhado e avaliado, integrando o rol de critérios para elegibilidade na segunda e terceira etapas. Logo, o peso é um dos relevantes fatores que norteiam o planejamento da assistência neonatal, no contexto do MMC (FREITAS; CAMARGO, 2007).

Com base nesta dimensão que o indicador peso tem para o método canguru, esta pesquisa buscou levantar o perfil dos bebês que integraram a segunda etapa no período de agosto de 2007 a março de 2009, caracterizando o peso de ingresso/admissão na segunda etapa e o peso da alta hospitalar, que por sua vez, corresponde ao ingresso do bebê na terceira etapa.

Vale ressaltar que as faixas de peso utilizados para análise levam em consideração como pontos de recorte, o peso mínimo de 1.250 g, de acordo com o critério de elegibilidade para a segunda etapa contido no manual do método canguru e o peso máximo de 2.500g, de acordo com o critério de baixo peso ao nascer (BRASIL, 2002).

## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

### 4.1 O bebê participante da segunda etapa do MMC

Acompanhar o crescimento do recém-nascido, especialmente daqueles que são prematuros e de baixo peso ao nascer, é premissa básica para o cuidado à saúde e possíveis terapêuticas em neonatologia. No caso do Método Mãe-Canguru, o acompanhamento do crescimento nestes bebês é algo complexo, uma vez que sofre influências de fatores como a maturidade, as condições clínicas e o suporte nutricional. Neste sentido, o peso torna-se um importante indicador a ser acompanhado e avaliado, integrando o rol de critérios para elegibilidade na segunda e terceira etapas. Logo, o peso é um dos relevantes fatores que norteiam o planejamento da assistência neonatal, no contexto do MMC (FREITAS; CAMARGO, 2007).

Com base nesta dimensão que o indicador peso tem para o método canguru, esta pesquisa buscou levantar o perfil dos bebês que integraram a segunda etapa no período de agosto de 2007 a março de 2009, caracterizando o peso de ingresso/admissão na segunda etapa e o peso da alta hospitalar, que por sua vez, corresponde ao ingresso do bebê na terceira etapa.

Vale ressaltar que as faixas de peso utilizados para análise levam em consideração como pontos de recorte, o peso mínimo de 1.250 g, de acordo com o critério de elegibilidade para a segunda etapa contido no manual do método canguru e o peso máximo de 2.500g, de acordo com o critério de baixo peso ao nascer (BRASIL, 2002).

A tabela a seguir apresenta a distribuição dos bebês quanto ao peso no ingresso no Alojamento Mãe-Canguru, que corresponde ao início da segunda etapa do método.

**Tabela 1. Distribuição dos bebês quanto ao peso de admissão na segunda etapa do MMC na Maternidade-Escola da UFRJ. Rio de Janeiro, agosto de 2007 a março de 2009.**

<b>Peso no início da segunda etapa</b>	<b>Nº. de bebês (n=118)</b>	<b>%</b>
<b>1.250.....  1.500</b>	<b>15</b>	<b>13</b>
<b>1.500.....  2.000</b>	<b>81</b>	<b>68</b>
<b>2.000.....  2.500</b>	<b>16</b>	<b>12</b>

A partir dos dados apresentados na tabela acima e analisando o perfil do bebê, relativo ao peso de ingresso na segunda etapa do MMC, o predomínio ficou entre 1.500g a 2.000g, com 68% da amostra.

Numa perspectiva de interpretação de dados, a tabela 1 demonstra maior predomínio de bebês acima de 1.500g na admissão da segunda etapa do MMC. Provavelmente a justificativa desta ocorrência é em virtude da instituição ser uma referência no alto risco fetal, incluindo a gemelaridade. Os bebês de muito baixo peso (abaixo de 1.500 g) e de extremo baixo peso (abaixo de 1.000 g) ao nascimento associado à prematuridade, acabam por ter uma internação mais prolongada na UTIN por conta de condições clínicas, que implicam em muitas intervenções, procedimentos e demanda de cuidados intensivos. Para Ricci (2007, p.572) "como o neonato não permaneceu no útero por tempo suficiente, todos os sistemas orgânicos podem ser imaturos, o que influencia a transição neonatal da

A tabela a seguir apresenta a distribuição dos bebês quanto ao peso no ingresso no Alojamento Mãe-Canguru, que corresponde ao início da segunda etapa do método.

**Tabela 1. Distribuição dos bebês quanto ao peso de admissão na segunda etapa do MMC na Maternidade-Escola da UFRJ. Rio de Janeiro, agosto de 2007 a março de 2009.**

<b>Peso no início da segunda etapa</b>	<b>Nº. de bebês (n=118)</b>	<b>%</b>
<b>1.250.....  1.500</b>	<b>15</b>	<b>13</b>
<b>1.500.....  2.000</b>	<b>81</b>	<b>68</b>
<b>2.000.....  2.500</b>	<b>16</b>	<b>12</b>

A partir dos dados apresentados na tabela acima e analisando o perfil do bebê, relativo ao peso de ingresso na segunda etapa do MMC, o predomínio ficou entre 1.500g a 2.000g, com 68% da amostra.

Numa perspectiva de interpretação de dados, a tabela 1 demonstra maior predomínio de bebês acima de 1.500g na admissão da segunda etapa do MMC. Provavelmente a justificativa desta ocorrência é em virtude da instituição ser uma referência no alto risco fetal, incluindo a gemelaridade. Os bebês de muito baixo peso (abaixo de 1.500 g) e de extremo baixo peso (abaixo de 1.000 g) ao nascimento associado à prematuridade, acabam por ter uma internação mais prolongada na UTIN por conta de condições clínicas, que implicam em muitas intervenções, procedimentos e demanda de cuidados intensivos. Para Ricci (2007, p.572) "como o neonato não permaneceu no útero por tempo suficiente, todos os sistemas orgânicos podem ser imaturos, o que influencia a transição neonatal da

vida intra-uterina para a extra-uterina e coloca o bebê sob risco de complicações”. Logo, frequentemente o bebê atinge o peso mínimo de 1.250 g, porém não alcança os demais critérios de elegibilidade para a segunda etapa, que seriam além do peso mínimo, possuir estabilidade clínica, 15 g de ganho diário de peso e já estar com nutrição enteral plena. Apesar dos dados desta pesquisa demonstrarem um afastamento do peso mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde que é de 1.250 g para ingressar na segunda etapa do MMC, isto não chega a comprometer a efetividade da implementação do mesmo.

A tabela a seguir apresenta a distribuição dos bebês quanto ao peso na alta hospitalar que corresponde ao término da segunda etapa e início da terceira etapa do método.

**Tabela 2. Distribuição dos bebês quanto ao peso na alta hospitalar da segunda etapa do MMC na Maternidade-Escola da UFRJ. Rio de Janeiro, agosto de 2007 a março de 2009.**

<i>Peso na alta hospitalar</i>	<i>Nº. de bebês (n= 118)</i>	<i>%</i>
<i>Até 1.500</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>1.500.....  2.000</i>	<i>90</i>	<i>76</i>
<i>2.000.....  2.500</i>	<i>28</i>	<i>24</i>

Os dados obtidos na tabela acima denotam uma maior prevalência (76%) de bebês que receberam alta hospitalar com o peso entre 1.500 g a 2.000 g, o que comprova a eficácia do método no acompanhamento da evolução nutricional e do crescimento do bebê.

vida intra-uterina para a extra-uterina e coloca o bebê sob risco de complicações”. Logo, frequentemente o bebê atinge o peso mínimo de 1.250 g, porém não alcança os demais critérios de elegibilidade para a segunda etapa, que seriam além do peso mínimo, possuir estabilidade clínica, 15 g de ganho diário de peso e já estar com nutrição enteral plena. Apesar dos dados desta pesquisa demonstrarem um afastamento do peso mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde que é de 1.250 g para ingressar na segunda etapa do MMC, isto não chega a comprometer a efetividade da implementação do mesmo.

A tabela a seguir apresenta a distribuição dos bebês quanto ao peso na alta hospitalar que corresponde ao término da segunda etapa e início da terceira etapa do método.

**Tabela 2. Distribuição dos bebês quanto ao peso na alta hospitalar da segunda etapa do MMC na Maternidade-Escola da UFRJ. Rio de Janeiro, agosto de 2007 a março de 2009.**

<i><b>Peso na alta hospitalar</b></i>	<i><b>Nº. de bebês (n= 118)</b></i>	<i><b>%</b></i>
<i><b>Até 1.500</b></i>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i><b>1.500.....  2.000</b></i>	<b>90</b>	<b>76</b>
<i><b>2.000.....  2.500</b></i>	<b>28</b>	<b>24</b>

Os dados obtidos na tabela acima denotam uma maior prevalência (76%) de bebês que receberam alta hospitalar com o peso entre 1.500 g a 2.000 g, o que comprova a eficácia do método no acompanhamento da evolução nutricional e do crescimento do bebê.

Vale ressaltar que para a decisão de alta hospitalar existem critérios bem definidos que levam em consideração não apenas o peso, mas também a capacidade de sugar o seio materno e ganhar peso, a segurança materna, dentre outros. Segundo o Manual Técnico do MMC, o acompanhamento ambulatorial deve ser assegurado, sendo que dentro da primeira semana após a alta, a frequência deverá ser de três consultas, na segunda duas e a partir da terceira em diante até completar 2.500g, deverá ser de uma consulta (BRASIL, 2002).

Para se cumprir este calendário proposto seria necessário ter garantia plena do retorno desta mãe com o bebê nas consultas ambulatoriais da terceira etapa. Porém, frequentemente nossa equipe se depara com questões sócio-econômicas das mães, que implicam em dificuldades para retornar ao ambulatório na frequência exigida pelo método, tais como escassez de recursos financeiros, moradoras de áreas de risco ou mesmo áreas muito distantes da maternidade, falta de rede de apoio para suporte às mães, ausência de transporte acessível para o deslocamento até a maternidade, dentre outras.

A norma preconizada pelo Ministério da Saúde define como peso mínimo de alta hospitalar da segunda etapa 1.500 g, para ingressar na terceira etapa, até o bebê completar 2.500 g, quando recebe alta do programa. Apesar deste limite mínimo, que estimula a redução do tempo de hospitalização do bebê, no protocolo da Maternidade-Escola é dado em relação ao peso, uma margem de segurança, sendo o peso mínimo de alta 1.700 g. Esta margem leva em consideração todas aquelas questões sócio-econômicas descritas acima e assim, a frequência de consultas na terceira etapa passa a ser uma vez por semana, até completar o peso de alta do programa.

Vale ressaltar que para a decisão de alta hospitalar existem critérios bem definidos que levam em consideração não apenas o peso, mas também a capacidade de sugar o seio materno e ganhar peso, a segurança materna, dentre outros. Segundo o Manual Técnico do MMC, o acompanhamento ambulatorial deve ser assegurado, sendo que dentro da primeira semana após a alta, a frequência deverá ser de três consultas, na segunda duas e a partir da terceira em diante até completar 2.500g, deverá ser de uma consulta (BRASIL, 2002).

Para se cumprir este calendário proposto seria necessário ter garantia plena do retorno desta mãe com o bebê nas consultas ambulatoriais da terceira etapa. Porém, frequentemente nossa equipe se depara com questões sócio-econômicas das mães, que implicam em dificuldades para retornar ao ambulatório na frequência exigida pelo método, tais como escassez de recursos financeiros, moradoras de áreas de risco ou mesmo áreas muito distantes da maternidade, falta de rede de apoio para suporte às mães, ausência de transporte acessível para o deslocamento até a maternidade, dentre outras.

A norma preconizada pelo Ministério da Saúde define como peso mínimo de alta hospitalar da segunda etapa 1.500 g, para ingressar na terceira etapa, até o bebê completar 2.500 g, quando recebe alta do programa. Apesar deste limite mínimo, que estimula a redução do tempo de hospitalização do bebê, no protocolo da Maternidade-Escola é dado em relação ao peso, uma margem de segurança, sendo o peso mínimo de alta 1.700 g. Esta margem leva em consideração todas aquelas questões sócio-econômicas descritas acima e assim, a frequência de consultas na terceira etapa passa a ser uma vez por semana, até completar o peso de alta do programa.



Outro importante fator de avaliação do método canguru é a frequência do aleitamento materno exclusivo como prática de alimentação das mães e bebês que participam do programa. Os bebês prematuros, de baixo peso, pequenos para a idade gestacional e/ou gemelares são considerados grupos alvo de atenção no que diz respeito ao incentivo e apoio da equipe à amamentação. No caso da prematuridade, a própria imaturidade neurológica determina dificuldades para o bebê se manter alerta, manter um bom tônus muscular e sugar com ritmicidade, de forma coordenada com a respiração e a deglutição. Tais dificuldades, frequentemente retardam o ganho de peso e acabam por prolongar a alta hospitalar (ANDRADE, GUEDES, 2005).

A tabela a seguir apresenta a distribuição dos bebês quanto ao tipo de alimentação na admissão e na alta da segunda etapa, através de frequência simples, de forma a permitir uma análise da evolução do bebê na alimentação.

**Tabela 3. Distribuição dos bebês pelo tipo de alimentação na admissão e alta da segunda etapa do MMC na Maternidade-Escola da UFRJ. Rio de Janeiro, agosto de 2007 a março de 2009.**

<i>Tipo de alimentação</i>	<i>Nº. de bebês na admissão (n=118)</i>	<i>Nº. de bebês na alta hospitalar (n=118)</i>
<b>AME</b>	<b>05</b>	<b>93</b>
<b>Fórmula</b>	<b>52</b>	<b>02</b>
<b>Alimentação mista</b>	<b>61</b>	<b>23</b>

*\*SME = Seio materno exclusivo \*Alimentação Mista= Seio materno e fórmula.*

Os resultados acima revelam nitidamente o sucesso do aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar do bebê a partir de sua participação na segunda etapa. Apesar ter um número pequeno (05) de bebês em seio materno exclusivo na admissão até o momento da alta há uma reversão do tipo de alimentação.

Outro importante fator de avaliação do método canguru é a frequência do aleitamento materno exclusivo como prática de alimentação das mães e bebês que participam do programa. Os bebês prematuros, de baixo peso, pequenos para a idade gestacional e/ou gemelares são considerados grupos alvo de atenção no que diz respeito ao incentivo e apoio da equipe à amamentação. No caso da prematuridade, a própria imaturidade neurológica determina dificuldades para o bebê se manter alerta, manter um bom tônus muscular e sugar com ritmicidade, de forma coordenada com a respiração e a deglutição. Tais dificuldades, frequentemente retardam o ganho de peso e acabam por prolongar a alta hospitalar (ANDRADE, GUEDES, 2005).

A tabela a seguir apresenta a distribuição dos bebês quanto ao tipo de alimentação na admissão e na alta da segunda etapa, através de frequência simples, de forma a permitir uma análise da evolução do bebê na alimentação.

**Tabela 3. Distribuição dos bebês pelo tipo de alimentação na admissão e alta da segunda etapa do MMC na Maternidade-Escola da UFRJ. Rio de Janeiro, agosto de 2007 a março de 2009.**

<i>Tipo de alimentação</i>	<i>Nº. de bebês na admissão (n=118)</i>	<i>Nº. de bebês na alta hospitalar (n=118)</i>
<b>AME</b>	<b>05</b>	<b>93</b>
<b>Fórmula</b>	<b>52</b>	<b>02</b>
<b>Alimentação mista</b>	<b>61</b>	<b>23</b>

*\*SME = Seio materno exclusivo \*Alimentação Mista= Seio materno e fórmula.*

Os resultados acima revelam nitidamente o sucesso do aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar do bebê a partir de sua participação na segunda etapa. Apesar ter um número pequeno (05) de bebês em seio materno exclusivo na admissão até o momento da alta há uma reversão do tipo de alimentação.

Num estudo comparativo realizado por Andrade e Guedes (2005), com 30 recém-nascidos prematuros, comparando o processo de sucção entre os que estavam no Alojamento Mãe-Canguru e os que recebiam cuidados tradicionais no Berçário de Médio Risco, os melhores resultados foram referentes ao Método Mãe-canguru. As pesquisadoras atribuíram seus achados à proximidade materna e ao contato pele a pele como importantes fatores para o controle das habilidades fisiológicas e organização dos estados comportamentais do bebê prematuro, que acabam por influenciar no padrão de sucção.

Dentre outros critérios para alta do bebê da segunda etapa, o aleitamento materno exclusivo e o ganho de peso adequado nos três dias que antecedem à alta, são pontos principais de avaliação da equipe. Nos resultados obtidos nesta pesquisa pode-se observar um quantitativo de 93 bebês, o que corresponde a 78,8% da amostra dos 118 investigados, passando para a terceira etapa em seio materno exclusivo, o que denota resultados muito satisfatórios para o programa da Maternidade-Escola.

Outro importante fator para a análise da segunda etapa do método é o tempo de duração medido em dias de internação no Alojamento Mãe-Canguru. Embora, no Brasil o método tenha sido implantado com o propósito de humanizar a assistência neonatal e não de reduzir tempo de hospitalização como em outros países, observa-se uma otimização dos leitos neonatais, a partir de uma melhor evolução do bebê que participa do método.

A tabela a seguir apresenta a distribuição dos bebês quanto ao tempo de permanência na segunda etapa do método canguru, de forma a permitir uma análise do tempo de evolução do bebê na alimentação.

Num estudo comparativo realizado por Andrade e Guedes (2005), com 30 recém-nascidos prematuros, comparando o processo de sucção entre os que estavam no Alojamento Mãe-Canguru e os que recebiam cuidados tradicionais no Berçário de Médio Risco, os melhores resultados foram referentes ao Método Mãe-canguru. As pesquisadoras atribuíram seus achados à proximidade materna e ao contato pele a pele como importantes fatores para o controle das habilidades fisiológicas e organização dos estados comportamentais do bebê prematuro, que acabam por influenciar no padrão de sucção.

Dentre outros critérios para alta do bebê da segunda etapa, o aleitamento materno exclusivo e o ganho de peso adequado nos três dias que antecedem à alta, são pontos principais de avaliação da equipe. Nos resultados obtidos nesta pesquisa pode-se observar um quantitativo de 93 bebês, o que corresponde a 78,8% da amostra dos 118 investigados, passando para a terceira etapa em seio materno exclusivo, o que denota resultados muito satisfatórios para o programa da Maternidade-Escola.

Outro importante fator para a análise da segunda etapa do método é o tempo de duração medido em dias de internação no Alojamento Mãe-Canguru. Embora, no Brasil o método tenha sido implantado com o propósito de humanizar a assistência neonatal e não de reduzir tempo de hospitalização como em outros países, observa-se uma otimização dos leitos neonatais, a partir de uma melhor evolução do bebê que participa do método.

A tabela a seguir apresenta a distribuição dos bebês quanto ao tempo de permanência na segunda etapa do método canguru, de forma a permitir uma análise do tempo de evolução do bebê na alimentação.

**Tabela 4. Distribuição dos bebês quanto ao tempo de permanência na segunda etapa do MMC na Maternidade-Escola da UFRJ. Rio de Janeiro, agosto de 2007 a março de 2009.**

<b>Dias de permanência</b>	<b>Nº. de bebês (n= 118)</b>	<b>%</b>
<b>Na segunda etapa</b>		
01.....  10	65	55
11.....  20	37	31
21.....  30	15	13
➤ 30	01	01

A tabela acima demonstra que 65 bebês (55%) permaneceram por dez dias participando da segunda etapa. As normas preconizadas pelo Ministério da Saúde não define o tempo mínimo ou necessário para a efetividade da segunda etapa do método, uma vez que depende da evolução clínica e ponderal do bebê e do aumento da segurança materna nos cuidados. No entanto a partir dos dados obtidos neste levantamento consideramos o tempo de permanência na segunda etapa satisfatório, uma vez que em até 20 dias, 86% dos bebês já haviam evoluído satisfatoriamente para obter alta hospitalar.

Uma das vantagens ressaltadas pelo MMC, é a diminuição de tempo de hospitalização do bebê de baixo peso (BRASIL, 2002). Segundo Rodrigues e Cano (2006) há vários estudos que correlacionam o método canguru com o tempo de internação e muitos apontam redução da hospitalização em recém-nascidos prematuros. Contudo grande parte desses estudos tem em comum realidades estruturais do método, diferentes da aplicada nas unidades brasileiras, tais como posição canguru em período integral, mesmo após a alta hospitalar, até como meio de liberação de leito hospitalar. Em nossa realidade, lidamos com um modelo no

**Tabela 4. Distribuição dos bebês quanto ao tempo de permanência na segunda etapa do MMC na Maternidade-Escola da UFRJ. Rio de Janeiro, agosto de 2007 a março de 2009.**

<b>Dias de permanência</b>	<b>Nº. de bebês (n= 118)</b>	<b>%</b>
<b>Na segunda etapa</b>		
<b>01.....  10</b>	<b>65</b>	<b>55</b>
<b>11.....  20</b>	<b>37</b>	<b>31</b>
<b>21.....  30</b>	<b>15</b>	<b>13</b>
<b>&gt; 30</b>	<b>01</b>	<b>01</b>

A tabela acima demonstra que 65 bebês (55%) permaneceram por dez dias participando da segunda etapa. As normas preconizadas pelo Ministério da Saúde não define o tempo mínimo ou necessário para a efetividade da segunda etapa do método, uma vez que depende da evolução clínica e ponderal do bebê e do aumento da segurança materna nos cuidados. No entanto a partir dos dados obtidos neste levantamento consideramos o tempo de permanência na segunda etapa satisfatório, uma vez que em até 20 dias, 86% dos bebês já haviam evoluído satisfatoriamente para obter alta hospitalar.

Uma das vantagens ressaltadas pelo MMC, é a diminuição de tempo de hospitalização do bebê de baixo peso (BRASIL, 2002). Segundo Rodrigues e Cano (2006) há vários estudos que correlacionam o método canguru com o tempo de internação e muitos apontam redução da hospitalização em recém-nascidos prematuros. Contudo grande parte desses estudos tem em comum realidades estruturais do método, diferentes da aplicada nas unidades brasileiras, tais como posição canguru em período integral, mesmo após a alta hospitalar, até como meio de liberação de leito hospitalar. Em nossa realidade, lidamos com um modelo no

qual não contamos com uma equipe de profissionais para cuidados e avaliação no domicílio e muitas mães com pouca rede de apoio familiar. Assim, o tempo de hospitalização para a segunda etapa não requer apenas alcance de peso e estabilidade clínica do bebê para a alta, mas também a segurança materna nos cuidados diários e de alimentação, bem como no reconhecimento de sinais de alerta (apnéia, engasgos, sonolência excessiva, palidez, recusa ao peito, etc). Logo, esta realidade gera uma intensa demanda de cuidados não apenas assistenciais, mas também educativos.

Esta demanda de intervenção educativa junto às famílias, especialmente aos pais, no método canguru, é confirmada também no estudo de Cabral e Rodrigues (2006), pois denotam que além da demanda alimentar do bebê, os pais precisam desenvolver habilidades para administrar medicamentos e fazer ajustes no cuidado habitual dependendo das demandas do bebê prematuro.

#### **4.2 As mães participantes da segunda etapa do MMC e suas concepções**

Uma breve caracterização das entrevistadas nesta pesquisa permite observar que 33% das mulheres estavam na faixa etária entre 20 e 25 anos de idade, e as demais (66%) na faixa de 26 a 35 anos de idade. Houve também uma predominância de mulheres vivenciando pela primeira vez a maternidade, apenas duas entre as dez participantes tinham outros filhos. Estes dados também demonstram a necessidade por experiências de aprendizagem por parte destas mulheres, conhecidas popularmente como 'mães de primeira viagem'.

qual não contamos com uma equipe de profissionais para cuidados e avaliação no domicílio e muitas mães com pouca rede de apoio familiar. Assim, o tempo de hospitalização para a segunda etapa não requer apenas alcance de peso e estabilidade clínica do bebê para a alta, mas também a segurança materna nos cuidados diários e de alimentação, bem como no reconhecimento de sinais de alerta (apnéia, engasgos, sonolência excessiva, palidez, recusa ao peito, etc). Logo, esta realidade gera uma intensa demanda de cuidados não apenas assistenciais, mas também educativos.

Esta demanda de intervenção educativa junto às famílias, especialmente aos pais, no método canguru, é confirmada também no estudo de Cabral e Rodrigues (2006), pois denotam que além da demanda alimentar do bebê, os pais precisam desenvolver habilidades para administrar medicamentos e fazer ajustes no cuidado habitual dependendo das demandas do bebê prematuro.

#### **4.2 As mães participantes da segunda etapa do MMC e suas concepções**

Uma breve caracterização das entrevistadas nesta pesquisa permite observar que 33% das mulheres estavam na faixa etária entre 20 e 25 anos de idade, e as demais (66%) na faixa de 26 a 35 anos de idade. Houve também uma predominância de mulheres vivenciando pela primeira vez a maternidade, apenas duas entre as dez participantes tinham outros filhos. Estes dados também demonstram a necessidade por experiências de aprendizagem por parte destas mulheres, conhecidas popularmente como 'mães de primeira viagem'.



A singularidade do processo vivido pelas mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso durante a hospitalização justifica a implantação de estratégias que minimizem o sofrimento e atenda às necessidades de cuidado. Dentre as diversas estratégias, o método canguru se destaca como um importante elemento de humanização da assistência neonatal. Em sua segunda etapa, é possibilitado a mãe e seu bebê, desde que atendam aos critérios de elegibilidade estabelecidos na norma, permanecerem juntos em sistema de alojamento.

A partir da análise dos depoimentos maternos foi possível identificar a importância dada à aquisição de conhecimentos para cuidar do bebê e ao tipo de assistência prestada pela equipe na segunda etapa do MMC. As categorias a seguir apresentam a riqueza dos depoimentos e a compreensão das narrativas à luz de referenciais conceituais.

#### **4.2.1 Aprendendo a ser mãe prematura**

No que se refere ao nascimento prematuro, mãe e bebê passam por uma separação abrupta, na qual há intenso sofrimento psíquico, permeado pelo medo quanto à sobrevivência. Mais tarde, na Unidade Neonatal, as dificuldades para elaborar emocionalmente as diferenças entre o filho real e o imaginado e para interagir com o pequeno bebê no ambiente de terapia intensiva, constituem-se barreiras a serem enfrentadas para o estabelecimento do vínculo (FURLAN; SCOCHI, FURTADO, 2003).

Neste sentido, no contexto da hospitalização, as oportunidades que mãe e filho terão para se encontrar e interagir serão cruciais na ligação afetiva. O contato pele-a-pele e as interações são oportunidades que o método canguru,

A singularidade do processo vivido pelas mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso durante a hospitalização justifica a implantação de estratégias que minimizem o sofrimento e atenda às necessidades de cuidado. Dentre as diversas estratégias, o método canguru se destaca como um importante elemento de humanização da assistência neonatal. Em sua segunda etapa, é possibilitado a mãe e seu bebê, desde que atendam aos critérios de elegibilidade estabelecidos na norma, permanecerem juntos em sistema de alojamento.

A partir da análise dos depoimentos maternos foi possível identificar a importância dada à aquisição de conhecimentos para cuidar do bebê e ao tipo de assistência prestada pela equipe na segunda etapa do MMC. As categorias a seguir apresentam a riqueza dos depoimentos e a compreensão das narrativas à luz de referenciais conceituais.

#### **4.2.1 Aprendendo a ser mãe prematura**

No que se refere ao nascimento prematuro, mãe e bebê passam por uma separação abrupta, na qual há intenso sofrimento psíquico, permeado pelo medo quanto à sobrevivência. Mais tarde, na Unidade Neonatal, as dificuldades para elaborar emocionalmente as diferenças entre o filho real e o imaginado e para interagir com o pequeno bebê no ambiente de terapia intensiva, constituem-se barreiras a serem enfrentadas para o estabelecimento do vínculo (FURLAN; SCOCHI, FURTADO, 2003).

Neste sentido, no contexto da hospitalização, as oportunidades que mãe e filho terão para se encontrar e interagir serão cruciais na ligação afetiva. O contato pele-a-pele e as interações são oportunidades que o método canguru,

especialmente na segunda etapa, proporciona com benefícios amplamente reconhecidos no vínculo mãe-bebê e família. O discurso de Copo de Leite nos denota a elaboração psíquica e afetiva materna acerca de ter um bebê prematuro:

*“Ela não foi planejada, mas uma coisa eu tenho pra lhe falar, que ela foi o melhor presente que Deus poderia ter me dado. Deus sabe muito o que faz, se era pra eu ter ela prematura eu tive.” (Copo de Leite)*

O medo materno de perder o bebê, frequentemente permeia toda a hospitalização, associado aos sentimentos de culpa por não ter conseguido levar a gestação ao termo. No entanto, quando as interações entre mãe e bebê se intensificam, a segurança materna progressivamente aumenta e a confiança na vida do bebê lhe permite fortalecer a ligação afetiva com ele.

A representação desta experiência na fala dessas mães é vislumbrada na saúde e vida de seu filho, gerando nelas uma segurança e tranquilidade que até então não existia. Este movimento afetivo relacionado à saúde do bebê e promovido pela segunda etapa do MMC ficou evidente na fala de Amor Perfeito:

*“Foi uma fase da minha vida que eu jamais pensei que ia passar por ela, pensei que o meu filho ia nascer saudável, de nove meses, mas foi diferente. Mas no canguru eu vi que ele ia ficar bem. Representou a saúde do meu filho, a vida dele.” (Amor Perfeito)*

As mães têm em vista a preocupação de como cuidar destes bebês tão pequenos e por conta desta ansiedade emerge a necessidade de adquirir este aprendizado, que até então para elas, era algo complexo.

*“Foi muito bom, e outra coisa, a minha criança nasceu muito pequena com 750 gramas e ai lá eu aprendi um pouco como cuidar dela em casa.” (Rosa)*

especialmente na segunda etapa, proporciona com benefícios amplamente reconhecidos no vínculo mãe-bebê e família. O discurso de Copo de Leite nos denota a elaboração psíquica e afetiva materna acerca de ter um bebê prematuro:

*"Ela não foi planejada, mas uma coisa eu tenho pra lhe falar, que ela foi o melhor presente que Deus poderia ter me dado. Deus sabe muito o que faz, se era pra eu ter ela prematura eu tive." (Copo de Leite)*

O medo materno de perder o bebê, frequentemente permeia toda a hospitalização, associado aos sentimentos de culpa por não ter conseguido levar a gestação ao termo. No entanto, quando as interações entre mãe e bebê se intensificam, a segurança materna progressivamente aumenta e a confiança na vida do bebê lhe permite fortalecer a ligação afetiva com ele.

A representação desta experiência na fala dessas mães é vislumbrada na saúde e vida de seu filho, gerando nelas uma segurança e tranquilidade que até então não existia. Este movimento afetivo relacionado à saúde do bebê e promovido pela segunda etapa do MMC ficou evidente na fala de Amor Perfeito:

*"Foi uma fase da minha vida que eu jamais pensei que ia passar por ela, pensei que o meu filho ia nascer saudável, de nove meses, mas foi diferente. Mas no canguru eu vi que ele ia ficar bem. Representou a saúde do meu filho, a vida dele." (Amor Perfeito)*

As mães têm em vista a preocupação de como cuidar destes bebês tão pequenos e por conta desta ansiedade emerge a necessidade de adquirir este aprendizado, que até então para elas, era algo complexo.

*"Foi muito bom, e outra coisa, a minha criança nasceu muito pequena com 750 gramas e aí lá eu aprendi um pouco como cuidar dela em casa." (Rosa)*

*“Ah foi muito bom, a experiência foi muito boa, eu não sabia de nada, sai de lá aprendi tudo, dar banho, fui bem tratada lá, eu e ela, foi muito bom. Lá eu me senti mãe, na verdade eu já me sentia, mas lá me senti de verdade, eu aprendi muito lá.” (Violeta)*

A experiência de estimular o contato, carinho e cuidado materno, o mais precoce possível, está diretamente relacionado com o aumento da confiança e melhora das habilidades da mãe em cuidar do seu bebê (KLAUS; KENNEL, 1998). Uma boa atuação do profissional de saúde no sentido de promover conhecimento, proteger e apoiar, é fundamental para que essas mães adquiram conhecimento e confiança a partir daí sintam-se capazes e seguras para a realização dos cuidados com seu bebê.

*“Foi uma experiência muito legal pra mim, muito importante, lá aprendi muita coisa que eu não sabia, como trocar fralda, amamentar, dar banho. Foi uma experiência muito boa pra mim. Pra mim representou segurança, segurança que você sente para cuidar do nosso bebê.” (Girassol)*

Através das falas das mães fica evidenciado o sentimento de valorização diante do aprendizado acerca dos cuidados com o bebê prematuro e/ou de baixo peso, cujas necessidades são diferenciadas dos bebês a termo. Estes cuidados singulares que a mãe precisa aprender a desenvolver para cuidar do bebê não requerem apenas habilidade, mas também conhecimentos que a possibilitem ‘maternar’ seu bebê, reconhecendo suas necessidades e adaptando o manuseio e o ambiente para atendê-las. Por exemplo, numa simples troca de fralda a mãe precisa atentar para o posturamento do bebê a fim de evitar refluxo gastroesofágico; no banho, ela precisa de noções sobre como evitar a perda de calor e promover melhor resposta comportamental do bebê; dentre outros.

É a partir destas oportunidades de cuidar e conviver com o filho que surge uma variedade de sentimentos que as direciona para o desempenho da

*"Ah foi muito bom, a experiência foi muito boa, eu não sabia de nada, sai de lá aprendi tudo, dar banho, fui bem tratada lá, eu e ela, foi muito bom. Lá eu me senti mãe, na verdade eu já me sentia, mas lá me senti de verdade, eu aprendi muito lá." (Violeta)*

A experiência de estimular o contato, carinho e cuidado materno, o mais precoce possível, está diretamente relacionado com o aumento da confiança e melhora das habilidades da mãe em cuidar do seu bebê (KLAUS; KENNEL, 1998). Uma boa atuação do profissional de saúde no sentido de promover conhecimento, proteger e apoiar, é fundamental para que essas mães adquiram conhecimento e confiança a partir daí sintam-se capazes e seguras para a realização dos cuidados com seu bebê.

*"Foi uma experiência muito legal pra mim, muito importante, lá aprendi muita coisa que eu não sabia, como trocar fralda, amamentar, dar banho. Foi uma experiência muito boa pra mim. Pra mim representou segurança, segurança que você sente para cuidar do nosso bebê." (Girassol)*

Através das falas das mães fica evidenciado o sentimento de valorização diante do aprendizado acerca dos cuidados com o bebê prematuro e/ou de baixo peso, cujas necessidades são diferenciadas dos bebês a termo. Estes cuidados singulares que a mãe precisa aprender a desenvolver para cuidar do bebê não requerem apenas habilidade, mas também conhecimentos que a possibilitem 'maternar' seu bebê, reconhecendo suas necessidades e adaptando o manuseio e o ambiente para atendê-las. Por exemplo, numa simples troca de fralda a mãe precisa atentar para o posturamento do bebê a fim de evitar refluxo gastroesofágico; no banho, ela precisa de noções sobre como evitar a perda de calor e promover melhor resposta comportamental do bebê; dentre outros.

É a partir destas oportunidades de cuidar e conviver com o filho que surge uma variedade de sentimentos que as direciona para o desempenho da

maternagem. O termo maternagem refere-se a um complexo conjunto de processos biológicos e afetivos que a “mãe suficientemente boa” desenvolve e integra para proteger, cuidar e estar com seu bebê, de forma a criar um ambiente materno positivo no qual ele possa constituir-se psiquicamente como sujeito (MACHADO, 1991).

*“Representou uma fase muito importante na qual eu aprendi e cresci como ser humano e principalmente a felicidade da maternidade, mesmo com todos os contratempos foi a melhor emoção da minha vida.” (Hortênsia)*

Este momento único vivenciado junto ao seu bebê, isoladas de um mundo externo, faz com que as preocupações e temores sejam extravasados e resolvidos durante este período. Para Winnicott (1993) quando a mãe se sente capaz de cuidar e se dedicar atentamente para seu filho, atendendo suas necessidades de alimentação, higiene, contato, emerge o sentimento de unidade entre mãe e filho.

Diante do temor da realidade que irão enfrentar fora do hospital, as mães acreditam na necessidade de saírem preparadas para a realização de todos os cuidados necessários para o bem estar de seu bebê. Segundo Bertolossi (2007) este cuidado representa muito mais que puramente a ação em si, mas também um ato de reconhecimento de seu próprio filho e de seu importante papel materno.

*“Nossa foi bom demais, já tinha ouvido falar sobre o projeto mãe canguru, mas nunca imaginei que um dia que iria passar por esse processo, que pra mim foi muito especial. Aprendi muitas coisas importantes que vou levar para o resto da minha vida. Depois desse tempo aqui no canguru me sinto mais preparada para cuidar do meu filho. [...] Eu pude perceber que tive que amadurecer como mãe rápido demais. Foi uma experiência marcante na minha vida.” (Lírio)*

Para as mães, o aprendizado promove também o amadurecimento e conseqüentemente a autonomia e a confiança em si mesma para cuidar de seu bebê. Desta forma, é importante que a mãe se sinta acolhida no ambiente e pelos

maternagem. O termo maternagem refere-se a um complexo conjunto de processos biológicos e afetivos que a “mãe suficientemente boa” desenvolve e integra para proteger, cuidar e estar com seu bebê, de forma a criar um ambiente materno positivo no qual ele possa constituir-se psiquicamente como sujeito (MACHADO, 1991).

*“Representou uma fase muito importante na qual eu aprendi e cresci como ser humano e principalmente a felicidade da maternidade, mesmo com todos os contratempos foi a melhor emoção da minha vida.” (Hortênsia)*

Este momento único vivenciado junto ao seu bebê, isoladas de um mundo externo, faz com que as preocupações e temores sejam extravasados e resolvidos durante este período. Para Winnicott (1993) quando a mãe se sente capaz de cuidar e se dedicar atenciosamente para seu filho, atendendo suas necessidades de alimentação, higiene, contato, emerge o sentimento de unidade entre mãe e filho.

Diante do temor da realidade que irão enfrentar fora do hospital, as mães acreditam na necessidade de saírem preparadas para a realização de todos os cuidados necessários para o bem estar de seu bebê. Segundo Bertolossi (2007) este cuidado representa muito mais que puramente a ação em si, mas também um ato de reconhecimento de seu próprio filho e de seu importante papel materno.

*“Nossa foi bom demais, já tinha ouvido falar sobre o projeto mãe canguru, mas nunca imaginei que um dia que iria passar por esse processo, que pra mim foi muito especial. Aprendi muitas coisas importantes que vou levar para o resto da minha vida. Depois desse tempo aqui no canguru me sinto mais preparada para cuidar do meu filho. [...] Eu pude perceber que tive que amadurecer como mãe rápido demais. Foi uma experiência marcante na minha vida.” (Lírio)*

Para as mães, o aprendizado promove também o amadurecimento e conseqüentemente a autonomia e a confiança em si mesma para cuidar de seu bebê. Desta forma, é importante que a mãe se sinta acolhida no ambiente e pelos



profissionais que estarão acompanhando a sua jornada na segunda etapa, apoiando e desenvolvendo a autonomia do cuidado materno.

Para Boff (1999) o cuidado humano tem dois significados básicos intimamente ligados entre si: a atitude da atenção, solicitude e desvelo, e a preocupação que o cuidador sente quando está efetivamente ligado ao outro. Sendo assim o cuidar do bebê significa mais que uma execução de tarefas apreendidas, representa um exercício de reconhecimento de seu bebê, aceitação e ligação afetiva.

#### **4.2.2 Sentindo-se apoiada para amamentar**

De acordo com Silva (2007) as experiências de amamentação de bebês prematuros frequentemente são permeadas de muitas dificuldades e insegurança, mas também de muita emoção e coragem por parte das mães. Quando este bebê está apto a sugar o seio, as mamadas se tornam um novo tipo de contato corporal profundo. Enquanto na posição canguru a mãe provê calor, nas mamadas a mãe provê alimento; ambos os contatos provêm afeto para o bebê. O seio materno passa a ser então o objeto de desejo do bebê pela estimulação sensorial de sua oralidade e a satisfação que lhe proporciona.

Para essas mães que até então temiam desde o nascimento pela vida de seu bebê, a amamentação tornou-se uma possibilidade real de maternagem. Para Winnicott (1994) a amamentação concede à mãe oportunidade de sentir que a criança é real, isto é, se ela previamente duvidou disso.

profissionais que estarão acompanhando a sua jornada na segunda etapa, apoiando e desenvolvendo a autonomia do cuidado materno.

Para Boff (1999) o cuidado humano tem dois significados básicos intimamente ligados entre si: a atitude da atenção, solicitude e desvelo, e a preocupação que o cuidador sente quando está efetivamente ligado ao outro. Sendo assim o cuidar do bebê significa mais que uma execução de tarefas apreendidas, representa um exercício de reconhecimento de seu bebê, aceitação e ligação afetiva.

#### **4.2.2 Sentindo-se apoiada para amamentar**

De acordo com Silva (2007) as experiências de amamentação de bebês prematuros frequentemente são permeadas de muitas dificuldades e insegurança, mas também de muita emoção e coragem por parte das mães. Quando este bebê está apto a sugar o seio, as mamadas se tornam um novo tipo de contato corporal profundo. Enquanto na posição canguru a mãe provê calor, nas mamadas a mãe provê alimento; ambos os contatos provêm afeto para o bebê. O seio materno passa a ser então o objeto de desejo do bebê pela estimulação sensorial de sua oralidade e a satisfação que lhe proporciona.

Para essas mães que até então temiam desde o nascimento pela vida de seu bebê, a amamentação tornou-se uma possibilidade real de maternagem. Para Winnicott (1994) a amamentação concede à mãe oportunidade de sentir que a criança é real, isto é, se ela previamente duvidou disso.

*“ [...] aí Deus, representou muita coisa, eu tava em casa e não tinha mais leite, secou, aí elas foram, me botaram no canguru pra eu poder amamentar ela. Aí foi a segunda etapa, começaram a estimular, estimular, eu não ia dar mamar a ela em casa quando tivesse alta porque eu não tinha mais leite, aí começaram a estimular e o leite foi voltando e eu comecei a dar mamar a ela e hoje ela tá só no peito graças a Deus”. (Rosa)*

Uma queixa comum entre as mães, durante o período em que o bebê se encontra na UTIN, é que o leite está secando ou que a quantidade é pouca. Apesar das orientações dadas a respeito da necessidade de frequência constante ao banco de leite para a promoção e manutenção da lactação, nem sempre estas orientações são seguidas, por dificuldades sócio-econômicas e/ou desmotivação.

Frequentemente observa-se uma insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir o seu bebê. A participação dos profissionais de saúde e serviço torna-se um elemento fundamental para o manejo da relactação desta mãe. Este método é baseado na sucção freqüente do peito pelo bebê visando o aumento da produção da prolactina e com isto o restabelecimento da lactação numa mulher com baixo fluxo de leite ou naquelas que já não estejam mais produzindo leite (REGO, 2001).

Vale ressaltar que, associado a estas questões sócio-econômicas ou de desmotivação, o mais comum e principal motivo relacionado à dificuldade em manter a produção láctea é a vivência de uma situação-limite, na qual a mãe experimenta um momento de crise quando se depara com a prematuridade e a hospitalização do recém-nascido. O longo tempo de internação na Unidade Neonatal, as dificuldades que a mãe vivencia diante do sofrimento do bebê, a ausência de possibilidades para cuidar do filho, o afastamento do núcleo familiar, dentre outras, são situações que geram estresse psicoafetivo, que acaba por interferir na produção láctea (BRASIL, 2002).

*" [...] aí Deus, representou muita coisa, eu tava em casa e não tinha mais leite, secou, aí elas foram, me botaram no canguru pra eu poder amamentar ela. Aí foi a segunda etapa, começaram a estimular, estimular, eu não ia dar mamar a ela em casa quando tivesse alta porque eu não tinha mais leite, aí começaram a estimular e o leite foi voltando e eu comecei a dar mamar a ela e hoje ela tá só no peito graças a Deus". (Rosa)*

Uma queixa comum entre as mães, durante o período em que o bebê se encontra na UTIN, é que o leite está secando ou que a quantidade é pouca. Apesar das orientações dadas a respeito da necessidade de frequência constante ao banco de leite para a promoção e manutenção da lactação, nem sempre estas orientações são seguidas, por dificuldades sócio-econômicas e/ou desmotivação.

Frequentemente observa-se uma insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir o seu bebê. A participação dos profissionais de saúde e serviço torna-se um elemento fundamental para o manejo da relactação desta mãe. Este método é baseado na sucção freqüente do peito pelo bebê visando o aumento da produção da prolactina e com isto o restabelecimento da lactação numa mulher com baixo fluxo de leite ou naquelas que já não estejam mais produzindo leite (REGO, 2001).

Vale ressaltar que, associado a estas questões sócio-econômicas ou de desmotivação, o mais comum e principal motivo relacionado à dificuldade em manter a produção láctea é a vivência de uma situação-limite, na qual a mãe experimenta um momento de crise quando se depara com a prematuridade e a hospitalização do recém-nascido. O longo tempo de internação na Unidade Neonatal, as dificuldades que a mãe vivencia diante do sofrimento do bebê, a ausência de possibilidades para cuidar do filho, o afastamento do núcleo familiar, dentre outras, são situações que geram estresse psicoafetivo, que acaba por interferir na produção láctea (BRASIL, 2002).

Entretanto, no método canguru, especialmente na segunda etapa quando mãe e filho ficam juntos, estas situações geradoras de estresse começam a ser gradativamente superadas e as potencialidades e avanços do bebê prematuro passam a ser reconhecidas pelas mães. Isto é possível notar nas falas de Copo de Leite, Cravo e Amor Perfeito:

*“Não vou mentir pra você, sofri e chorei muito, mas graças a Deus também eu tive vocês no canguru que me ajudaram e que eu aprendi muito como cuidar dela e dar de mamar, sai com ela mamando em mim e com muita saúde.” (Copo de Leite)*

*“Pra mim foi muito bom porque o meu bebê teve aquele probleminha no pulmão e ficou na UTI muito tempo e eu não podia ficar todo dia com ele porque tenho outros filhos. Mas quando chegou a vez de ficar com ele, eu fiquei. No início senti falta de casa e dos outros né, mas depois ele começou a ficar mais esperto e aprendeu rapidinho a mamar, aí a gente pôde ir embora. Representou muito, porque pensei que ele nem ia mamar, mas depois vi que era possível com a ajuda de todos vocês.” (Cravo)*

*“Cada dia que passava ele ganhava mais peso, tinha dia que perdia porque tava aprendendo a mamar, mas ele aprendeu, mas todo mundo foi muito legal, me trataram muito bem, salvaram a vida dele duas vezes quando ele teve problema, mas foi muito bom.” (Amor Perfeito)*

Os sentimentos positivos são muito importantes para o sucesso da amamentação. O ganho de peso reflete nesses sentimentos, pois ele acaba sendo um indicador para a mãe de que seu leite está nutrindo e promovendo um crescimento adequado ao filho, o que acaba por lhe conferir ‘emponderamento’, uma vez que é personagem ativa neste processo de recuperação do bebê.

Apesar das dificuldades iniciais de adaptação do bebê, em virtude da sucção, ritmo e reflexo de procura ainda se encontrarem débeis, através dos estímulos realizados pelos profissionais aliados com as mães, o objetivo é frequentemente

Entretanto, no método canguru, especialmente na segunda etapa quando mãe e filho ficam juntos, estas situações geradoras de estresse começam a ser gradativamente superadas e as potencialidades e avanços do bebê prematuro passam a ser reconhecidas pelas mães. Isto é possível notar nas falas de Copo de Leite, Cravo e Amor Perfeito:

*“Não vou mentir pra você, sofri e chorei muito, mas graças a Deus também eu tive vocês no canguru que me ajudaram e que eu aprendi muito como cuidar dela e dar de mamar, sai com ela mamando em mim e com muita saúde.” (Copo de Leite)*

*“Pra mim foi muito bom porque o meu bebê teve aquele probleminha no pulmão e ficou na UTI muito tempo e eu não podia ficar todo dia com ele porque tenho outros filhos. Mas quando chegou a vez de ficar com ele, eu fiquei. No início senti falta de casa e dos outros né, mas depois ele começou a ficar mais esperto e aprendeu rapidinho a mamar, aí a gente pôde ir embora. Representou muito, porque pensei que ele nem ia mamar, mas depois vi que era possível com a ajuda de todos vocês.” (Cravo)*

*“Cada dia que passava ele ganhava mais peso, tinha dia que perdia porque tava aprendendo a mamar, mas ele aprendeu, mas todo mundo foi muito legal, me trataram muito bem, salvaram a vida dele duas vezes quando ele teve problema, mas foi muito bom.” (Amor Perfeito)*

Os sentimentos positivos são muito importantes para o sucesso da amamentação. O ganho de peso reflete nesses sentimentos, pois ele acaba sendo um indicador para a mãe de que seu leite está nutrindo e promovendo um crescimento adequado ao filho, o que acaba por lhe conferir ‘emponderamento’, uma vez que é personagem ativa neste processo de recuperação do bebê.

Apesar das dificuldades iniciais de adaptação do bebê, em virtude da sucção, ritmo e reflexo de procura ainda se encontrarem débeis, através dos estímulos realizados pelos profissionais aliados com as mães, o objetivo é frequentemente

alcançado, conforme demonstrado nos resultados apresentados neste estudo quando foi traçado o perfil do bebê participante da segunda etapa.

O apoio à amamentação pelos profissionais de saúde é primordial para sua eficácia e efetividade. O MMC favorece a prática do aleitamento, sendo assim a equipe de saúde deve ser capaz de reconhecer o significado da experiência do aleitamento materno para a mãe, e a partir daí, compartilhar conhecimentos para apoiá-la.

Do ponto de vista psíquico, segundo Monticelli et al (2002) a promoção do aleitamento contribui efetivamente para o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê, proporcionando a ele estímulos sensoriais, auditivos, táteis, visuais e emocionais favorecendo o desenvolvimento do intelecto.

Para essas mães a amamentação esteve associada a todo aprendizado de cuidado materno adquirido na segunda etapa do MMC, o que a torna mais significativa e com isso maiores são as chances de que ela seja entendida e valorizada pelo seu papel, afetivo, nutritivo, de proteção e de prazer.

#### **4.2.3 Recebendo ajuda para prosseguir**

Segundo Silva (2007) no contexto dos cuidados do método canguru, a interação de cuidado dos profissionais é de suma importância, uma vez que é através dela que são realizadas e construídas as práticas em saúde. Portanto, cada interação deve valorizar a participação ativa dos sujeitos envolvidos (bebê, pais e família), especialmente da mãe que se configura com a principal cuidadora do bebê.

alcançado, conforme demonstrado nos resultados apresentados neste estudo quando foi traçado o perfil do bebê participante da segunda etapa.

O apoio à amamentação pelos profissionais de saúde é primordial para sua eficácia e efetividade. O MMC favorece a prática do aleitamento, sendo assim a equipe de saúde deve ser capaz de reconhecer o significado da experiência do aleitamento materno para a mãe, e a partir daí, compartilhar conhecimentos para apoiá-la.

Do ponto de vista psíquico, segundo Monticelli et al (2002) a promoção do aleitamento contribui efetivamente para o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê, proporcionando a ele estímulos sensoriais, auditivos, táteis, visuais e emocionais favorecendo o desenvolvimento do intelecto.

Para essas mães a amamentação esteve associada a todo aprendizado de cuidado materno adquirido na segunda etapa do MMC, o que a torna mais significativa e com isso maiores são as chances de que ela seja entendida e valorizada pelo seu papel, afetivo, nutritivo, de proteção e de prazer.

#### **4.2.3 Recebendo ajuda para prosseguir**

Segundo Silva (2007) no contexto dos cuidados do método canguru, a interação de cuidado dos profissionais é de suma importância, uma vez que é através dela que são realizadas e construídas as práticas em saúde. Portanto, cada interação deve valorizar a participação ativa dos sujeitos envolvidos (bebê, pais e família), especialmente da mãe que se configura com a principal cuidadora do bebê.



Ao se desenvolver uma abordagem diferenciada e singular, para o cuidado ofertado durante o período de permanência na segunda etapa do MMC, os profissionais de saúde passam a ser valorizados pela relação de ajuda que estabelecem, como é possível notar nos seguintes relatos:

*“Pra mim foi bom viver isso, fui muito bem atendida. Tanto é que eu conversei com a minha irmã que eu queria até voltar porque tava um pouco insegura. Falei até essa noite, ‘ai meu Deus! Queria voltar!’. Por lá eles ensinam a gente tudo, a gente não tinha experiência com criança, então lá a gente fica mais segura, tem as pessoas pra orientar a gente o tempo todo. E também foi uma experiência muito boa mesmo. Segurança, representou muita segurança, eu sou mãe de primeira e não sabia muita coisa entendeu e eu aprendi muito com vocês, com a enfermeira, com a médica”. (Margarida)*

*“Pra mim foi bom porque eu saí daqui aprendendo mais. Eu não sabia quase nada de neném, e eu acho que o canguru me ajudou bastante na recuperação dele. Depois da incubadora ele ficou recuperando comigo, ele acostumou mais comigo, as pessoas também me ajudando muito. Ah só o fato de o meu filho estar aqui pra mim, pra mim representou muita coisa, o carinho que tiveram comigo e com o meu filho, e eles não tinham nem obrigação, mas o carinho que eles sentem me ajudou bastante.” (Dália)*

Os problemas que ocorrem durante o período de internação na segunda etapa do método, como a dificuldade na sucção, o posicionamento, ingurgitamento mamário, a insegurança da mãe no manejo deste bebê, dentre outros, podem ser contornados através do apoio de todos os profissionais de saúde que participam do MMC.

*“Foi uma experiência única, indescritível, depois da angústia da primeira etapa na UTI, ter a oportunidade de ver o desenvolvimento do seu filho participando e compartilhando. Foi realmente muito importante para nós duas. O ambiente tranquilo e a equipe de profissionais me deixaram mais pronta e confiante para seguir em frente.” (Hortênsia)*

*Os profissionais que aqui trabalham me ajudaram muito, eu pude ver isso no desenvolvimento rápido do Matheus, que ele teve. Este período que eu e o Matheus estivemos aqui na maternidade, representou muito para mim. (Lírio)*

Ao se desenvolver uma abordagem diferenciada e singular, para o cuidado ofertado durante o período de permanência na segunda etapa do MMC, os profissionais de saúde passam a ser valorizados pela relação de ajuda que estabelecem, como é possível notar nos seguintes relatos:

*“Pra mim foi bom viver isso, fui muito bem atendida. Tanto é que eu conversei com a minha irmã que eu queria até voltar porque tava um pouco insegura. Falei até essa noite, ‘ai meu Deus! Queria voltar!’. Por lá eles ensinam a gente tudo, a gente não tinha experiência com criança, então lá a gente fica mais segura, tem as pessoas pra orientar a gente o tempo todo. E também foi uma experiência muito boa mesmo. Segurança, representou muita segurança, eu sou mãe de primeira e não sabia muita coisa entendeu e eu aprendi muito com vocês, com a enfermeira, com a médica”. (Margarida)*

*“Pra mim foi bom porque eu saí daqui aprendendo mais. Eu não sabia quase nada de neném, e eu acho que o canguru me ajudou bastante na recuperação dele. Depois da incubadora ele ficou recuperando comigo, ele acostumou mais comigo, as pessoas também me ajudando muito. Ah só o fato de o meu filho estar aqui pra mim, pra mim representou muita coisa, o carinho que tiveram comigo e com o meu filho, e eles não tinham nem obrigação, mas o carinho que eles sentem me ajudou bastante.” (Dália)*

Os problemas que ocorrem durante o período de internação na segunda etapa do método, como a dificuldade na sucção, o posicionamento, ingurgitamento mamário, a insegurança da mãe no manejo deste bebê, dentre outros, podem ser contornados através do apoio de todos os profissionais de saúde que participam do MMC.

*“Foi uma experiência única, indescritível, depois da angústia da primeira etapa na UTI, ter a oportunidade de ver o desenvolvimento do seu filho participando e compartilhando. Foi realmente muito importante para nós duas. O ambiente tranquilo e a equipe de profissionais me deixaram mais pronta e confiante para seguir em frente.” (Hortênsia)*

*Os profissionais que aqui trabalham me ajudaram muito, eu pude ver isso no desenvolvimento rápido do Matheus, que ele teve. Este período que eu e o Matheus estivemos aqui na maternidade, representou muito para mim. (Lírio)*

Desenvolver um cuidado de enfermagem de forma individualizada, onde o entendimento e o cuidar dessas mães e seus bebês surgem além da capacitação profissional para tal, mas também com a capacidade de perceber suas necessidades de cuidado, faz parte da implementação diária deste profissional engajado no MMC. A credibilidade conferida a este profissional ira se dar não só através de sua capacitação profissional, mas também da sua empatia e segurança transmitida na abordagem deste com essas mães.

Desenvolver um cuidado de enfermagem de forma individualizada, onde o entendimento e o cuidar dessas mães e seus bebês surgem além da capacitação profissional para tal, mas também com a capacidade de perceber suas necessidades de cuidado, faz parte da implementação diária deste profissional engajado no MMC. A credibilidade conferida a este profissional ira se dar não só através de sua capacitação profissional, mas também da sua empatia e segurança transmitida na abordagem deste com essas mães.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível mapear um breve perfil dos bebês participantes da segunda etapa do MMC, assim como compreender a concepção das mães que vivenciaram esta fase do método.

Ao descrever o perfil do bebê dando ênfase ao peso, tipo de alimentação e ao tempo de permanência de internação na segunda etapa, foi possível verificar algumas diferenças do que é estabelecido como ideal. Em relação ao peso, os dados demonstraram que a predominância tanto na admissão como na alta ainda não alcançaram o que as normas de atenção humanizada para o bebê de baixo peso apontam.

Acredito que essa diferença ocorra devido ao modo diferente de implementação entre os países. Há que se considerar que as normas criadas para a efetivação do MMC no Brasil, foram baseadas no país de origem, a Colômbia. E lá o método é tido como alternativa parcial ou complementar à incubadora e a partir da alta da primeira etapa ele é predominantemente ambulatorial. A segunda etapa é extra hospitalar, ou seja, na residência do bebê. Olhando por este ângulo, talvez por esta razão se justifique o distanciamento de peso e a permanência de tempo de internação do que se preconiza. Pois seguindo o nosso modelo de implementação, as nossas atuações se dão de formas diferentes, pois a nossa segunda etapa ocorre dentro do ambiente hospitalar. E sem contar que o MMC para o modelo brasileiro não tem o intuito de substituir a incubadora, tem foco principal na humanização para o bebês de baixo peso. Em se tratando da permanência de internação, é evidente que na Colômbia esta meta seja alcançada aquém da nossa meta. Considerando

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível mapear um breve perfil dos bebês participantes da segunda etapa do MMC, assim como compreender a concepção das mães que vivenciaram esta fase do método.

Ao descrever o perfil do bebê dando ênfase ao peso, tipo de alimentação e ao tempo de permanência de internação na segunda etapa, foi possível verificar algumas diferenças do que é estabelecido como ideal. Em relação ao peso, os dados demonstraram que a predominância tanto na admissão como na alta ainda não alcançaram o que as normas de atenção humanizada para o bebê de baixo peso apontam.

Acredito que essa diferença ocorra devido ao modo diferente de implementação entre os países. Há que se considerar que as normas criadas para a efetivação do MMC no Brasil, foram baseadas no país de origem, a Colômbia. E lá o método é tido como alternativa parcial ou complementar à incubadora e a partir da alta da primeira etapa ele é predominantemente ambulatorial. A segunda etapa é extra hospitalar, ou seja, na residência do bebê. Olhando por este ângulo, talvez por esta razão se justifique o distanciamento de peso e a permanência de tempo de internação do que se preconiza. Pois seguindo o nosso modelo de implementação, as nossas atuações se dão de formas diferentes, pois a nossa segunda etapa ocorre dentro do ambiente hospitalar. E sem contar que o MMC para o modelo brasileiro não tem o intuito de substituir a incubadora, tem foco principal na humanização para o bebês de baixo peso. Em se tratando da permanência de internação, é evidente que na Colômbia esta meta seja alcançada aquém da nossa meta. Considerando

que a diminuição de tempo de internação hospitalar ocorre devido a realização da segunda etapa acontecer no próprio domicílio do bebê.

Apesar de a norma propor um peso mínimo de entrada no MMC para a segunda etapa, ela não estabelece um peso máximo, isto só ocorre para a alta hospitalar, que é de 2.500g., logo eu acredito então, que não estamos fora do que se preconiza, pois em nenhum momento ultrapassamos esta meta. E, além disto, devemos sempre levar em consideração que os bebês de baixo peso necessitam de estabilidade clínica para transpor a primeira etapa que se dá na UTIN6 e nem sempre isto ocorre dentro do peso mínimo preconizado de 1.250g, podendo ou não acontecer para uns e outros não, pois o beber é um ser singular.

No que tange a prática do aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar, os dados evidenciaram a eficácia do MMC na Maternidade Escola da UFRJ. Ao analisar os depoimentos das mães entrevistadas neste estudo, foi possível constatar quem o sucesso na amamentação, caracterizou-se principalmente pelos significados construídos por elas durante a sua participação do MMC na segunda etapa. As concepções estabelecidas durante este período de experiência trouxeram segurança e emponderamento para cuidar e amamentar o seu bebê. E através dos relatos maternos, foi possível captar a importância que elas deram para todo aprendizado no que se refere não só ato de amamentar, mas também de como cuidar do seu bebê.

A ação de cuidar que é expressa para elas numa forma de como tocar, pegar, trocar fraldas, dar a dieta quando eles ainda não estavam em aleitamento, colocar em posição canguru entre outras, foi exaltado como de grande importância

que a diminuição de tempo de internação hospitalar ocorre devido a realização da segunda etapa acontecer no próprio domicílio do bebê.

Apesar de a norma propor um peso mínimo de entrada no MMC para a segunda etapa, ela não estabelece um peso máximo, isto só ocorre para a alta hospitalar, que é de 2.500g., logo eu acredito então, que não estamos fora do que se preconiza, pois em nenhum momento ultrapassamos esta meta. E, além disto, devemos sempre levar em consideração que os bebês de baixo peso necessitam de estabilidade clínica para transpor a primeira etapa que se dá na UTIN6 e nem sempre isto ocorre dentro do peso mínimo preconizado de 1.250g, podendo ou não acontecer para uns e outros não, pois o beber é um ser singular.

No que tange a prática do aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar, os dados evidenciaram a eficácia do MMC na Maternidade Escola da UFRJ. Ao analisar os depoimentos das mães entrevistadas neste estudo, foi possível constatar quem o sucesso na amamentação, caracterizou-se principalmente pelos significados construídos por elas durante a sua participação do MMC na segunda etapa. As concepções estabelecidas durante este período de experiência trouxeram segurança e emponderamento para cuidar e amamentar o seu bebê. E através dos relatos maternos, foi possível captar a importância que elas deram para todo aprendizado no que se refere não só ato de amamentar, mas também de como cuidar do seu bebê.

A ação de cuidar que é expressa para elas numa forma de como tocar, pegar, trocar fraldas, dar a dieta quando eles ainda não estavam em aleitamento, colocar em posição canguru entre outras, foi exaltado como de grande importância



para elas. E a oportunização deste aprendizado elas atribuem ao apoio recebido pela a equipe de saúde da unidade, demonstrando muita gratificação.

Nessa perspectiva, a amamentação que atrelada a ela está o fortalecimento de vínculo afetivo mãe e bebê, não foi a única importância citada para essas mães em suas falas. A aquisição de conhecimento acerca de seu bebê, o vislumbre de capacidade de cuidar e atender suas necessidades representou o sentimento de segurança, despertando uma maturidade para o enfrentamento futuro ao sair dali e se deparar com a sua realidade na prática da maternagem.

O Método Mãe Canguru tem por sua essência, amor, calor e aleitamento materno, os resultados deste estudo foram identificados a síntese das três essências. Pois no contexto vivencial dessas mães a tríade esta presente a todo tempo, seja no ato de cuidar, de colocar o bebê em contato pele a pele (posição canguru) e amamentá-lo. O MMC proporcionou toda essa vivência para essas mães e seus bebês foi uma experiência única e singular, despertando vários sentimentos, sendo o principal de mães vitoriosas. Portanto a decisão acertada de participar do MMC pode ser entendida como resultante de uma complexa rede de determinantes objetivos e subjetivos, não devendo, assim ser reduzida a fatores isolados.

para elas. E a oportunização deste aprendizado elas atribuem ao apoio recebido pela a equipe de saúde da unidade, demonstrando muita gratificação.

Nessa perspectiva, a amamentação que atrelada a ela está o fortalecimento de vínculo afetivo mãe e bebê, não foi a única importância citada para essas mães em suas falas. A aquisição de conhecimento acerca de seu bebê, o vislumbre de capacidade de cuidar e atender suas necessidades representou o sentimento de segurança, despertando uma maturidade para o enfrentamento futuro ao sair dali e se deparar com a sua realidade na prática da maternagem.

O Método Mãe Canguru tem por sua essência, amor, calor e aleitamento materno, os resultados deste estudo foram identificados a síntese das três essências. Pois no contexto vivencial dessas mães a tríade esta presente a todo tempo, seja no ato de cuidar, de colocar o bebê em contato pele a pele (posição canguru) e amamentá-lo. O MMC proporcionou toda essa vivência para essas mães e seus bebês foi uma experiência única e singular, despertando vários sentimentos, sendo o principal de mães vitoriosas. Portanto a decisão acertada de participar do MMC pode ser entendida como resultante de uma complexa rede de determinantes objetivos e subjetivos, não devendo, assim ser reduzida a fatores isolados.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, I.S.N.; GUEDES Z.C.F. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 5 (1): 61-69, jan. / mar., 2005.
- ARAÚJO, B. B. M. de; **Vivenciando a internação do filho prematuro na UTIN:** (re) conhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais. Dissertação de Mestrado em enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.
- BARDIM, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Lisboa, 1979.
- BOFF, L. **Saber cuidar.** Ética do Humano - Compaixão pela Terra. 2 ed. Petropolis: Vozes, 1999.
- BOTERO H.C. **Observar um bebê canguru.** São Paulo: Perez e Valdez, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe-Canguru:** Manual do Curso /Secretaria de Políticas de Saúde, Área Saúde da Criança – 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CABRAL, I. E.; RODRIGUES, E. da C. O Método Mãe Canguru em uma Maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: necessidades da criança e demanda de educação em saúde para os pais. **Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 629-36.
- FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Método e metodologia na pesquisa científica.** São Paulo: Difusão, 2004.
- FURLAN, C. E. F. B., SCOCHI, C. G. S., FURTADO, M. C. C. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.444-452, jul.-ago. 2003.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, I.S.N.; GUEDES Z.C.F. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 5 (1): 61-69, jan. / mar., 2005.
- ARAÚJO, B. B. M. de; **Vivenciando a internação do filho prematuro na UTIN: (re) conhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais.** Dissertação de Mestrado em enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.
- BARDIM, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Lisboa, 1979.
- BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do Humano - Compaixão pela Terra.** 2 ed. Petropolis: Vozes, 1999.
- BOTERO H.C. **Observar um bebê canguru.** São Paulo: Perez e Valdez, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe-Canguru: Manual do Curso /Secretaria de Políticas de Saúde, Área Saúde da Criança – 1ª edição.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CABRAL, I. E.; RODRIGUES, E. da C. O Método Mãe Canguru em uma Maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: necessidades da criança e demanda de educação em saúde para os pais. **Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 629-36.
- FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Método e metodologia na pesquisa científica.** São Paulo: Difusão, 2004.
- FURLAN, C. E. F. B., SCOCHI, C. G. S., FURTADO, M. C. C. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.444-452, jul.-ago. 2003.

FREITAS, J. O.; CAMARGO, C. L. Método Mãe-Canguru: evolução ponderal de recém-nascidos. **Acta paul. enferm**; 20(1):75-81, 2007.

KLAUS, M. H.; KENNEL J. H. **Pais/bebê a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MACHADO, L. M. Desenvolvimento emocional primitivo e preocupação materna primária. In: OUTEIRAL, J. O.; GRAÑA, R. B. *et al.* **Donald W. Winnicott: estudos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

MINAYO, M. C. de S. O. *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22ª ed. Petrópolis – RJ, 1994.

MONTICELLI, M. *ET AL.* **Enfermagem obstétrica e neonatológica**. 2 ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

NAMEN, F. **Elaborações de teses e dissertações**. Rio de Janeiro: Rubio, 2006.

PROCHNIK, CARVALHO. **Método Mãe Canguru de atenção ao prematuro**. Rio de Janeiro: BNDES, 2001.

REGO, J. D.; **Aleitamento materno**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, M. A. G.; CANO, M. A. T. Estudo do ganho de peso e duração da internação do recém-nascido pré-termo de baixo peso com a utilização do método canguru. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 8, n. 2, p.185-191, 2006.

Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a03.htm). Acesso em: 23 maio 2009.

FREITAS, J. O.; CAMARGO, C. L. Método Mãe-Canguru: evolução ponderal de recém-nascidos. **Acta paul. enferm**; 20(1):75-81, 2007.

KLAUS, M. H.; KENNEL J. H. **Pais/bebê a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MACHADO, L. M. Desenvolvimento emocional primitivo e preocupação materna primária. In: OUTEIRAL, J. O.; GRAÑA, R. B. *et al.* **Donald W. Winnicott: estudos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

MINAYO, M. C. de S. O. *et AL.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22º ed. Petrópolis – RJ, 1994.

MONTICELLI, M. ET AL. **Enfermagem obstétrica e neonatológica**. 2 ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

NAMEN, F. **Elaborações de teses e dissertações**. Rio de Janeiro: Rubio, 2006.

PROCHNIK, CARVALHO. **Método Mãe Canguru de atenção ao prematuro**. Rio de Janeiro: BNDES, 2001.

REGO, J. D.; **Aleitamento materno**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, M. A. G.; CANO, M. A. T. Estudo do ganho de peso e duração da internação do recém-nascido pré-termo de baixo peso com a utilização do método canguru. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 8, n. 2, p.185-191, 2006.

Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a03.htm). Acesso em: 23 maio 2009.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 22º ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA O.P.V. **Análise descritiva do desenvolvimento de recém-nascidos prematuros que participaram do Programa Método Mãe Canguru**. [dissertação]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2003.

SILVA, L. J. **Encontros efetivos entre pais e bebê no espaço relacional da unidade neonatal**: um estudo de caso à luz do método mãe-canguru. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), 2007, 192p.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias Acadêmica, da Ciência e da Pesquisa**. 4º Ed. Petrópolis- RJ: Vozes, 2007.

VENANCIO, S.L.; DE ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J Pediatrico** -Rio de Janeiro . 2004; 80 (5 supl): s 173-s180

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 22º ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA O.P.V. **Análise descritiva do desenvolvimento de recém-nascidos prematuros que participaram do Programa Método Mãe Canguru**. [dissertação]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2003.

SILVA, L. J. **Encontros efetivos entre pais e bebê no espaço relacional da unidade neonatal**: um estudo de caso à luz do método mãe-canguru. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), 2007, 192p.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias Acadêmica, da Ciência e da Pesquisa**. 4º Ed. Petrópolis- RJ: Vozes, 2007.

VENANCIO, S.L.; DE ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J Pediatrico** -Rio de Janeiro . 2004; 80 (5 supl): s 173-s180

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.



**APÊNDICE A**  
**Roteiro para Entrevista**

Nome fictício:

Idade:

Sexo:

- 1. Como foi para você ser uma mãe-canguru durante o período da permanência na Maternidade, para a segunda etapa do método?**
- 2. O que este período representou para você e seu bebê?**

**APÊNDICE A**  
**Roteiro para Entrevista**

Nome fictício:

Idade:

Sexo:

- 1. Como foi para você ser uma mãe-canguru durante o período da permanência na Maternidade, para a segunda etapa do método?**
- 2. O que este período representou para você e seu bebê?**

## APENDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar da pesquisa: **MÉTODO MÃE CANGURU NA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ: evidenciando mães e bebês na segunda etapa.**

Sua participação não é obrigatória, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação ao pesquisador ou a instituição.

1- Os objetivos deste estudo são: Traçar o perfil dos bebês que participam da 2º etapa no MMC na ME- da UFRJ.

2- Quais as concepções das mães acerca da participação na 2º etapa do MMC na ME- UFRJ.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em sua autorização para gravação de seu depoimento numa entrevista reservada e individual. Não há riscos relacionados à sua participação na pesquisa, pois não será realizada nenhuma alteração do protocolo assistencial. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, portanto serão utilizados nomes fictícios para assegurar seu anonimato.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Sandra Valêscia Ferreira de Sousa

Rua Maria Helena 65, Pavuna Tel.: 9197-2033

Comitê de Ética em Pesquisa: Maternidade-Escola, Rua das Laranjeiras, 180, RJ

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

## APENDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar da pesquisa: **MÉTODO MÃE CANGURU NA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ: evidenciando mães e bebês na segunda etapa.**

Sua participação não é obrigatória, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação ao pesquisador ou a instituição.

1- Os objetivos deste estudo são: Traçar o perfil dos bebês que participam da 2º etapa no MMC na ME- da UFRJ.

2- Quais as concepções das mães acerca da participação na 2º etapa do MMC na ME- UFRJ.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em sua autorização para gravação de seu depoimento numa entrevista reservada e individual. Não há riscos relacionados à sua participação na pesquisa, pois não será realizada nenhuma alteração do protocolo assistencial. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, portanto serão utilizados nomes fictícios para assegurar seu anonimato.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Sandra Valêsca Ferreira de Sousa

Rua Maria Helena 65, Pavuna Tel.: 9197-2033

Comitê de Ética em Pesquisa: Maternidade-Escola, Rua das Laranjeiras, 180, RJ

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa