UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VIVENDO NO MÉTODO CANGURU

A tríade mãe-filho-família

Laise Conceição Caetano

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública. Inserida na linha de pesquisa Assistência à Criança e ao Adolescente

Ribeirão Preto

2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VIVENDO NO MÉTODO CANGURU:
a tríade mãe-filho-família

Laise Conceição Caetano

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública, do Departamento
de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para a obtenção do
título de Doutor em Enfermagem em Saúde
Pública. Inserida na linha de pesquisa Assistência
à Criança e ao Adolescente

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Carmen Gracinda Silvan Scochi
Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª. Margareth Ângelo

Ribeirão Preto
2004

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, para qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Caetano, Laise Conceição
Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família. Ribeirão Preto, 2004.
183 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientadora: Scochi, Carmen Gracinda Silvan.
Co-Orientadora: Ângelo, Margareth

1. Método canguru. 2. Família. 3. Prematuro.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Laise Conceição Caetano

Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem em
Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profª Drª Carmen Gracinda Silvan Scochi

Instituição: _____ Julgamento: _____ Assinatura:

Profª Drª Margareth Angelo

Instituição: _____ Julgamento: _____ Assinatura:

Profª Drª Andréa Gazzinelle Corrêa de Oliveira

Instituição: _____ Julgamento: _____ Assinatura:

Profª Drª Vera Lúcia Barbosa

Instituição: _____ Julgamento: _____ Assinatura:

Profª Drª Amélia Fumiko Kimura

Instituição: _____ Julgamento: _____ Assinatura:

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
1 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO.....	7
1.1 Transformações na assistência neonatal.....	7
1.2 O método canguru.....	16
1.2.1 O surgimento e as bases teóricas.....	16
1.2.2 A experiência no Hospital das Clínicas – UFMG.....	29
2 O OBJETO DE ESTUDO.....	35
2.1 A dimensão da família no método canguru enquanto objeto de estudo.....	35
3 OBJETIVOS.....	50
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	51
4.1 O referencial teórico	55
4.2 O contexto da pesquisa.....	62
4.3 A obtenção de dados.....	67
4.4 A análise dos dados.....	70
5 COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA NO MÉTODO CANGURU.....	74
5.1 A categoria central.....	143
6 REFLETINDO SOBRE A VIVÊNCIA DA FAMÍLIA NO MÉTODO CANGURU.....	147
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	156
ANEXOS.....	159
Anexo A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG	160
Anexo B – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO.....	161
Anexo C – DESCRIÇÃO DAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES.....	163

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Genograma.....	68
Fenômeno 1	TENDO EVOLUÇÃO E DESFECHO NÃO ESPERADOS NA GESTAÇÃO	80
Diagrama 1	Desejando a gravidez.....	82
Diagrama 2	Surpreendendo-se com a gravidez inesperada.....	83
Diagrama 3	Esperando por uma gravidez normal.....	85
Diagrama 4	Vivendo os transtornos de uma gravidez complicada.....	87
Fenômeno 2	DEPARANDO COM A PREMATURIDADE DO FILHO.....	91
Diagrama 5	Identificando o filho como prematuro.....	93
Diagrama 6	Temendo pelo filho prematuro.....	94
Diagrama 7	Passando pelo impacto da prematuridade.....	96
Diagrama 8	Tendo indicações da equipe.....	101
Fenômeno 3	VIVENDO A DECISÃO E A EXPERIENCIA JUNTO DO FILHO.....	103
Diagrama 9	Necessitando estar junto do filho.....	105
Diagrama 10	Sentindo-se dividida.....	106
Diagrama 11	Submetendo-se ao cotidiano do canguru.....	109
Diagrama 12	Tendo a vida transformada.....	113
Diagrama 13	Havendo cobrança entre o casal.....	117
Diagrama 14	Vivendo o canguru com o filho e a família.....	120
Diagrama 15	Compartilhando a experiência com o esposo.....	123
Diagrama 16	Havendo afetividade entre pais e prematuro.....	125
Diagrama 17	Encontrando impedimentos para estar com o filho.....	126
Diagrama 18	Ficando com o coração partido.....	132
Diagrama 19	Enfrentando sozinha o canguru.....	135
Diagrama 20	Vendo o valor do canguru	137

Diagrama 21	Reconhecendo o que foi possível mudar.....	139
Diagrama 22	Sentindo o peso e a consequência da fragilidade familiar	140
Diagrama 23	Categoria central – Pesando riscos e benefícios entre estar com o filho no canguru ou com a família	144

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Codificação aberta.....	71
Quadro 2	Tendo a gravidez interrompida inesperadamente.....	89
Quadro 3	Certificando-se da fragilidade do filho.....	97
Quadro 4	Priorizando a vida do filho/ Ficando dispostos a agir e a ficar perto do filho.....	99
Quadro 5	Dando prioridade ao filho para o canguru.....	108
Quadro 6	Sendo cansativo ir ao hospital todos os dias/Tendo dificuldades financeiras para ir ao hospital.....	127
Quadro 7	Tendo outros filhos como impedimento/Tendo motivos de saúde, família e trabalho para não ficar no canguru.....	129
Quadro 8	Tendo dificuldade para conciliar casa e hospital.....	130
Quadro 9	Faltando orientações e entendimento com a equipe.....	131

RESUMO

CAETANO, L. C. **Vivendo no método canguru:** a tríade mãe-filho-família. 2004. 183 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

Este estudo teve como foco a vivência da família no método canguru (MC) com os seguintes objetivos: identificar o significado para mãe e família dessa experiência, compreender o funcionamento da dinâmica familiar decorrente da permanência da mãe e do filho no MC, apreender as transformações familiares provenientes da permanência no método e construir um modelo teórico sobre a experiência. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e observação. Entrevistou-se 26 pessoas, membros de 18 famílias assistidas na enfermaria canguru no Hospital das Clínicas – UFMG. Utilizou-se como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e como método a *Grounded Theory*. Dos dados emergiram os fenômenos; TENDO EVOLUÇÃO E DESFECHO NÃO ESPERADOS NA GESTAÇÃO, que é uma fase em que os pais se deparam com a gravidez e sofrem diante da gestação interrompida; DEPARANDO COM A PREMATURIDADE DO FILHO, em que os pais entram no mundo da prematuridade, constatando a necessidade de agir pela sobrevivência do filho, e VIVENDO A DECISÃO E A EXPERIÊNCIA JUNTO DO FILHO, que revela a possibilidade ou não de entrar e permanecer no MC hospitalar. A partir desses fenômenos, foi possível chegar à categoria central **Pesando riscos e benefícios entre estar com o filho no canguru ou com a família.**

Palavras-chave: método canguru, família, prematuro

ABSTRACT

CAETANO, L. C. **Living in the kangaroo method**: the mother-child-family triad. 2004. 183 p. Thesis (Doctoral in Public Health Nursing) – School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

This study focuses on the family way of life in the kangaroo method (KM) with the following objectives: to identify the meaning of this experience for mother and family, to understand the functioning of the family dynamics resulting from the mother and child's permanence in this method, to capture family transformations in view of the permanence in the method, and to construct a theoretical model about the experience. Data were collected by means of interviews and observation. 26 persons were interviewed, who are part of 18 families who attend kangaroo nursing care at the *Hospital das Clínicas* of the Federal University of Minas Gerais (UFMG), Brazil. The study used Symbolic Interactionism as a theoretical reference base and Grounded Theory as a method. The following phenomena arose from these data: HAVING UNEXPECTED EVOLUTION AND OUTCOME IN PREGNANCY, which is a phase in which the parents suddenly confront the pregnancy and have to deal with a premature birth; CONFRONTING THE PREMATUREITY OF THE CHILD, in which the parents enter the world of prematurity and confirm the need to act in favor of the child's survival; and LIVING WITH THE DECISION AND THE EXPERIENCE TOGETHER WITH THE CHILD, which reveals whether or not the parents will decide to enter and stay at the hospital's KM. From these phenomena, we arrived at the central category: **Weighing the risks and benefits between staying with the child in kangaroo method or with the family.**

Keywords: kangaroo care; family; premature

RESUMEN

CAETANO, L. C. **Viviendo en el método canguro:** la tríade madre-hijo-familia. 2004. 183 p. Tesis (Doctorado de Enfermería en Salud Pública) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

El enfoque de este estudio fue la experiencia de la familia en el método canguro (MC) con las siguientes finalidades: identificar el significado para madre y familia de esa experiencia, comprender el funcionamiento de la dinámica familiar en consecuencia de la permanencia de la madre y del hijo en ese método, aprehender las transformaciones familiares causadas por la permanencia en el método y construir un modelo teórico sobre la experiencia. La colección de datos fue realizada mediante entrevista y observación. Fueron entrevistadas 26 personas, miembros de 18 familias asistidas en la enfermería canguro en el *Hospital das Clínicas* – Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil. Fueron utilizados como referencia teórica el Interaccionismo Simbólico y como método la Teoría Basada en Datos. De los datos surgieron los siguientes fenómenos: TENIENDO EVOLUCIÓN Y DESENLACE NO ESPERADOS EN EL EMBARAZO, que es una etapa en la cual los padres se enfrentan con el embarazo y sufren con el embarazo interrumpido; DEPARÁNDOSE CON LA PREMATURIDAD DEL HIJO, en la cual los padres entran en el mundo de la prematuridad, constatando la necesidad de actuar por la supervivencia del hijo; y VIVIENDO LA DECISIÓN Y LA EXPERIÊNCIA DELANTE DEL HIJO, que revela la posibilidad o no de entrar y permanecer en el MC hospitalario. A partir de esos fenómenos, fue posible llegar a la categoría central: **Pesando riesgos y beneficios entre quedarse con el hijo en el método canguro o con la familia.**

Términos-clave: método canguro, familia, prematuro

APRESENTAÇÃO

Na nova idade, todos somos convocados à inteireza. O ser mutilado, fragmentado na mente, no coração e no existir, será removido para o museu do ontem. Apenas os inteiros estarão preparados para os novos desafios.

Roberto Crema

O tema de estudo deste trabalho é a estratégia de assistência ao recém-nascido de baixo peso ao nascer,¹ principalmente o prematuro,² denominada *método canguru* (MC). Tal estratégia traz um novo paradigma de atenção ao implementar uma forma natural e humanizada de promover a adaptação e evolução desses bebês após o nascimento. Pelo contato progressivo e contínuo pele a pele, no hospital e após a alta hospitalar, o bebê recebe calor, amor e estímulo materno, bem como a possibilidade de iniciar, o mais precocemente possível, o aleitamento materno.

O posicionamento canguru traz benefícios para o bebê:

A evolução do *Homo Sapiens*, com o crescimento do cérebro e o bipedalismo, levou-o ao nascimento imaturo, que, após uma gestação completa, resulta na saída do feto do útero materno. O contato pele-a-pele entre mãe e filho é o hábit no qual o bebê humano expressa adequadamente o seu aparato neurocomportamental programado, onde é possível o aleitamento materno; em termos de evolução, a sobrevivência dos neonatos depende deste fator (KIRSTEN et al., 2001, p. 443).

A proximidade entre mãe e filho favorece o estabelecimento do vínculo afetivo, desenvolvendo-se o apego materno, que confere à mãe o sentimento de que o bebê lhe pertence. A mãe experimenta sentimentos calorosos em relação ao bebê, e a produção de leite aumenta significativamente (KLAUS et al., 2000).

Apesar de os pais terem acesso a unidades neonatais, a prática assistencial assinala que a maioria tem dificuldade em interagir com o bebê, quer seja pela situação vivenciada quando do

¹ **Baixo peso ao nascer:** nascimentos com peso inferior a 2.500g (WHO, 1961).

nascimento do filho prematuro, quer seja pelas limitações ainda existentes nas instituições hospitalares de atenção perinatal.

Como enfermeira formada há 17 anos, sempre trabalhei na assistência à mãe e ao seu filho no período perinatal e durante os três primeiros anos, o binômio mãe-filho era separado após o parto, pois a instituição não possuía alojamento conjunto. Há 14 anos, quando iniciei a minha carreira docente na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), fui atuar na unidade neonatal da Maternidade Otto Cirne, do Hospital das Clínicas (HC/UFMG), Belo Horizonte/MG, onde os bebês doentes e de risco, principalmente os prematuros, eram separados de suas mães e permaneciam na unidade até atingir a estabilidade clínica e o peso de 2.000g. Na ocasião, a maioria dos prematuros saíam de alta hospitalar com dificuldades para mamar e recebendo fórmula láctea por mamadeira, pois as mães já apresentavam importante queda na produção láctea.

Após concluir o mestrado, retornei ao HC/UFMG com a proposta de desenvolver intervenções dirigidas às mães e aos bebês pequenos visando ao incentivo ao aleitamento materno. Em 1992, iniciei, juntamente com uma enfermeira da unidade neonatal, a elaboração de um projeto para a implantação de um serviço de banco de leite humano na maternidade. Em 1993, o Serviço de Banco Leite Humano e Assistência em Aleitamento Materno iniciou suas atividades com o objetivo de otimizar a coleta, o processamento e a distribuição do excedente lácteo das nutrízes da maternidade, bem como de prestar assistência em aleitamento materno a todas as mulheres e a seus filhos no hospital, dando maior atenção aos casos de prematuridade, de baixo peso ao nascer e de relactação.

Após um período de trabalho, além das dificuldades dos bebês para iniciar a sucção no peito e das mães para manter a produção láctea sem a sucção do bebê, apesar das orientações e acompanhamento das enfermeiras do Banco de Leite, era perceptível a ansiedade das mães em relação à saúde do filho, ao auto-cuidado no domicílio e ao aleitamento materno quando se aproximava a alta hospitalar dos bebês. Utilizou-se muito a técnica da relactação, visando favorecer o retorno da produção láctea e a sucção dos bebês no seio materno. Mas esse processo era difícil e sofrido tanto para as mães quanto para os bebês e para nós.

A fim de evitar o desmame precoce, os bicos de mamadeira foram substituídos por copinhos e algumas facilidades foram oferecidas às mães para permanecer na unidade: o hospital

² **Recém-nascido pré-termo:** nascido com menos de 37 semanas de gestação (WHO, 1961).

liberou o oferecimento de refeições e vales transportes e uma maior abertura foi dada a elas para entrar e permanecer junto do filho na unidade neonatal.

O projeto “Cuidado Mãe Canguru” surgiu diante da decisão de intensificar a presença materna no hospital e da ação de incentivo ao aleitamento materno, bem como de sua prática, criando-se ainda a possibilidade de alojar aquelas mães que vinham de regiões distantes do Estado para receber assistência ao parto no HC/UFMG.

Sem a intenção de excluir a necessidade de uma assistência de alta complexidade, o cuidado aos bebês prematuros e de baixo peso ao nascer próximo do processo natural, humano e simples viabilizado pelo MC tem sido apontado como uma estratégia segura e eficaz passível de ser implementada desde o de nascimento. Isso pode ser confirmado pela vivência e experiência do pessoal envolvido na atenção à mãe e ao bebê canguru, assim como pelos estudos efetuados.

Ao participar dessa assistência, desde sua implantação no HC/UFMG, pude detectar também que o MC proporciona, além do contato precoce pele a pele e da possibilidade de amamentar o filho, um resgate do processo difícil e estressante vivido diante do parto prematuro e da separação mãe-filho após o mesmo.

A proximidade com essa tecnologia de cuidado levou-me a considerar outro aspecto do MC: a forma como ele é desenvolvido na nossa realidade, ou seja, como ele foi adaptado do modelo original criado por Edgar Rey Sanabria e Héctor Martínez Gómez, na Colômbia, o qual é eminentemente ambulatorial. O modelo desenvolvido no HC/UFMG tem uma etapa hospitalar, em que mãe e filho ficam internados juntos para o contato contínuo e prolongado, que se inicia quando o bebê atinge a estabilidade clínica, independente de peso e idade gestacional. Após a alta hospitalar, uma nova etapa se inicia, o *follow up* ambulatorial, que é estabelecido até quando o bebê possui idade corrigida³ acima de 40 semanas

A internação da mãe é espontânea e a permanência no hospital é por tempo indeterminado, situação essa que exige de imediato a disponibilidade materna, que, muitas vezes, tem de deixar a família, o trabalho no lar e toda a sua vida no cotidiano.

Para a família, o prematuro é um bebê especial, “diferente”, “pequeninho” e frágil. Segundo Johnson (1986) e Klaus et al. (2000), a primeira preocupação dos pais refere-se à

³ Idade corrigida : somatória da idade gestacional com a pós-natal (PENALVA, 1996)

sobrevivência do filho prematuro, associada a sentimentos de medo, ansiedade e culpa pelo que possam ter feito para levar ao nascimento antes do termo. Desta forma, diante da proposta de internação da mãe para a participação no MC, a disponibilidade materna é imperativa, independente das condições pessoais, sociais e econômicas das famílias.

Como profissional que atua na assistência a esse segmento populacional, é imprescindível identificar e conhecer as famílias e as demandas e estratégias que enfrentam para viabilizar a permanência do binômio mãe-filho em cuidado canguru. Ao olhar para a família no MC, amplia-se a abordagem de cuidado para além do bebê de baixo peso, que comumente é o foco da atenção da equipe de saúde neonatal, pois o que se considera são os seres, que, ligados a ele, se interagem e movem de forma a estar próximo e dar assistência dentro do ambiente hospitalar. A família é uma organização social, que pode ser afetada na sua estrutura por vários problemas. O nascimento de uma criança transforma a organização familiar e podem ocorrer mudanças profundas em seus regulamentos, que envolvem as relações internas e externas, bem como a vida no cotidiano, especialmente em situação de prematuridade.

A importância do MC é bilateral. De um lado, o bebê é beneficiado, sendo o foco da atenção da equipe de saúde a sua evolução pós-natal; de outro, a mãe assume seu papel de provedora dos cuidados ao filho, aprendendo a cuidar dele, conhecendo-o e estabelecendo o vínculo afetivo. Porém, no MC, a mãe também deve receber a atenção da equipe de saúde e ser assistida em suas necessidades, as quais estão intrinsecamente ligada a sua vida pessoal e familiar.

Neste estudo tem-se a compreensão da experiência da família no MC por meio de conceitos teóricos oriundos da dinâmica familiar vivida pela mãe e pelo pai do bebê prematuro em sua trajetória empreendida segundo essa estratégia de assistência implantada no HC/UFG.

1 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO

Tudo está fragmentado pela mente humana: o planeta loteado em países, o conhecimento em especializações, a espiritualidade em religiões, a política em partidos, a filosofia em ideologias, o nosso ser em corpo e instinto, emoções, intelecto e espírito.
Pierre Weill

1.1 Transformações na assistência neonatal

A visão de mundo permeada pelo raciocínio lógico, indutivo ou dedutivo, e fundamentado no controle dos cinco sentidos preconizados pelo paradigma newtoniano-cartesiano e, depois, por Descartes, contribuiu para a concepção fragmentada e mecanicista do universo e do ser humano. Na biologia e na medicina, tal visão propiciou o enfoque dos mecanismos biológicos, estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular. O resultado desse reducionismo físico, que ignorou as dimensões psicológicas e emocionais do ser no mundo, levou o modelo biomédico a se caracterizar por intervenções químicas ou físicas, para atuar no funcionamento de um específico mecanismo em desequilíbrio ou não funcionando (WEIL, 2000). Tal visão nos trouxe grandes avanços do ponto de vista do conhecimento e da ciência, mas também repercutiu em consequências inesperadas, provenientes da ausência de um enfoque global ou holístico do homem e da sua imbricada inter-relação com o universo.

Ao refletir sobre o pensamento de Pierre Weil, fazendo uma analogia com a atenção prestada ao recém-nascido, principalmente àquele em situação de prematuridade, em sua evolução dentro da subespecialidade da pediatria – a neonatologia –, pude constatar, sob uma perspectiva histórica, que a visão fragmentada e reducionista esteve presente e ainda persiste nos nossos dias, apresentando sinais de transformações.

Do ponto de vista histórico, o desenvolvimento de tecnologias para o cuidado dos bebês prematuros surgiu no século XIX com Pierre Budin, um médico obstetra francês que utilizou

incubadoras com paredes de vidro. As incubadoras transparentes possibilitavam às mães visualizar seus filhos, pois podiam permanecer no hospital por longos períodos. Tal prática favoreceu não só a relação mãe-filho, mas também a lactação e a amamentação materna (KENNELL; KLAUS, 1992). Após o importante trabalho de Budin, considerado o primeiro perinatologista, a ênfase na permanência das mães junto dos filhos prematuros foi, aos poucos, sendo abandonada por seus sucessores. Os bebês foram progressivamente levados para ambientes cada vez mais restritos e tecnificados, tendo sempre a justificativa de estar prevenindo infecções e oferecendo-lhes as melhores condições para sobreviver.

O primeiro centro hospitalar para atendimento aos prematuros surgiu em 1923, nos Estados Unidos, e todos os preceitos utilizados na atenção a esses recém-nascidos recomendavam o manuseio mínimo e o isolamento estrito, separando-os, inclusive, dos pais. Muito embora tenham ocorrido mudanças e avanços no diagnóstico e no manejo de bebês, no período de 1945 a 1960, o prematuro, no berçário, continuou em pleno isolamento. O primeiro trabalho efetuado para investigar a possibilidade da entrada dos pais numa enfermaria de prematuros teve início na Universidade de Standfor, na Califórnia, em 1964. A ameaça de infecção foi um impedimento forte para a permissão da entrada dos pais nos berçários. Durante o período de permanência deles, avaliações por meio de culturas semanais do umbigo, da pele e das narinas dos bebês, bem como dos equipamentos da enfermaria, mostraram que não houve aumento das bactérias potencialmente perigosas. O número de culturas positivas realmente diminuiu durante o estudo (KENNELL; KLAUS, 1992).

Sob a influência dos avanços técnicos e científicos, o conhecimento de aspectos biológicos e fisiológicos desses bebês direcionou as práticas de atenção a este segmento populacional. O reconhecimento das intercorrências que esses prematuros apresentam em termos de debilidades nas funções fisiológicas, dentre as quais se destacam aquelas associadas ao sistema imunológico, termorregulador e digestivo, com reflexos de sucção e deglutição imaturos entre outros, culminou com o isolamento desses bebês e com a exclusão da mãe no processo assistencial em unidades neonatais.

Em decorrência da imaturidade anátomo-fisiológica, a assistência na adaptação à vida extra-uterina desses bebês em unidade neonatal passou a incluir a permanência em berços aquecidos ou em incubadoras, para garantir e manter o calor corporal; o recebimento da alimentação parenteral ou por sonda gástrica, até coordenar a sucção, a deglutição e a respiração; e o monitoramento e

suporte às funções vitais, por meio de equipamentos como saturímetro ou oxímetro de pulso, monitores cardiorrespiratórios e de temperatura, respiradores para ventilação mecânica e outros recursos tecnológicos de alta complexidade, que a cada dia têm aumentado em número e sofisticação, repercutindo no aumento da sobrevivência de bebês com graus cada vez maiores de prematuridade⁴ e menores de peso ao nascer.⁵ Klaus et al. (2000) afirmam que os avanços nos cuidados obstétricos, perinatais e neonatais e na tecnologia de apoio levaram, gradualmente, a uma melhora considerável na qualidade de sobrevivência desses bebês. Recém-nascidos muito imaturos, com peso de nascimento entre 680g e 900g, sobrevivem com o uso de surfactante pulmonar, técnicas respiratórias modernas e nutrição parenteral.

Scocchi (2000), em seu estudo sobre a evolução histórica da assistência ao recém-nascido pré-termo, assinala que o uso da alta tecnologia, principalmente em unidades de cuidado intensivo, permitiu reduzir a morbimortalidade perinatal e neonatal, especialmente entre prematuros extremos e de muito baixo peso. Mas, por outro lado, a tecnologia de cuidado operante também contribuiu para o aparecimento de iatrogenias no processo de crescimento e desenvolvimento dessas crianças, não refletindo na melhoria da morbimortalidade pós-natal e na qualidade de vida. Algumas pesquisas sugerem que parte dessa morbidade pode ser representada por injúrias no desenvolvimento do cérebro e psicossocial, advindas de superestimulação do ambiente a que está exposto o prematuro e, muitas vezes, da estimulação inapropriada pela ausência de experiências que auxiliam a integração sensorial e a organização comportamental do bebê.

Sob uma visão geral e crítica, Charpak et al. (2000) apontam que a tecnologia trouxe um exponencial e explosivo desenvolvimento nos últimos cem anos, mas que as maravilhas do século XX não se distribuíram simetricamente. Os progressos na qualidade de vida se concentraram nos chamados “países industrializados”, ao passo que em países em desenvolvimento as condições de vida mudaram pouco para muitas pessoas. Assim, estima-se que 90% dos bebês de baixo peso nasceram

⁴ Classificação de prematuridade: limítrofe: prematuros nascidos com idade gestacional entre 35 a 36 semanas; moderada: entre 31 a 34 semanas de idade gestacional; extrema: aqueles com 30 semanas ou menos de idade gestacional (LEONE; ALCÂNTARA, 1991)

⁵ Classificação de baixo peso ao nascer: Baixo peso: bebês com menos de 2.500g até 1.501g; muito baixo peso: 1.500g até 1.001 g e extremo baixo peso: 1000g ou menos (WHO, 1979).

em países menos desenvolvidos, enquanto que 90% dos investimentos no cuidado ao recém-nascido de alto risco ocorreram em países industrializados.

Neste contexto, os autores citados apresentam situações paradoxais na prática assistencial. Em países prósperos, os bebês frágeis têm sido colocados em eficientes, mas não humanas mãos, em tecnologia de alta complexidade e imersos em ambientes barulhentos, dolorosamente claros, agressivos e invasivos, distante de seus pais. Já em países menos desenvolvidos o acesso à cara e sofisticadas tecnologias continua sendo difícil e as unidades neonatais têm se tornado verdadeiras armadilhas de morte, com insuficientes recursos humanos e materiais, mau funcionamento de incubadoras e monitores, superpopulação, infecções nosocomiais, entre outros fatores. Esses bebês não experienciam os benefícios reais e completos da tecnologia, uma vez que o aparato tecnológico de boa qualidade raramente está disponível.

Com o uso de tecnologia avançada, é possível a sobrevivência de neonatos de idade gestacional cada vez menor, mas a prematuridade ainda é responsável por mais de 50% da mortalidade e morbidade entre recém-nascidos sem anomalias fetais. Apesar de inúmeras situações serem consideradas como responsáveis pela prematuridade, a etiologia do parto prematuro continua desconhecida em aproximadamente 50% dos casos, o que mantém constante as taxas de nascimento pré-termo mesmo em países desenvolvidos (SAVITZ et al., 1991; PERRONI et al., 1999). As considerações anteriores mostram que a tecnologia é importante na assistência aos prematuros, mas de forma isolada não oferece solução ao problema ainda grave para a saúde perinatal, que é o nascimento antes do termo e suas repercussões.

Estudo multicêntrico realizado nos EUA sobre mortalidade neonatal, considerando a idade gestacional e o peso ao nascer, mostrou que, apesar de existir uma tendência para o incremento da sobrevivência dos bebês de muito baixo peso ao nascer, a análise sob o modelo de regressão indicou que a idade gestacional menor que 29 semanas é o mais importante preditor de mortalidade do que o peso de nascimento. Após 29 semanas de idade gestacional e peso 1.350g, os índices de sobrevivência excedem a 90%. Os avanços na neonatologia e nos cuidados perinatais têm levado à sobrevivência de bebês bem pequenos, porém o aumento na mortalidade neonatal tem sido atribuído aos partos ou nascimentos prematuros (COOPER et al., 1993).

No Brasil, estudos sobre fatores de risco para a tendência ascendente de baixo peso ao nascer em nascidos vivos na região Sudeste e da mortalidade infantil em menor de um ano, em uma região de São Paulo, mostraram que o coeficiente de mortalidade em 1993 foi elevado entre as crianças do sexo masculino, de baixo peso ao nascer, gemelares e nascidos de parto cesáreo, entre outros fatores. O baixo peso ao nascer entre os partos vaginais, no período de 1978/79 e 1994, aumentou principalmente devido ao incremento nos nascimentos pré-termo e de mães sem companheiro (BOHLAND; MELO JORGE, 1999; BARBIERI et al., 2000).

Estudos perinatais de base populacional realizados em Pelotas/RS nos anos de 1982 e 1993, cobrindo mais de 99% dos nascimentos hospitalares ocorridos nesse período revelaram que, apesar da melhora das condições socioeconômicas e nutricionais das mães, bem como da cobertura pré-natal, houve um aumento na prevalência de baixo peso ao nascer, de 9,0% para 9,8%, diferença que não foi estatisticamente significativa. Porém, mediante regressão logística, houve um aumento no risco de baixo peso ao nascer, em 1993. Essas apresentaram mortalidade 12 vezes maior do que aquelas de peso adequado e as prematuras, duas vezes mais do que as crianças com retardo de crescimento intra-uterino (HORTA et al., 1996; MENEZES et al., 1996a, MENEZES et al., 1996b).

Além da mortalidade, os riscos de infecções neonatais também são comuns em pequenos, principalmente naqueles de muito baixo peso ao nascer. Em unidade de cuidado intensivo, a frequência de tais infecções tem aumentado em décadas recentes, como resultado do aumento da sobrevivência desses bebês e do aumento do uso de técnicas de suporte à vida. Em estudo realizado no Brasil sobre infecções nosocomiais em crianças criticamente doentes, Kawagoe et al. (2001) mostraram que vários fatores parecem estar associados ao significativo aumento de infecção nosocomial, dentre os quais destacam-se: ruptura prematura de bolsa, ventilação mecânica, cateter venoso central, cateter venoso periférico, doenças maternas, peso ao nascer, anormalidade congênita, idade gestacional menor que 33 semanas e longa permanência no hospital.

Além disso, é preciso enfatizar que o processo de assistência empreendido nessas crianças vem dificultar o contato e a interação entre mãe e filho, com conseqüente repercussão no aleitamento materno e no desenvolvimento de distúrbios referentes à interação mãe-filho e relação familiar desarmoniosa.

No contexto atual, início de um novo milênio, todo o progresso alcançado pela humanidade deve ser utilizado considerando os benefícios que o homem pode dele usufruir. A tecnologia deve representar o melhor recurso que se dispõe para a assistência aos bebês doentes ou prematuros. Porém, sob a ênfase unilateral dos aspectos biológico, as outras dimensões do ser humano não são contempladas. Assim como foi possível chegar a tão avançado patamar de condições de assistência, também é possível fazer a associação entre a dimensão tecnológica e a dimensão do humano.

Essa última dimensão, que pode ser caracterizada como parte da assistência humanizada, tem recebido atenção em meios de cuidado à saúde, principalmente na área materno-infantil, em todo o mundo. Apesar das limitações, esforços têm sido envidados no sentido de ver e considerar o ser humano segundo uma visão global, tentando sair da fragmentação e do reducionismo que direcionou, em muitas décadas do último milênio, a filosofia e a prática assistencial às crianças e aos recém-nascidos sadios e doentes. Métodos e intervenções têm sido implementados, propiciando a participação dos pais e famílias no cuidado de tais crianças, com procedimentos estritamente necessários a sua evolução neonatal, minimizando condutas agressivas, invasivas e estressantes.

Com vista a oferecer uma assistência adequada e de qualidade associada à humanização do processo de nascimento do bebê prematuro e/ou de baixo peso, tendo ainda a possibilidade de reduzir os custos hospitalares envolvidos nessa assistência, surgiu o método Mãe Canguru. Segundo Charpak et al. (2000), essa metodologia de cuidado surgiu como uma resposta à falta de incubadoras e à separação da mãe e seu filho durante a evolução neonatal. Tal intervenção tem como base o contato pele a pele contínuo e prolongado, o incentivo ao aleitamento materno e a alta hospitalar precoce, dando à mãe a possibilidade de retornar ao papel de primeira provedora das necessidades físicas e emocionais de seu filho pequeno e prematuro.

Como uma forma natural e individualizada de cuidar, o MC está sendo considerado como uma tecnologia de cuidado humanizado, pois permite aos pais e à família participarem de forma ativa do cuidado do filho pequeno. Nas unidades neonatais, a participação materna não é mais questionada. Toda a equipe de assistência considera que a mãe pode dar carinho, iniciar a formação do vínculo afetivo com o filho e prestar cuidados a ele. Porém, na prática, ela, muitas vezes, não passa de mera espectadora, que recebe da equipe regras sobre o que pode ou não pode fazer (LAMY, 2000).

Atuando com essas mães que participam do MC, pude ouvir de uma delas que agora tem mais confiança porque há uma enfermeira dando assistência, mas praticamente o bebê é dela, é ela e o filho, e que tem uma pessoa para dar assistência e orientar. A mãe não é espectadora; ela cuida do seu filho sabendo que tem alguém para ajudar, reforçar ou confirmar o que ela já sabe e, ao mesmo tempo, dar orientação e colaborar naquilo que não domina no cuidado do filho.

Segundo Ludington-Hoe e Golant (1993), no MC o prematuro pode ser isolado de ambientes estressantes, como as unidades de cuidado intensivo, e, ao mesmo tempo, ficar com a mãe, recebendo calor e proteção, sob condições semelhantes às existentes intra-útero. A posição prona ou no contato pele a pele confere ao bebê uma série de vantagens anátomo-fisiológicas e afetivas, contribuindo para a sua estabilidade clínica e para o seu crescimento e desenvolvimento. A constatação de tais benefícios, mais a possibilidade de envolvimento dos pais na atenção ao filho, levou, e ainda tem levado, à implantação do MC em serviços de assistência perinatal, tanto em países desenvolvidos como países em desenvolvimento.

Apresentam-se a seguir as bases teóricas dessa tecnologia de cuidado.

1.2 O método canguru

1.2.1 O surgimento e as bases teóricas

O método MC pode ser considerado uma tecnologia de cuidado para o manejo dos bebês de baixo peso ao nascer. Foi criado na Colômbia, em 1979, pelo médico Edgar Rey Sanabria e desenvolvido por Hector Martinez Gómez, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá. Surgiu para remediar as deficiências de infra-estrutura no sistema público de saúde, dentre elas a situação crítica de infecção cruzada em consequência do abrigo de duas crianças em uma mesma incubadora, o pobre diagnóstico, o abandono materno, a ausência de tecnologia, a deficiência de recursos humanos e uma mortalidade extremamente alta entre os neonatos de baixo peso nas unidades neonatais, durante os anos 70.

O MC consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido, em contato com o peito de um adulto, assim como fazem os marsupiais; ou seja, como um canguru que cria seu filhote numa bolsa ventral, onde amamenta e protege sua cria. Segundo Charpak et al. (1999), o método Mãe Canguru, em Bogotá, tem dois objetivos fundamentais: suprir a insuficiência de recursos materiais – a incubadora é substituída pela mãe, que fornece o calor corporal, o alimento, o amor e a proteção contra as infecções hospitalares; e evitar a separação prolongada entre mãe e filho – a mãe pode ter seu bebê junto de si, no colo, com o apoio da equipe de saúde e de sua família.

O MC é dirigido a bebês cujo peso ao nascer seja inferior ou igual a 2.000g, tendo como princípios: mandar o bebê para casa desde que seu estado geral seja estável e que esteja adaptado à vida extra-uterina, sem levar em conta o seu peso, mantendo-o em contato direto com o corpo de uma pessoa, em posição vertical, para lhe fornecer calor, estímulo e afeto; privilegiar o aleitamento materno, favorecendo o estabelecimento precoce do vínculo afetivo entre a mãe e seu filho; e fazer o acompanhamento precoce do desenvolvimento da criança, dando sempre apoio e treinamento às famílias (CHARPAK et al., 1999).

Dentro dos princípios do método está a alimentação do prematuro, que, embora seja preconizada a importância do aleitamento materno para esses bebês, inúmeras dificuldades para a mãe, para a família e para o próprio bebê estão presentes no processo do aleitamento. Para as mães, tem-se o manejo da lactação, como: produção láctea sem estímulo de sucção e sem contato contínuo com o filho, mantida apenas pela ordenha manual; manipulação do leite materno no hospital e domicílio; administração do leite materno por gavagem ou copo; e habilidade de posicionamento do bebê no peito para a pega na região mamilo-areolar. A dificuldade por parte do bebê decorre de várias razões, entre elas: a sucção fraca; a incoordenação entre sugar, deglutir e respirar; a boca pequena; a possibilidade de confusão de estímulos de sucção diferentes (mamadeira, copo, seio materno) e o atraso ou ausência de estimulação sensorio motora e oral, visando ao início precoce da alimentação oral.

Os critérios para elegibilidade do bebê para o MC, adotados em Bogotá, consideram que o bebê não deve apresentar qualquer patologia, deve estar ganhando peso e ser capaz de coordenar sucção e deglutição. Já os de elegibilidade das mães e famílias apontam para o compromisso e a disciplina, a motivação e a disponibilidade. Esses critérios devem estar presentes quando a equipe de

saúde aborda a mãe desde o momento do parto e a acompanha com apoio, estímulo e orientação para o autocuidado, o cuidado com as mamas e a presença constante na unidade neonatal (CHARPAK et al., 1999).

Na Colômbia, bebês com apenas 800g já participaram do Programa Mãe Canguru, organizado em duas fases: a de adaptação hospitalar e a de adaptação ambulatorial. A primeira ocorre, geralmente, no serviço de neonatologia, onde o bebê é colocado em incubadora para a adaptação à vida extra-uterina e tratamento das patologias existentes. Na fase ambulatorial, inicia-se o processo de adaptação materna, ou seja, o treinamento dos pais sobre o manejo dos bebês para a alta hospitalar. Nesse processo, a mãe se familiariza com a técnica e aprende a amamentar o filho. Sempre que possível, participam a mãe e o pai, que passam um dia inteiro na unidade canguru, onde recebem explicações e observam as demonstrações práticas tendo, logo depois, que devolver as técnicas aprendidas. No final do dia, os pais levam o bebê para casa, tendo que retornar na manhã seguinte para o acompanhamento (CHARPAK et al., 1999).

A primeira avaliação do programa ocorreu entre 1990 e 1992, cujos resultados reforçados em outras avaliações efetuadas desde 1993, mostraram que não existe risco para a morbimortalidade e para o crescimento somático do bebê no MC. Assim, comprovou-se que o método é eficaz e se justifica como alternativa ao uso das incubadoras, desde que os problemas clínicos do bebê tenham sido resolvidos (CHARPAK et al., 1997; CHARPAK et al., 1999).

Os princípios citados anteriormente advêm do Programa Mãe Canguru implantado na Colômbia, mas adequa-se ao nosso meio e a nossa realidade, visto que as condições de assistência à criança pequena ou de baixo peso, em várias regiões do Brasil, não diferem significativamente daquele país. Assim, para implementar tais princípios, é preciso um trabalho multidisciplinar dirigido ao apoio, às orientações e ao acompanhamento precoce e periódico da mãe, seu filho e sua família.

A implantação dessa tecnologia de cuidado no Brasil ocorreu no final da década de 1980, enquanto que na Europa e em alguns países desenvolvidos ocorreu em meados dessa mesma década, com o desenvolvimento dos primeiros estudos multicêntricos na Alemanha e Inglaterra (ANDERSON, 1993). A instituição pioneira na implantação do método no Brasil foi o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos/SP, em 1990-91, seguido pelo Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMP), em Recife/PE, em 1994. Durante a década de 90, outros hospitais em outros

estados também implementaram o MC, apresentando características diferentes da proposta de Bogotá, como Bahia, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. As adaptações foram feitas respeitando as condições locais de assistência nas instituições, porém sempre preservando o princípio básico de manter o bebê junto da mãe, na posição canguru, e iniciando esse posicionamento o mais precocemente possível.

A trajetória de implantação do método no Brasil foi permeada, inicialmente, por interesses de equipes de saúde que viram na técnica canguru uma forma de promover um contato mais precoce entre mãe e filho, uma alternativa para a otimização de leitos neonatais muitas vezes escassos em diversas regiões do país, e, ainda, a possibilidade de alta hospitalar precoce. O reconhecimento oficial pelas autoridades de saúde veio no final da década de 90, com a realização da *I Conferência Nacional do Método Canguru*, em 1999, no Rio de Janeiro/RJ. Tal conferência, organizada pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), reuniu profissionais de saúde de todo o país e teve a importante participação do Dr. Hector Martinez Gómez e do ministro da Saúde, José Serra. Tal evento culminou com a formação de um grupo de trabalho no Ministério da Saúde, que elaborou o documento contendo as normas nacionais de implantação do método. O Ministério da Saúde, por intermédio do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, estabelece a Portaria n. 693 (BRASIL, 2001),⁶ de 5 de julho de 2000, recomendando a implantação das normas pelas unidades médico-assistenciais integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS). A portaria assinala ainda que a adoção de tal estratégia pode ser essencial na promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde baseada nos princípios da humanização da assistência e de cidadania da família.

A norma de orientação para a implantação do MC prevê o seu desenvolvimento em três etapas. A primeira relaciona-se ao período logo após o nascimento de um recém-nascido de baixo peso que necessita de internação em uma unidade neonatal. Mãe e família devem ser orientadas sobre o método e estimuladas para o contato precoce com o filho, por meio do livre acesso à unidade neonatal. Nessa etapa iniciam-se o estímulo à amamentação e o contato pele a pele direto entre mãe e criança sempre que as condições clínicas da mesma permitirem.

Na segunda etapa, o bebê encontra-se estável clinicamente e pode ter contato contínuo com a mãe. Assim, após a adaptação e o treinamento ocorridos na primeira etapa, mãe e filho podem

⁶ Disponível em: www.saude.gov.br.

ir para a internação conjunta, onde a posição canguru deve ser realizada durante o maior tempo possível. Para esta etapa, além da estabilidade clínica, a criança deve ter peso mínimo de 1.250g, ganho ponderal diário maior que 15g e nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo). Para a mãe, o desejo e a disponibilidade de tempo materno devem ser considerados, assegurando que a decisão de participar do MC seja consenso entre mãe, familiares e equipe de saúde. A mãe deve ainda ser capaz de reconhecer as situações de risco do recém-nascido (pausas respiratórias, mudança de coloração da pele, regurgitações e diminuição de movimentação).

Ao transferir para a terceira etapa, ou seja, para a alta hospitalar, a criança deve ter peso mínimo de 1.500g, estar sugando exclusivamente no peito e estar com ganho de peso adequado nos três dias que antecedem a alta. A mãe deve estar segura, bem orientada e também motivada para dar continuidade ao trabalho iniciado no hospital. Mãe e familiares devem realizar o MC por 24 horas/dia e garantir o retorno freqüente à unidade de saúde. O ambulatório de acompanhamento deve avaliar a condição física da criança e o equilíbrio psicoafetivo entre ela e a família; deve corrigir situações de risco como ganho de peso inadequado, sinais de refluxo e infecções, e deve acompanhar os tratamentos especializados. Após alcançar o peso de 2.500g, o seguimento deve ser orientado pelas normas de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento preconizadas pelo Ministério da Saúde. A norma recomenda ainda, que toda a equipe de saúde responsável pelo MC esteja adequadamente treinada e deve ser constituída por médicos neonatologistas, obstetras, pediatras para seguimento do recém-nascido de risco, oftalmologistas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos e nutricionistas. Essa equipe multiprofissional deve reconhecer a necessidade de mudança de comportamento e da filosofia de trabalho para que essa atenção humanizada seja desenvolvida sem quebra em suas etapas constituintes (BRASIL, 2001).

Como parte de uma política pública federal inserida em um programa de humanização no atendimento ao recém-nascido pré-termo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em parceria com o BNDES e a Fundação Orsa, o MC encontra-se em fase de implantação em várias instituições no país. Sua disseminação tem sido possível pela responsabilidade política e pela realização de ações concretas da equipe da Área de Saúde da Criança e das Secretarias de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, que, desde 1999, deram início a uma das etapas mais importantes da disseminação do MC: a

promoção de cursos de capacitação das equipes das unidades neonatais das maternidades de risco. Esses cursos são dirigidos à equipe interdisciplinar de unidades neonatais que cuidam de recém-nascidos de baixo peso e visam capacitar os profissionais para aplicar o MC, proporcionar maior vínculo mãe-bebê e incentivar a amamentação, bem como baixar a mortalidade neonatal, pré-natal e pós-natal (BRASIL, 2002 a; BRASIL, 2002 b).⁷

Considerando a ampla difusão do MC na atenção ao prematuro e de baixo peso ao nascer em diversos países e no Brasil, apresento a seguir as bases teóricas dessa tecnologia de cuidado.

O MC é definido por Cattaneo et al. (1998a) como um contato pele a pele precoce, prolongado e contínuo entre a mãe e seu filho recém-nascido de baixo peso ao nascer em hospital e após alta hospitalar precoce até 40 semanas de idade gestacional pós-natal, com aleitamento exclusivo e apropriado seguimento.

Desde a sua primeira descrição, em 1983, tem sido extensivamente estudado, mostrando que o MC é seguro em termos de respostas fisiológicas e oferece alguns benefícios na prevalência e duração de aleitamento, redução de hospitalização e diminuição do choro (CATTANEO et al., 1998a).

Ao buscar na literatura a temática em estudo, foi possível detectar que grande parte dos estudos foi feita para verificar a segurança e a exequibilidade do MC, tendo por base os parâmetros fisiológicos. Tais estudos trouxeram contribuições importantes, apesar da variada metodologia utilizada e das condições dos bebês, que, muitas vezes, estavam ligadas à assistência em unidades de cuidados intensivos neonatais. A atenção ao bebê e a sua família como uma unidade não foi encontrada nos trabalhos consultados.

Da análise de 68 trabalhos obtidos por meio da base de dados Medline e Lilacs, durante um período de 16 anos (1985/2001), escritos na língua inglesa e acessados pelas palavras chaves: *prematuro, método canguru, assistência a prematuros e família*, constatei que, em grande parte, os estudos se concentraram em países desenvolvidos, tais como Inglaterra, EUA, Holanda, Suécia, Alemanha, Canadá, França e Itália.

Em países em desenvolvimento, os trabalhos sobre o MC são escassos, sendo efetuados em realidades diferentes, dentro de hospitais rurais ou maternidades sem equipamentos ou com pouca

⁷ Disponível em: www.metodomaecanguru.org.br.

disponibilidade de equipamentos, sem médicos especialistas ou com ausência total de médicos e um número pequeno de enfermeiros. Hospitais com limitados recursos, mas com equipe de saúde especializada, com equipamentos disponíveis, mas que não atendem às necessidades ou demandas da população também foram estudados. Trabalhos em forma de artigos e de livros tiveram origem em Bogotá (Colômbia), Equador e países da África (Zimbabwe e Moçambique).

No Brasil, considerando o período de consulta, não foi encontrada publicação, uma vez que essa metodologia de assistência foi oficialmente implantada, somente no segundo semestre do ano de 2000.

A seguir, sintetizo, os três enfoques apreendidos nos 68 artigos analisados na revisão bibliográfica sobre o método.

Enfoque I – Compreende estudos controlados, randomizados e descritivos que analisaram, em bebês menores de 1500g e com idade gestacional média de 28 semanas, o comportamento de variáveis como choro, temperatura corporal, padrão respiratório, índices cardíacos e saturação de oxigênio. Os aspectos anátomo-fisiológicos do bebê durante o posicionamento canguru foram analisados em 65% dos artigos analisados. Desse total, 25% mostraram que a temperatura axilar dos bebês se mantém estável no canguru. Das variáveis consideradas, a temperatura corporal foi a mais estudada. Países como Canadá, Suécia, Holanda e EUA, bem como países da África, registraram a efetividade do MC para a manutenção da temperatura em recém-nascidos a termo e pré-termo (MASTERSON et al., 1987; ACOLET et al., 1989; CHRISTENSSON et al., 1992; GALE et al., 1993; HAMELIN; RAMACHANDRAN, 1993; BOSQUE et al., 1995; SONTHEIMER et al., 1995; BAUER et al., 1996; CHRISTENSSON, 1996; KARLSSON, 1996; BAUER et al., 1997; McEVOY et al., 1997; BOWLING et al., 1998; CHRISTENSSON et al., 1998; FISHER et al., 1998; LUDINGTON-HOE et al., 1998; LUDINGTON-HOE et al., 1999; MELLIEN, 2001).

As demais variáveis apresentaram-se estáveis durante o posicionamento canguru, porém crianças pobremente estabilizadas e com idade entre 25 – 27 semanas devem ter o contato pele a pele postergado, pois ainda não toleram o MC sem problemas (LEEuw et al., 1991; TÖRNHAGE et al., 1999).

Outros aspectos fisiológicos também foram encontrados. Apesar da menor frequência de publicações, também houve informações sobre a influência e adequação do MC para o bebê prematuro. Ficou constatado que há um significativo aumento do tempo de sono do prematuro em canguru quando comparado com o período em que eles não estavam em contato pele a pele (LUDINGTON, 1990; LUDINGTON-HOE et al., 1992; MESSMER et al., 1997; BAUER et al., 1998). A experiência no MC revelou-se como uma intervenção potente contra a experiência de dor durante o procedimento doloroso de coleta de sangue (GRAY et al., 2000) e também veio favorecer o início e a manutenção da lactação em mães de prematuros. A proximidade constante do bebê com a mãe, seus movimentos e seu cheiro, contribuem para estimular a produção de leite (WHITELAW et al., 1988; VIRGIN, 1990; ANDERSON, 1993; BLAYMORE et al., 1996; LEMONS; LEMONS, 1996; HURST et al., 1997; CHARPAK et al., 1999; KIRSTEN et al., 2001).

Para Whitelaw (1990), um dos maiores benefícios do MC está em implementar a lactação. Em países em desenvolvimento, a regulação da temperatura e a manutenção da lactação no canguru podem salvar vidas de bebês prematuros que têm somente o berço e a fórmula láctea como alternativa. Já em países desenvolvidos, ele não é alternativo para tratar e salvar bebês doentes, mas permite a mães e pais vencerem os sentimentos de separação e inadequação que freqüentemente ocorrem num parto prematuro.

Há referências, ainda, na literatura quanto à ausência de episódios de sepse em recém-nascidos, uma vez que pelo contato físico pele a pele as mães proporcionam uma proteção *extra* contra a infecção (VIRGIN, 1990; WHITELAW, 1990; SLOAN et al., 1994; FURMAN; KENNEL, 2000). A intervenção por meio do MC vem também satisfazer às necessidades do bebê para a organização do seu estado desenvolvimental (BREGMAN, 1998; CONSTANTINO et al., 1999). Nesse aspecto, o MC é considerado como uma intervenção que modifica o ambiente, individualiza o cuidado e promove a proximidade e a confiança dos pais (LUDINGTON-HOE; SWINTH, 1996; MOONCEY et al., 1997; FELMAN; EIDELMAN, 1998).

A avaliação dos parâmetros fisiológicos dos bebês em canguru nos trabalhos consultados variou muito em relação ao tamanho da amostra, ao tempo de gestação, à condição clínica, à idade gestacional e pós-natal e ao peso de nascimento dos bebês, associada às condições em que foi desenvolvido o MC no que diz respeito ao início das sessões de contato pele a pele, frequência

em 24 horas, duração das sessões e até inclinações do bebê em relação ao corpo da mãe. Apesar das limitações reconhecidas ou não pelos pesquisadores, há unanimidade em considerar a efetividade do MC para bebês de baixo peso ao nascer. É importante ressaltar que na experiência de Bogotá e nos diferentes métodos desenvolvidos na Europa um critério comum é adotado para que o bebê participe do método: a estabilidade clínica. Para os pediatras, é fundamental a estabilidade respiratória, hemodinâmica e metabólica, bem como a ausência de alterações neurológicas (CHARPAK et al., 1999).

Enfoque II – As noções gerais sobre o MC foram encontradas em 26% dos trabalhos consultados. São relatos de experiências de implantação e desenvolvimento do MC, principalmente em países em desenvolvimento. Recomendações para a sua implantação e princípios gerais, bem como avaliações do método considerando variáveis diferentes daquelas eleitas em países desenvolvidos, ou seja, de maneira geral, envolveram a manutenção de temperatura corporal nos bebês, os índices de sobrevivência, morbidade e mortalidade, as infecções nosocomiais, as influências no crescimento, os índices de aleitamento materno e readmissão após alta hospitalar (WHITELAW; SLEATH, 1985; WHITELAW et al., 1988; MONDLANE et al., 1989; COLONNA et al., 1990; LUNDINGTON-HOE; GOLANT, 1993; BERGMAN; JÜRISCO, 1994; CHARPAK et al., 1994; SLOAN et al., 1994; CHARPAK et al., 1996; CHARPAK et al., 1997; CATTANEO et al., 1998b; LINCETTO et al., 1998; TESSIER et al., 1998b; WESTRUP et al., 2000).

Enfoque III – Refere-se aos pais do bebê no MC, com apenas 9% dos trabalhos, abordando sobre as reações das mães diante da experiência e os sentimentos dos pais participantes. Há referências ainda sobre o favorecimento da formação de vínculo mãe-filho, por possibilitar uma maior intimidade e permitir o toque mais facilmente entre eles (AFFONSO et al., 1989; AFFONSO et al., 1993; LEGOUT; GOULET, 1995; CLEARY et al., 1997; TESSIER et al., 1998a; NEU, 1999).

O elenco de trabalhos consultados vem mostrar os benefícios que o MC oferece ao bebê de baixo peso ao nascer. Por proporcionar um contato pele a pele precoce entre mãe e filho associado

ao aspecto humano dado no início de vida desses pequenos seres e suas famílias, o MC vem se espalhando pelo mundo, sendo também indicado para bebês a termo em algumas situações.

Embora as investigações científicas relativas ao MC apresentem sugestões favoráveis no que diz respeito à segurança e aos benefícios para mães e bebês, ainda são escassas as pesquisas realizadas em países tanto desenvolvidos quanto em desenvolvimento. A maioria delas mostrou o uso do contato pele a pele como ajuda para o manejo de bebês de baixo peso em unidades de tratamento intensivo de países desenvolvidos. Poucos estudos enfatizaram a efetividade e segurança do MC em países em desenvolvimento. Amostras pequenas, ausência de grupos de controle, dados incompletos e limitações para a aplicação geral de alguns resultados sinalizam para a necessidade de maior rigor nos estudos, especialmente em relação aos efeitos de longo prazo, ao desenvolvimento neurocomportamental e ao impacto do MC na mãe, família e comunidade. Ainda precisam ser explorados a qualidade da relação mãe, família e bebê, a preparação da família para uma alta com sucesso do bebê da unidade de tratamento intensivo, a provisão do MC na área ambulatorial, os efeitos de longo e curto prazo no desenvolvimento emocional e neuropsicológico do bebê, bem como as consequências econômicas do uso do método (CHARPAK et al., 1996; KIRSTEN et al., 2001).

As observações dos autores são de grande importância para o avanço do conhecimento sobre a metodologia canguru e vêm sinalizar e reforçar a necessidade de realização de estudos sobre o bebê e sua família, considerando não só o preparo para a alta hospitalar, mas também a vivência e a experiência da família no MC para direcionar o trabalho a ser empreendido durante a fase em que a mãe e o filho permanecem no hospital.

1.2.2 A experiência no Hospital das Clínicas – UFMG

Na assistência perinatal, o HC/UFMG é referência terciária para o estado de Minas Gerais. Tal condição culmina com uma demanda de gestantes de alto risco, contribuindo para os índices de aproximadamente 12% de nascimentos prematuros e 19% de baixo peso (REGO, 1994). Todos esses recém-nascidos recebem, em conjunto com a mãe, assistência especializada com vistas a corrigir e minimizar as intercorrências comuns na evolução pós-natal.

O HC/UFMG também oferece, desde agosto de 1993, assistência sistematizada em aleitamento materno por intermédio do Serviço de Banco de Leite Humano. O serviço foi idealizado e implantado por um grupo de enfermeiras que tem trabalhado para o incentivo e a promoção do aleitamento materno, principalmente perante as mães de recém-nascidos pré-termo e de baixo peso. Ao longo da experiência de atuação, essas enfermeiras sentiram a necessidade de otimizar a alta hospitalar com maior participação das mães no cuidado com o filho e maior prevalência do aleitamento materno. A proposta de implantar o MC surgiu a partir de um trabalho conjunto com a equipe médica, pela elaboração de um projeto de implantação, quando então foi possível colocar mãe e filho juntos no sistema de alojamento conjunto, em 1994. Tal condição foi alcançada quando a coordenação da clínica obstétrica cedeu dois leitos do alojamento conjunto para a permanência do binômio em cuidado canguru. Na ocasião, as mães que aderiram ao projeto retornavam para a clínica obstétrica quando o bebê prematuro atendia aos seguintes critérios definidos para permanecer no MC: estabilidade clínica, peso entre 1.500g e 1.800g, sem uso de sonda gástrica para alimentação e sem medicação endovenosa. As mães deveriam retornar à clínica de forma espontânea e ficar com os bebês em posição canguru o maior tempo possível, sem previsão para alta hospitalar. Após três anos, o projeto passou a ser desenvolvido em duas enfermarias destinadas exclusivamente às mães cangurus.

Em 1997, enfermeiras do Banco de Leite Humano, juntamente com médicos neonatologistas, implementaram o projeto “Cuidado Mãe Canguru” em duas enfermarias localizadas no espaço físico do Banco de Leite do hospital. Diferentemente do modelo implantado em Bogotá, em que o bebê e a mãe vão para o domicílio para ficar em contato direto e contínuo, tendo controle periódico ambulatorial, o método implantado no HC-UFMG não é somente ambulatorial; as mães retornam ao hospital e são reinternadas como acompanhantes do filho prematuro nas enfermarias cangurus de dois leitos cada uma. Elas são alojadas com seus filhos prematuros liberados da unidade neonatal, após estarem clinicamente estáveis, ganhando peso, em média 30g por dia, e com peso acima de 1.500g. As crianças podem estar com ou sem sonda gástrica, recebendo leite pelo copinho e iniciando sucção ao seio.

Para ser internada na enfermaria canguru, a mãe deve manifestar desejo e vontade, estar em boas condições clínicas e com ausência de enfermidade infecciosa. Assim, antes de reinternar, ela passa por um exame clínico feito pelo médico obstetra da maternidade. Caso faça uso de medicação,

deve trazê-la e responsabilizar-se pela aquisição. Deve ter iniciado, na unidade neonatal, o posicionamento canguru por tempo limitado e estar fazendo ordenha manual de leite materno no Banco de Leite Humano.

Para que a mãe possa atingir as condições de reinternação, o trabalho inicia nos primeiros dias após o parto. Nas primeiras horas pós-parto, dependendo das condições clínicas da puérpera, uma abordagem é feita para saber como ela se sente, se está informada sobre as condições clínicas do filho que foi para a unidade neonatal, sua intenção de ver o bebê, o que pensa com relação à alimentação do filho e, se tiver outros filhos, experiências anteriores com a alimentação. É comum agilizar a primeira visita da mãe à unidade neonatal e estimular o contato precoce (olhar e toque), bem como iniciar o estímulo da produção láctea pela retirada manual de colostro. Nesse momento, no Banco de Leite Humano, faz-se uma avaliação da mama, ensinando os cuidados com a mesma e a realização da auto-expressão mamária. Durante todo o período de internação da puérpera na clínica obstétrica, a enfermagem do Banco de Leite Humano e da unidade neonatal presta assistência à mãe, acompanhando a sua evolução, atuando nas dificuldades, auxiliando na retirada do leite materno e estimulando o contato com o filho. Dependendo das condições clínicas do bebê, o contato pela posição canguru é iniciado na unidade neonatal, o mais precoce possível.

Próximo da alta da puérpera da unidade de internação obstétrica, inicia-se a orientação sobre a coleta de leite no domicílio, estocagem, transporte, identificação do leite e importância da manutenção da produção láctea por meio da expressão mamária no domicílio e no hospital, por ocasião da presença da mãe em contato com o filho. Durante o período de permanência do bebê na unidade neonatal, a mãe e o pai têm livre acesso. A mãe pode vir todos os dias, se tiver disponibilidade, para ficar no hospital com o filho e retirar o leite materno. O hospital fornece alimentação para todas as mães, o que permite a permanência delas por um período maior durante o dia ou à noite. Tal condição possibilita ainda o oferecimento do leite materno cru e fresco, ou seja, sem processamento, aos prematuros assistidos na unidade neonatal.

Após a transferência para a enfermaria “Mãe Canguru”, o bebê e sua mãe são acompanhados pela equipe de saúde, principalmente pelas enfermeiras do Banco de Leite Humano, que orientam como cuidar do bebê (higiene, posicionamento materno no leito mantendo cabeça elevada, posicionamento do bebê durante e logo após a amamentação, vestuário, cuidado com a pele,

troca de fraldas, observação das eliminações, técnica do uso do copinho, sucção no peito e administração de medicamentos). Na assistência ao binômio, as enfermeiras também fazem avaliação diária do peso do bebê, dos sinais vitais, principalmente a temperatura axilar, da sucção ao seio e do volume de leite ingerido por meio de copo, bem como auxiliam a mãe a colocar o bebê na posição canguru e observam o comportamento e relacionamento entre ambos. As mães, apesar de terem sido orientadas anteriormente sobre o cuidado com as mamas, são estimuladas a manter a expressão manual retirando o leite anterior e oferecendo o leite posterior para o prematuro. Os cuidados com a retirada, manipulação e estocagem do leite materno são sempre enfatizados.

As mães são também orientadas a colocar seus filhos, usando somente uma fralda, em posição verticalizada, diretamente sobre a pele entre os seios. A posição canguru é sempre estimulada, deixando os bebês o maior tempo possível junto ao corpo da mãe. O envolvimento do pai para o posicionamento canguru, cuidados com o filho e com a mãe, é estimulado, porém de forma bastante sutil. Ele é informado que pode participar colocando o filho junto ao seu corpo. Após tal informação, espera-se a iniciativa espontânea do casal.

Nas enfermarias do MC no HC/UFMG não há berços. As crianças ficam sempre na posição canguru ou ao lado da mãe no seu leito, até nos momentos de sono, inclusive durante à noite.

A assistência à mãe, ao filho e à família no MC é realizada pelos médicos obstetras, neonatologistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e assistente social. Todo o trabalho efetuado caracteriza-se pela flexibilização da atenção, principalmente em relação à mãe, visando minimizar a ansiedade e atender às necessidades maternas enquanto mãe, esposa, dona-de-casa e trabalhadora; ou seja, nos diversos papéis que a mulher vem exercendo na nossa sociedade.

Para a alta hospitalar do MC, a mãe deve estar segura e bem orientada quanto aos cuidados com o filho no domicílio, a fim de dar continuidade aos cuidados ministrados ao bebê no hospital, inclusive o posicionamento em canguru. Deve assumir o compromisso de comparecer aos retornos, sendo que na primeira semana a frequência é de dois em dois dias. Se no domicílio ocorrer qualquer anormalidade, a mãe deve retornar ao hospital imediatamente, mesmo fora do agendamento programado.

O bebê recebe alta hospitalar com peso mínimo de 1.500g. O ganho de peso é baseado na média de três dias de pesagem da última semana que antecede a alta. Deve estar sugando (sucção eficiente) no peito ou peito e copo. A meta na alta é o aleitamento exclusivo, mas este não é um critério fechado, pois o bebê pode sair com complementação e, nos retornos ambulatoriais, é assistido pela equipe de saúde para atingir a meta previamente estabelecida.

É importante ressaltar que a experiência no HC/UFMG é bastante peculiar em relação a outras instituições, pois as mães cujos bebês ainda estão internados na unidade neonatal são orientadas com aquelas assistidas nas enfermarias cangurus situadas na área física do Banco de Leite, possibilitando a troca de experiência entre elas. Desta forma, quando uma mãe é reinternada e recebe seu filho para o canguru, ela já conviveu com outras mães cangurus e recebeu assistência das enfermeiras do Banco de Leite Humano, mantendo-se o vínculo entre a equipe de saúde e a clientela.

2 O OBJETO DE ESTUDO

*A prematuridade é um mundo que você nunca sabe que existe,
a menos que a vida faça você mesmo examiná-lo.*
Autor desconhecido

2.1 A dimensão da família no MC enquanto objeto de estudo

Os avanços do conhecimento científico e tecnológico ocorridos principalmente no século XX levaram a importantes transformações na assistência e tratamento de bebês pequenos durante os períodos perinatal e neonatal, repercutindo sobremaneira no aumento da sobrevida, em especial daqueles menores de 1.000g. Em países desenvolvidos, como nos EUA e Suécia, a sobrevivência de recém-nascidos de baixo peso aproxima-se de 80% nas últimas décadas (LA PINE et al., 1995; WESTRUP et al., 2000). No Brasil, há poucas informações disponíveis.

Mariotoni e Barros Filho (2000), analisando mortalidade hospitalar e peso ao nascer, em Campinas/SP, mostraram que a mortalidade hospitalar declinou de 17 por 1.000 nascidos vivos na década de 70 para 11 por 1.000 nascidos vivos em 1996 e que a mortalidade em bebês de peso menor que 1.000g foi alta, com quedas isoladas nos últimos anos. Menezes et al. (1996a), mostram indicadores importantes de sobrevida de bebês pequenos obtidos em Pelotas/RS, desde o início da década de 90. Os coeficientes de mortalidade perinatal de 1982 para 1993 reduziram de forma expressiva, na ordem de 31%, sendo que dentre as causas de mortalidade perinatal houve uma redução de 58% para óbitos fetais, 47% para imaturidade e 62% para outras causas.

O impacto da maior sobrevida no perfil da morbidade, advinda principalmente da imaturidade neurodesenvolvimental, tem direcionado esforços no sentido de determinar outros tratamentos que possam promover o desenvolvimento de bebês pequenos e conferir qualidade de vida aos sobreviventes por meio de medidas que incluem os avanços na tecnologia de apoio ao diagnóstico

e terapêutica, as técnicas educacionais e comportamentais e a qualidade do ambiente das unidades neonatais (LA PINE et al., 1995; BREGMAN, 1998; LAMY, 2000; SCOCHI, 2000).

Nesse sentido, Lamy (2000) assinala que nos últimos trinta anos grandes mudanças vêm ocorrendo no ambiente de unidades neonatais. A incorporação de novas tecnologias, a necessidade de diferentes categorias profissionais, a presença cada vez mais freqüente dos pais e o atendimento de bebês cada vez menores já fazem parte de uma realidade que exige posturas diferentes dos neonatologistas. Kennell (1999) afirma também que nesses últimos anos as paredes das unidades neonatais começaram a desmoronar e, hoje, as mães, os pais e irmãos são bem-vindos, principalmente em unidade de cuidado intensivo para observar, tocar, abraçar e sentir os bebês pequenos e doentes.

Neste contexto, dentre outras intervenções dirigidas aos prematuros, surgiu o MC. Diferentemente de outros meios de intervenção, essa estratégia de atenção despertou curiosidade por ser de baixo custo, simples e natural e por possibilitar o desenvolvimento do vínculo e apego entre mãe-filho e família. Pelas características e forma como o método é desenvolvido, quer seja o original criado na Colômbia, quer seja aquele adaptado em outros países, é possível ressaltar que o mesmo traz aspectos que contemplam a tendência de humanização e integralidade da assistência. Porém, à luz dos estudos já realizados, percebe-se que o MC tem sido mais explorado na perspectiva do bebê prematuro e de baixo peso, abordando parâmetros anátomo-fisiológicos, conforme descrito anteriormente. Tal ênfase pode ser entendida enquanto uma necessidade de desenvolver as bases teóricas para o manejo e controle clínico do bebê canguru, instrumentalizando transformações no modelo assistencial que privilegia o uso de complexo aparato tecnológico. Com relação à perspectiva materna e da família, a literatura é escassa e destaca somente o aumento da confiança materna no cuidado com o filho pela prontidão que o MC lhe confere, favorecendo o aleitamento materno. Pelos resultados encontrados na maioria dos estudos, o método tem sido considerado seguro e exequível, tendo como elegíveis para participar bebês clinicamente estáveis, independente de idade gestacional e peso.

Tendo como base os pilares calor, amor e aleitamento materno, o MC possibilita uma proximidade constante, dando à mãe a chance de se envolver e atuar diretamente no atendimento das necessidades do filho, proporcionando-lhe, gradualmente, segurança no cuidado de uma criança frágil e pequena. Nesse sentido, o cuidado passa a ser individual, num ambiente diferente de uma unidade de terapia intensiva neonatal, onde há superestimulação, luminosidade intensa e ruídos excessivos.

O envolvimento e a atuação materna no MC sinalizam para algo mais completo e holístico, levando a mãe a assumir integralmente a atenção ao filho. Por outro lado, a possibilidade de participação tem se caracterizado como algo mais limitado e funcional, como dar um banho ou administrar uma dieta; ou seja, estar com o filho em momentos em que é possível cuidar de forma parcial. Considerando a dimensão do envolvimento na assistência, o MC permite à mãe cuidar do filho de forma integral, aprendendo a fazê-lo com o apoio e a orientação da equipe de saúde, em especial da enfermagem.

O MC confere ao bebê uma série de vantagens do ponto de vista anátomo-fisiológico e psicoafetivas por trazer a mãe e família o mais precocemente possível para perto dele. Ao fazer isso, o método também permite que a equipe de saúde faça, de certa forma, a transferência do cuidado integral para a família. A mãe é o membro familiar que tem participação fundamental na realização do método, mas ela não é um ser sozinho; faz parte de uma relação. Patterson (1995) e Bousso (1999), com base em outros autores, afirmam que se considerarmos a família como um sistema podemos entender que a experiência de cada um de seus membros afeta o sistema familiar. Nesta perspectiva, consideramos que a internação da mãe com o bebê no MC pode levar a alterações da dinâmica e nos relacionamentos familiares, desencadeando crises temporárias e/ou permanentes.

O MC, sob a perspectiva da família, ainda não foi explorado, apesar de esta ser considerada como um dos critérios de elegibilidade para a realização da assistência humanizada nessa tecnologia de cuidado. A participação espontânea da mãe com o conhecimento e a disponibilidade da família constitui um dos principais fatores para o sucesso do MC. No entanto, percebemos que no cotidiano de trabalho os profissionais não conhecem a família do prematuro em cuidado, inquietando-me acerca de como ela define a experiência da internação, de como os membros da família reagem às mudanças provenientes da permanência da mãe e filho no hospital, bem como as atividades que assumem durante a ausência da mãe no domicílio em decorrência da internação.

Estudo realizado por Javorski (1997), em Recife - PE, sobre as representações maternas acerca do aleitamento materno no MC mostra as dificuldades e os conflitos que as mães vivenciam para atender às necessidades dos filhos no processo do aleitamento materno, bem como o processo assistencial dirigido ao binômio mãe-filho. Os períodos de internação variaram, e a autora encontrou mãe com 72 dias de internação no cuidado canguru no hospital que apresentava preocupações com a

família e com o marido, que estava na eminência de abandoná-la. A autora aponta que a maioria das mulheres passou por processos difíceis e desgastantes durante a evolução dos bebês, decorrentes tanto da própria imaturidade dos filhos como da prática assistencial. O enfoque da assistência estava centrado nos aspectos biológicos do ato de amamentar, considerando a mulher como um ser cuja função era de produzir leite para nutrir o filho.

Em suas considerações sobre o estudo, a autora enfatiza a necessidade de rever e adotar instrumentos que subsidiem a prática diária dos profissionais, no sentido de ampliar o objeto de ação para além do corpo anátomo-fisiológico. Sob a perspectiva da integralidade da assistência, recomenda que é preciso ter sensibilidade para perceber que o tempo de internação materna pode ser relativamente prolongado e que a mulher não é um ser isolado do seu contexto social, dentro do MC, requerendo não só atenção aos aspectos técnicos da assistência, mas também abordagens que contemplem as particularidades de cada sujeito, principalmente no que diz respeito às questões sociais e pessoais da mulher.

Javorski (1997) me fez refletir sobre as questões e necessidades da mãe-mulher-nutriz e de sua família no MC. Levou-me também, a pensar sobre a assistência realizada no HC/UFGM, local de minha atuação e vivência no método. Sem a intenção de fazer comparações, essa instituição oferece assistência com uma certa flexibilidade. Quando a mãe verbaliza interesse em participar do canguru, mas não tem disponibilidade, a equipe procura ver se ela pode participar ficando junto do filho por período considerado mínimo de dias de internação, geralmente de 3 a 4 dias. Já ocorreu situação em que a mãe interrompeu a técnica canguru, deixou seu filho no hospital, foi para seu domicílio resolver problemas pessoais e retornou para dar continuidade ao método. Para a concessão de alta hospitalar, tem-se o aleitamento materno exclusivo, porém este não constitui um critério fechado. As mães podem ir para o domicílio com aleitamento misto, e no *follow-up* a equipe da assistência sempre trabalha em direção ao critério de alta, o que, muitas vezes, é atingido. No cotidiano do trabalho, constatamos que essa flexibilidade traz benefícios para a mãe, os membros da família e, certamente, para o prematuro.

Minha vivência tem mostrado que o método deve ser flexível e que seus princípios e objetivos não devem servir como uma “camisa de força”, que restringe a individualidade, a subjetividade, a criatividade e a tomada de decisão compartilhada de modo a atender às necessidades

básicas não só do bebê, mas também da família. À luz dessa reflexão, considero que a prática assistencial no MC deve ter seu foco na família. Ao iniciar este estudo e ao me apropriar do pensamento de Weil (2000), destaquei uma abordagem ainda bastante segmentada e mecanicista do “ser” humano pela humanidade e, principalmente, pela ciência: a opção pelo estudo do bebê, sua mãe e família permite a aproximação do global e do holístico e sinalizando para a possibilidade de trabalhar próxima de uma abordagem mais adequada ao crescimento e desenvolvimento desse bebê prematuro e sua família.

Com base nas reflexões feitas sobre o MC e a família do prematuro, formulei os seguintes questionamentos:

- Como a mãe e a família do bebê prematuro definem a experiência da internação no MC?
- De que maneira a permanência da mãe e do bebê no MC interfere na estrutura e funcionamento da família?
- Como os membros da família reagem às mudanças provenientes da permanência da mãe e filho no MC e quais atividades eles assumem?

A possibilidade do envolvimento familiar na atenção ao bebê em cuidado canguru, associada à possibilidade de preparo dos pais no cuidado do mesmo, também o aproxima da filosofia do Cuidado Centrado na Família. Essa filosofia reconhece que esta é uma constante na vida da criança enquanto os sistemas de serviços e pessoal são flutuantes (WONG, 1999). Ela reconhece também que a família é fonte importante de influência para o bem-estar físico e emocional de seus membros e que no cuidado de uma criança em desenvolvimento deve-se dispor de tempo, energia, conhecimento e habilidades, com o apoio dos profissionais de saúde (SCOCHI, 2000).

Com base em outros estudos, Scochi (2000) também afirma que por meio dessa abordagem há uma parceria benéfica entre puérperas e/ou nutrízes, bebês, outros membros da família e fornecedores de cuidado da saúde. A estes últimos cabe o papel de favorecer a confiança e a competência dos pais como cuidadores e como responsáveis pela tomada de decisão.

O Cuidado Centrado na Família surgiu entre 1960 e 1970, com o objetivo de trazer os pais para a sala de parto, criando alternativas para a alta tecnologia da assistência ao nascimento, bem como de criar leis reconhecendo à criança com necessidades especiais o direito de ser educada pela família, a qual deveria ser envolvida no processo assistencial o mais precocemente possível. No

princípio dos anos 80, o avanço da tecnologia permitiu a maior sobrevivência de bebês e crianças com necessidades especiais de saúde. O grande número de crianças dependentes da tecnologia fez com que as famílias ficassem mais ativas no cuidado de seus filhos. Os pais foram considerados como parceiros dos profissionais, sendo que a relação entre eles é de reconhecimento da habilidade de cada uma das partes. A ênfase no Cuidado Centrado na Família emergiu paralelo à complexa evolução de novas tecnologias para o cuidado perinatal, durante os anos 80 e 90 (GORDIN; JOHNSON, 1999).

Na década de 90, pesquisas começaram a dar empiricamente suporte para os princípios desta abordagem. Dunst e Trivette (1996) documentaram que quando os pais são ativamente envolvidos nas experiências do cuidado da saúde do filho a confiança e o sentimento de capacidade ou “empoderamento” (*empowerment*) aumentam. O termo “empoderamento” é usado no sentido de reorientar a política e a prática clínica, que devem levar em conta o aumento da competência, ao invés da dependência proveniente ou formada pelas consequências do processo vivido.

Os elementos chave do “empoderamento” levaram ao desenvolvimento de um modelo de três componentes e suas relações entre eles: a ideologia do “empoderamento”; a experiência participativa; e os resultados do “empoderamento”. A ideologia do “empoderamento” considera que toda pessoa possui forças e capacidades para se tornar mais competente. A experiência participativa inclui os vários tipos de oportunidades que fortalece as capacidades existentes e promovem a aquisição de novas competências. Os resultados do “empoderamento” são os comportamentos aprendidos como fruto das experiências participativas e a avaliação que as pessoas fazem sobre suas próprias capacidades. A inter-relação dos três componentes pode levar a pessoa envolvida a tornar-se mais competente e capaz. Como conclusão do estudo, Dunst e Trivette (1996) assinalam que a ajuda centrada na família terá consequências de “empoderamento” quando: a) cuidadores manifestarem interação com os recebedores do cuidado; b) a visão de ajuda dos cuidadores em relação aos recebedores baseia-se na existência de capacidades, bem como na possibilidade de tornar-se mais competentes; e c) os cuidadores envolvem os recebedores de forma ativa e significativa no processo de cuidar.

Ao examinar a definição do Cuidado Centrado na Família, pode-se ver características e atribuições dos cuidadores, bem como uma forma especial e diferente de assistir, ou seja, de cuidar:

O cuidado centrado na família é uma filosofia de cuidado em que o papel pivô da família é reconhecido e respeitado na vida das crianças com necessidades especiais. Nessa filosofia a família deve receber suporte em sua forma natural de cuidar e nos papéis de tomada de decisão para construir suas forças como pessoas e famílias. Nesta filosofia pais e profissionais são vistos como iguais em uma parceria para desenvolver ótima qualidade em todos os níveis de cuidado da saúde (DUNST; TRIVETTE, 1996, p. 336).

Assim, é possível constatar que para implementar o Cuidado Centrado na Família torna-se necessário promover uma mudança profunda na forma de cuidar, no modelo assistencial, em consonância com transformações de cunho filosófico e político das instituições de saúde e do pensar o processo saúde-doença-cuidado por parte de toda a equipe de cuidadores. A prática assistencial nos dias de hoje mostra que alguns princípios dessa abordagem vêm permeando programas e trabalhos da assistência perinatal. Na área de neonatologia, os berçários de alta complexidade vêm admitindo não só a participação, mas também o envolvimento dos pais no cuidado dos filhos.

A estratégia de atenção pela técnica canguru possibilita não só o envolvimento da mãe e família com o bebê, como também a alta hospitalar precoce, levando-o mais cedo para o ambiente familiar de origem. Esse aspecto é destacado por Cattaneo et al. (1998a) ao referirem que, ao promover o aleitamento materno e a confiança na mãe, o MC usualmente permite a alta hospitalar do bebê quando ele atinge pelo menos 1.500g. Isso vai depender da sua evolução e da segurança materna para atender a um adequado *follow up*. Ao explicitar a experiência de Bogotá, Charpak (1999) assinala que o Programa Mãe Canguru exige que as famílias tenham capacidade de aplicar o método. A família é um dos principais fatores para o sucesso do programa, mas é também o mais suscetível a erro. Assim, deve-se procurar identificar fatores de risco nas famílias dos bebês de baixo peso ao nascer, e esses fatores, por sua vez, deverão ser estabelecidos especificamente para cada país e cultura.

Cleary et al. (1997) e Kirsten et al. (2001) assinalam que o MC propicia o envolvimento e o “empoderamento” dos pais. Aqueles considerados de risco para parto prematuro devem, ainda durante a gravidez, receber informações sobre o método e conhecer os seus benefícios em relação ao cuidado convencional de bebês pequenos. A opção pelo canguru deve, após a estabilidade clínica do bebê, levá-los a assumir maior responsabilidade no cuidado do filho, sempre sob a supervisão da enfermagem.

Em seu estudo sobre aspectos ligados ao desenvolvimento do prematuro no canguru, Ludington-Hoe e Swinth (1996) enfatizam que o método é uma intervenção que propicia o desenvolvimento neurocomportamental e a proximidade materna com episódios de atenção/interação, satisfaz o manejo, as carícias, o consolo e a sucção não-nutritiva e possibilita a realização de intervenções pelos pais.

O fato de o MC ser uma estratégia de intervenção simples e natural que contempla a integralidade do cuidado, possibilitando a humanização da assistência oferecida ao prematuro e sua família, sinaliza que a prática assistencial, principalmente de enfermagem, pode ser implementada tendo como perspectiva o Cuidado Centrado na Família. Porém, antes de considerar a mãe e os membros da família como parceiros no cuidado com o bebê canguru, é preciso ter referenciais teóricos que permitam subsidiar a prática assistencial dirigida ao prematuro e sua família.

Em minha atuação na assistência aos recém-nascidos e a suas mães, o foco do cuidado sempre estava direcionado ao bebê, enquanto a mãe era trabalhada apenas como cuidadora e provedora do aleitamento materno. Ao estar junto da mãe de um prematuro que permanece 24 horas no hospital em decorrência da condição clínica do filho, percebi que ela apresenta demandas específicas nesse processo e que sua vida passa a girar em torno do filho hospitalizado, mudando sua dinâmica familiar. Nessa relação com a clientela, senti a necessidade de expandir a atenção para além da mãe e do filho, de modo a estabelecer postura mais colaborativa, elucidativa e menos normativa perante a família.

Para apreender tal dimensão, foi imprescindível olhar mais detalhadamente para a família, sem considerá-la somente como um conjunto de pessoas que vivem ligadas por laços formais e consangüíneos.

Patterson (1995, p. 47), tendo por base outros autores, define família como “um grupo de pessoas que vivem juntas ou em contato íntimo, que cuida uma de outra e provê direção e cuidado para seus membros dependentes”. Segundo a mesma autora, o mais importante para qualquer paciente, família é quem quer que seja que ele diz que é.

Na definição acima, percebi duas questões importantes acerca da família, que é a relação entre seus membros e a função interna entre eles, que é o cuidado entre si e com os dependentes. Mas, indo um pouco mais além das questões assinaladas, vi que algo mais complexo

impulsiona ou leva as pessoas que vivem juntas a agir para manter a sua união: a estrutura interna e, até, a saúde de seus membros. Na literatura, há muitas tentativas em definir e conceptualizar família, uma vez que a adoção de um sistema conceitual pode conferir parâmetros para análise e avaliação no trabalho com família. Ao apresentar sua concepção, Angelo (1997) assinala que na família há pelo menos duas pessoas em interação, com um compromisso interno, que tem como base o amor, que nem sempre se apresenta como sentimento, mas que se expressa em forma de ação. Ao destacar a interação, o compromisso e as ações, a autora considera-os como elementos passíveis de ser acessados num processo de trabalho com famílias.

A intenção e o compromisso de trabalhar com famílias pareceu-me como um caminho a ser seguido. Porém, reconheço que a família e sua existência possuem algo complexo e que apesar das inúmeras definições e estudos realizados, inclusive na área de enfermagem, a forma como se apresenta, mantém sua união e atende a suas demandas é muito particular. Sua dinâmica e sua estrutura podem ser afetadas diante de casos de doença ou risco para um de seus membros.

Diante do filho prematuro e da perspectiva de participar do MC, a família pode sofrer mudanças ou fazer rearranjos na sua estrutura e no seu funcionamento para atender a necessidade do momento na vida familiar que é agir em prol da vida do filho frágil. O comportamento dos membros familiares pode ser direcionado para a manutenção do equilíbrio do sistema que pode ter se desestruturado pelo impacto e necessária mudança diante do filho prematuro. Estudar as alterações da dinâmica familiar e o relacionamento familiar conduz à avaliação funcional da família que, mais especificamente, vem tratar do comportamento, ou seja, como as pessoas se comportam uns com os outros. Segundo Wright e Leahey (2002), existem dois aspectos básicos de funcionamento familiar: o instrumental e o expressivo. O primeiro diz respeito às atividades rotineiras da vida diária (alimentar, dormir preparar refeições, etc.), as quais podem se avolumar diante da necessidade de atenção de um membro da família, como por exemplo a presença de um bebê hospitalizado. O outro aspecto, o expressivo, refere-se ao estado emocional, crenças, papéis sociais e comunicação verbal e não-verbal. A família deve sempre enfrentar as questões instrumentais e expressivas quando passam por uma mudança que pode afetar o seu sistema. Os aspectos instrumental e expressivo do comportamento dos familiares devem ser explorados ao se abordar o funcionamento familiar.

Os estudos sobre família, no geral, têm como foco um de seus membros. Somente a partir da década de 90, a família como contexto começou a ser analisada, sobretudo porque até então, faltavam instrumentos conceituais e metodológicos para o seu desenvolvimento. Apesar do aumento de estudos nessa direção, ainda há carência desse instrumental para o trabalho com famílias (ANGELO, 1999).

A necessidade de referenciais teóricos para instrumentalizar a prática clínica com a família no MC se aproxima de um propósito básico, que é procurar por eventos ou conceitos que possam explicar essa experiência. Tal explicação pode vir por meio da elaboração de um quadro teórico ou teoria que tem por finalidade descrever (determinar o que é), explicar (esclarecer como funciona), prever (sob que circunstâncias ocorre) e prescrever (indicar em que circunstâncias podem ocorrer). Nesse sentido, os conceitos de uma teoria necessitam ser explicitamente definidos para possibilitar a visualização dos eventos e experiências estudados. Por descrever, explicar e prever um fenômeno, as teorias podem ser usadas por profissionais para orientar e melhorar a sua prática clínica (CASSIANI et al., 1996; HICKMAN, 2000). Para a enfermagem, a família, tem sido considerada como o objeto de sua atenção. Mas, apesar de estudos e discussões, a compreensão do que é enfermagem da família ainda carece de suporte teórico, existindo uma grande distância entre o ideal pretendido, a teoria existente e a prática clínica atual. Assim, tem-se a necessidade de realizar estudos que testem e expliquem os fenômenos ligados à família, bem como de desenvolver teorias prescritivas que possam guiar as intervenções por parte da enfermagem (ANGELO, 1997).

Concordo com Angelo (1997), Ruland e Moore (1998), Van Sell e Kalofissudis (2003), ao afirmarem que a enfermagem deve aplicar a teoria para descrever, explicar, prever ou prescrever a sua prática clínica. Estudos delineados para determinar ligações entre intervenções de enfermagem e suas conseqüências para o paciente ou cliente devem ser guiados pela teoria, que pode ser prescritiva e preditiva. Ou seja, ela pode descrever conceitos e trazer o entendimento sobre as interações entre os conceitos e pode antecipar condições ou resultados de um determinado fenômeno, respectivamente. Indo para além da prática clínica, Higgins e Moore, (2000) assinalam que o pensamento teórico em enfermagem pode ainda usar conceitos e suas relações para organizar e criticar o conhecimento existente, bem como guiar novas descobertas para o avanço da prática.

Considerando a minha experiência na atenção aos participantes do MC e a base teórica apresentada anteriormente, é possível assegurar que não há, até o momento, um quadro teórico que mostre a família dentro do MC. Buscar conhecer e compreender a experiência possibilita a formação de conceitos (estruturas conceituais) que podem levar à elucidação do fenômeno vivido e mostrar as evidências dele, direcionando, ainda, que intervenções podem ser propostas e empreendidas na prática clínica perante essa família. A construção de um modelo teórico pode também contribuir para a mudança do foco de atenção ainda existente no método, que é o bebê e a mãe; mais precisamente, o prematuro. É preciso que tanto a enfermagem como os outros membros da equipe atuantes no canguru considerem o bebê, a mãe e os membros da família como clientes, ou seja, como seres em interação social, potencialmente ativos e parceiros na atenção e no cuidado com a criança.

3 OBJETIVOS

Aprender a ver com clareza é desenvolver uma visão que vem do olho do coração.
Jean-Yves Leloup

Tenho como objeto de estudo, o bebê prematuro e sua família, considerando-os como seres em interação simbólica, interpretando e definindo suas ações na experiência familiar, dentro do MC.

Delineei neste estudo os seguintes objetivos:

- Identificar o significado para a mãe e família da experiência de vivenciar a permanência no MC.
- Compreender o funcionamento da dinâmica familiar decorrente da permanência da mãe e do filho prematuro no MC.
- Apreender as transformações familiares provenientes da permanência do binômio mãe-filho no canguru.
- Construir um modelo teórico sobre a experiência da mãe e família que vivenciam a permanência no MC.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente imediato não é o eterno agora.
Paul Bruton

Ao definir o objeto de estudo da presente pesquisa, pude constatar que para compreender o significado do MC para os pais juntamente com a dinâmica empreendida por eles para viabilizar a presença da mãe junto do filho de baixo peso ao nascer no hospital é necessário utilizar instrumentos metodológicos que possam privilegiar a fala dos sujeitos envolvidos, bem como a escuta do pesquisador.

Tratar da temática *família* inserida no MC foi um grande desafio na escolha não só do referencial teórico adequado, mas também da metodologia a ser utilizada para o estudo, uma vez que me aproximei da realidade empírica, ou do mundo empírico da vida interna (estrutura, relacionamentos e ações) da família, que tem uma questão de saúde importante permeando a existência dessa unidade. Carter e McGoldrick (2001) consideram a família um sistema movendo-se através do tempo por meio de estágios de ciclo de vida familiar. São ciclos ou fases de mudança e com demandas próprias diante da diversidade das famílias, que se constituem em: a) saindo de casa – jovens solteiros; b) a união de famílias – o novo casal; c) famílias com filhos pequenos; d) famílias com filhos adolescentes; e) encaminhamento dos filhos e saída de casa; e f) famílias no fim de vida. Dentro de um processo dinâmico de evolução, as dificuldades e o estresse familiar geralmente ocorrem na transição de um estágio para outro, quando todos os membros devem se reorganizar para poderem prosseguir a trajetória de desenvolvimento.

Após 25 anos de trabalho com famílias, Bradt (2001) afirma que não existe estágio algum que provoque mudança mais profunda ou tenha um desafio maior para elas do que a chegada de uma criança no sistema familiar. A afirmação do autor refere-se ao nascimento de criança sadia, em que a família tem que se reestruturar para garantir condições de proteção e desenvolvimento a esse novo ser. Porém, ao tratar-se de criança nascida antes do termo ou prematura o processo vivido pela

mãe e pelos familiares pode ser mais difícil, desgastante e com um desafio ainda maior, levar esse bebê para casa com saúde, sabendo cuidar dele para que assim permaneça. Quanto ao nascimento de um bebê prematuro, a literatura tem seu foco nas condições físicas e emocionais dos pais apontando o grande estresse psicológico da família, em especial da mãe. Tratam principalmente dos seus sentimentos, da sua condição e de seu preparo como cuidadora, e da formação do vínculo afetivo, porém não contemplam a vivência materna com os membros da família como uma unidade, vivendo em cooperação e se organizando para viver o momento que os envolve: a presença de um bebê prematuro.

Nesse contexto de relações e significados, realizei uma pesquisa qualitativa sob o paradigma compreensivista ou interpretativo. Segundo Chizzotti (2000), a abordagem qualitativa parte do pressuposto de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O paradigma interpretativo possibilita o conhecimento dos significados que determinada situação ou objeto tem para os outros, e dentro dessa perspectiva há a possibilidade de atingir níveis mais profundos nas relações sociais que não podem ser expressos por números e variáveis (CASSIANI et al., 1996; MINAYO, 2000).

Para Angelo (1997), o desafio para os trabalhos sobre família em enfermagem está em descobrir significados que a família dá às experiências que vive e explicar teoricamente, por meio de esquemas analíticos, o mundo empírico da experiência humana da família. Um dos caminhos possíveis é aquele que nos permite apreender as ações e o processo experienciado por meio das metodologias interpretativas.

Cassiani *et al.* (1996), citando Lowenberg, classifica as pesquisas interpretativas como tendo duas vertentes: a Fenomenologia e o Interacionismo Simbólico, e este por sua vez tem como variantes a Etnografia e a Teoria Fundamentada nos Dados. Ambas são raízes do Interacionismo Simbólico, que tem sua origem na Escola de Chicago, no fim do século XIX, cujos precursores são os sociólogos clássicos americanos John Dewey, Charles Horton Cooley, William I. Thomas, e principalmente, George Herbert Mead.

À luz de estudos sobre família, alguns referenciais são utilizados considerando a definição de família e a perspectiva pela qual o pesquisador elege para dirigir sua atenção. Entre os estudos nacionais, chamou-me atenção os trabalhos de Margareth Angelo e colaboradores. A autora

considera a família como um cliente legítimo do enfermeiro, e esse profissional deve devolver a ela o seu dever de cuidar de seus membros. Ao eleger determinada família para assistência, diante da presença de enfermidade, o enfermeiro deve ter como foco a família e o indivíduo doente dentro de um mesmo contexto, considerando a experiência de todos os seus membros no processo saúde-doença (ANGELO, 1997).

Consubstanciada em uma vasta experiência no trabalho com famílias e também em pressupostos derivados de estudos teóricos, de suas próprias crenças e concepções, a autora considera que:

- a família é composta por membros em interação entre si e com elementos presentes na experiência que vivenciam;
- a família atribui significados às experiências que vivencia;
- os significados resultam das interações que a família tem com os elementos presentes na experiência (ANGELO, 1997, p. 29).

Esses pressupostos orientaram a visão da autora de que a família pode ser considerada como pessoas em interação simbólica e direcionaram seus estudos sobre família à luz da perspectiva interacionista, ou seja, sob os princípios do Interacionismo Simbólico.

Segundo Charon (1989), o princípio central do Interacionismo Simbólico está na compreensão do que está acontecendo com as pessoas que vivem uma determinada situação. Para isso, é preciso entender suas crenças sobre o seu mundo, entender o que sabem e o que vêem, seu vocabulário e o que consideram como importante. Sobretudo, é importante compreender, de um ponto de vista particular, o que está influenciando a ação dos atores, uma vez que tal ação (ou ações) tem base no(s) significado(s) que os objetos, outras pessoas ou situações têm para eles. O propósito do Interacionismo Simbólico como uma perspectiva científica é compreender a causa da ação humana, causa essa transformada em definição, autodireção e escolha dentro das situações vividas.

Para o mesmo autor, a perspectiva do Interacionismo Simbólico pode ser aplicada em todas as situações sociais e pode ajudar a obter uma compreensão mais intensa das mesmas. Estudar a família é possível, uma vez que a mesma possibilita a interação contínua e intensa, na qual seus membros podem constantemente definir as situações que vivem, direcionando suas ações para a

resolução dos problemas. Para melhor elucidar as considerações acerca do Interacionismo Simbólico, apresento, a seguir, suas bases teóricas.

4.1 O referencial teórico

O Interacionismo Simbólico concebe a sociedade como uma entidade composta de indivíduos e de grupos em interação tendo por base os sentidos ou significados que as coisas têm para eles. O sentido é proveniente do processo de interação entre as pessoas, sem ser visto ou percebido como algo próprio do ser. A obra de George Herbert Mead, no fim do século XIX, foi a que mais contribuiu para a conceptualização da perspectiva interacionista, porém os pressupostos básicos e sua aplicação foram elaborados por seu discípulo, Herbert Blumer. Os estudos de Mead assinalam que toda atividade grupal se baseia no comportamento cooperativo e que para haver cooperação entre os seres humanos é preciso que cada ator individual possa entender as linhas de ação dos outros e possa direcionar seu próprio comportamento, a fim de se acomodar àquelas linhas de ação. O comportamento humano não é uma resposta direta às atividades dos outros, mas é uma resposta às intenções dos outros. Essas intenções são transmitidas por meio de gestos, que se tornam simbólicos, isto é, passíveis de serem interpretados (HAGUETTE, 1999).

Ao abordar a natureza da interação simbólica da sociedade e da ação humana, Blumer se baseia em três premissas básicas do Interacionismo Simbólico:

1. O ser humano age em relação às coisas (objetos físicos, outros seres humanos, instituições, idéias valorizadas, situações da vida cotidiana), tendo por base os significados que elas têm para ele.
2. O significado das coisas é derivado da interação social que os seres humanos estabelecem uns com os outros. O significado não é nem inerente à coisa em si, nem a uma união de elementos que o indivíduo tem em relação à coisa.
3. Os significados são manipulados por meio de um processo interpretativo usado pela pessoa quando lida com as coisas que encontra. O processo interpretativo não é uma mera aplicação dos sentidos ou significados; ele vem de uma manipulação dos sentidos no qual há seleção, checagem, suspensão, reagrupamento e transformação à luz da situação vivida e da direção da ação. A

interpretação é um processo formativo, e não uma aplicação automática de sentidos já estabelecidos (ANGELO, 1999; HAGUETTE, 1999).

Por meio dessas premissas, pode-se ver que a sociedade ou a vida humana em grupo é considerada como consistindo de pessoas que se interagem umas em relação as outras, agindo predominantemente em resposta ou na relação de umas a outras. Para isso, é preciso que as partes que se interagem possam “assumir o papel do outro”, em que há uma mútua assunção de papéis; ou seja, os indivíduos alinham suas ações à de outros, direcionando o que estão fazendo ou o que vão fazer, atribuindo significados aos seus atos (HAGUETTE, 1999).

O entendimento da perspectiva interacionista ainda exige o estudo mais acurado de conceitos, que, de forma bastante imbricada, delineia a interpretação e as ações dos seres humanos dentro de uma realidade objetiva. Constantemente os seres humanos indicam os objetos uns para os outros, compartilham significados e criam símbolos por meio da interação com os outros. Nesse processo, os elementos básicos, como símbolo, *self*, mente, assumir o papel do outro e interação social estão envolvidos.

O **símbolo** é um conceito central do Interacionismo Simbólico. Segundo Charon (1989), ele é usado pelo ser humano para a representação e comunicação. É definido na interação entre os seres humanos, sendo importante no entendimento da conduta humana. Ao representar alguma coisa, ele é usado intencionalmente para dar sentido, significado, para o próprio indivíduo e para o outro num processo de interação.

Os símbolos permeiam a nossa visão de mundo ou perspectiva da realidade, trazendo-nos os significados e valores que guiam o que nós vemos, como interpretamos e até o que não vemos em uma dada situação. Os símbolos, bem como a comunicação, são dinâmicos, podendo mudar ou serem transformados por meio da interação.

O *self* para o Interacionismo Simbólico é um objeto no qual o indivíduo age voltado para si mesmo. Ele ocorre quando o ser humano está apto a ver-se como objeto. Pelo “self” o ser humano vê a si mesmo como faz com outro objeto social, mas dentro de uma perspectiva interna, na qual, por meio de um processo interno, define a si próprio como identidade, percepção e julgamento de si.

Como o indivíduo vê a si mesmo, como define a si mesmo e o julgamento que tem de si próprio são altamente dependentes das definições sociais que ele encontra ao longo da vida. O *self* é um objeto social que constantemente sofre mudanças diante da interação dos indivíduos em várias situações.

Mente, segundo Charon (1989), é ação, ação que usa símbolos, símbolos esses que são manipulados pelo *self*. É uma comunicação ativa com o *self* pela manipulação dos símbolos. Isso significa que o ser humano, constantemente, pela atividade mental, faz indicações para si mesmo, atribui significados e interpreta, dando sentido ao que está vivendo. As coisas são percebidas e definidas pelos seres humanos por meio da atividade da mente, e a ação é uma resposta não aos objetos, mas à atividade de interpretação proveniente desses objetos.

Assumir o papel do outro é tomar a perspectiva do outro, ver o mundo sob a perspectiva do outro e dirigir o *self*. Assumir o papel do outro é uma importante atividade mental, pois pela mente os seres humanos buscam o significado das ações de outras pessoas e alinham ou tomam as próprias ações pelo significado percebido ou identificado. A importância de “assumir o papel do outro” é destacada por Charon (1989) quando assinala que é básico para a comunicação simbólica humana, para a cooperação humana, para a emergência do *self* e, enfim, para toda interação.

Segundo Angelo (1997), a **interação social** implica pessoas agindo em relação a outras, percebendo, interpretando e agindo novamente. A mesma autora, citando Charon, assinala que, quando interagimos, nos tornamos objetos sociais uns para os outros, direcionamos o *self*, usamos os símbolos e a mente. Nesse processo, tomamos decisões, mudamos direções, definimos a realidade e a situação e assumimos o papel do outro. Ao reconhecer a existência dessas atividades, é possível compreender a natureza da interação.

Para fazer a articulação entre os conceitos do Interacionismo Simbólico e o estudo sobre famílias, Angelo (1997) aproximou-se de autores e seus estudos acerca da sociedade, entendendo que seus conceitos iriam contribuir para abordar a família interacionalmente. Os conceitos de interação e *self* delineados por Blumer e Mead mostram que nos seres humanos a interação possui um caráter peculiar, uma vez que nesse processo os seres humanos interpretam ou definem as ações uns dos outros, ao invés de simplesmente reagir às ações dos outros. As respostas não são dirigidas à ação do outro, mas ao significado que os seres humanos atribuem a tais ações. Nesse sentido, a interação

humana é mediada pelo uso de símbolos, pela interpretação ou pela atribuição de significado às ações do outro, em que o processo de interpretação é o mediador entre o estímulo e a resposta humana.

O conceito de *self* vem trazer contribuição ao processo de interação quanto explicita a idéia relativa à habilidade do ser humano de agir em relação a si mesmo. É esse mecanismo que capacita o ser humano a fazer indicações para si mesmo de coisas no seu ambiente e que vai guiar suas ações mediante o que foi observado. Essas duas condições indicam a capacidade do ser humano de fazer indicações para si mesmo por meio da interpretação das ações dos outros, as quais, por sua vez, constituem elementos importantes na atribuição de significados dentro da sociedade. A ação da pessoa ocorre então pelo processo de auto-indicação, porque o indivíduo assume o papel do outro, seja de uma pessoa ou de um grupo, ou do outro generalizado. Esta é, segundo Blumer, a maneira fundamental pelo qual ocorre a ação grupal na sociedade.

Mediante os conceitos de Blumer e Mead, Charon (1989) mostra a idéia de sociedade como qualquer forma de vida grupal, definindo-a como indivíduos em interação, assumindo o papel do outro, comunicando-se, interpretando um ao outro, ajustando seus atos aos do outro, dirigindo-se, controlando-se e partilhando perspectivas. A ocorrência desse processo caracteriza a vida grupal, seja em relação a dois indivíduos, seja em relação a uma organização mais complexa.

No conceito acima, Angelo (1997) assinala que para sua compreensão há ainda dois aspectos que complementam a idéia de sociedade. Um deles é a visão de sociedade como indivíduos em ação cooperativa para resolver problemas. Destaca-se aqui a idéia de interdependência nas ações dos indivíduos, que, juntos, ajudam-se na resolução dos problemas que enfrentam.

A outra idéia de sociedade é o conceito do outro generalizado, que, segundo Charon (1989), representa a sociedade para o indivíduo; é a lei que deve ser seguida.

Ao transpor os aspectos de sociedade para a família, sob a perspectiva interacionista, Angelo (1997) assinala que família é como unidade de personalidades em interação; são indivíduos em interação simbólica e cooperação capazes de assumir o papel do outro. A família interage entre si; ou seja, seus membros agem em relação aos outros, percebendo e interpretando os significados que as experiências vividas têm para eles.

Ver a família na visão do Interacionismo Simbólico, neste momento, parece um caminho apropriado para o estudo da temática proposta, pois, por meio desta perspectiva, é possível

ter como foco o funcionamento interno das famílias cangurus e compreender o comportamento de seus membros diante da experiência vivida por um dos seus membros –, no caso, da mãe e dos outros membros –, que, de forma cooperativa, alinham suas ações para solucionar problemas e promover a manutenção da unidade familiar diante dessa estratégia de cuidado.

A partir deste recorte do objeto de estudo, elegi como método adequado para o seu desenvolvimento a Teoria Fundamentada nos Dados, ou *Grounded Theory*. O método possibilita o desenvolvimento de uma teoria por meio de análise comparativa de dados empíricos, gerando categorias conceituais que permitem mostrar ou evidenciar, de forma acurada, o fenômeno em estudo. Possibilita ainda a elaboração de guias ou esquemas teóricos que mostram o fenômeno de maneira figurativa e podem direcionar a ação ou a prática das pessoas em uma situação ou problema específico (GLASER; STRAUSS, 1967).

Angelo (1997) enfatiza que o aspecto relevante desta metodologia é o desenvolvimento de teoria, e isto a diferencia de outras abordagens interpretativas ao trabalharem somente no nível das descrições. Pela Teoria Fundamentada nos Dados é possível chegar à identificação de conceitos e à relação teórica entre eles, por meio da interpretação.

A *Grounded Theory* foi desenvolvida pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss. É um método de pesquisa qualitativa que possibilita a construção indutiva de uma teoria assentada nos dados. A análise qualitativa destes poderá trazer novos conhecimentos ou acrescentar outros àqueles já existentes acerca de um determinado fenômeno. É uma forma de pesquisa de campo que aborda, explora e descreve o fenômeno “no próprio local” onde ocorre. O propósito do estudo de campo é examinar em profundidade as práticas, os comportamentos, as crenças e as atitudes dos indivíduos ou grupos da maneira como funciona, isto é, na vida real (STREUBERT; CARPENTER, 1995; CASSIANI et al., 1996).

A meta da Teoria Fundamentada nos Dados é descobrir explicações teóricas completas sobre um fenômeno particular. Envolve técnicas sistemáticas e procedimentos de análises que possibilitam ao pesquisador desenvolver uma teoria gerada a partir de dados empíricos, e não de teorias anteriores ou estudos *a priori*. Os construtos essenciais são gerados pelos dados, e a partir deles emerge a teoria (STREUBERT; CARPENTER, 1995).

A coleta de dados pode ser feita por meio de entrevista, observação, análise de documentos e publicações, ou pela combinação entre tais técnicas. A coleta e a análise dos dados acontecem concomitantemente por meio de um método comparativo constante. Além das ações ligadas aos passos metodológicos em si, existe a destreza do investigador, que precisa olhar os dados com perspicácia, imaginação e sensibilidade teórica. É isto que irá lhe conferir a possibilidade de desenvolver a habilidade analítica para identificar e compreender os significados dos dados, bem como a capacidade de discernir o que é, ou não, pertinente ao seu estudo (STREUBERT; CARPENTER, 1995).

A aplicabilidade da Teoria Fundamentada nos Dados em estudos sobre família é reforçada por Angelo (1997) quando estes visam apreender os processos sociais presentes na interação da família com as experiências que vivencia.

4.2 O contexto da pesquisa

A pesquisa foi realizada na unidade descrita no item 1.2.2 “A experiência no Hospital das Clínicas – UFMG”. Inicialmente, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sendo aprovado no segundo semestre de 2002 por meio do Parecer nº 123/02 (Anexo A). É um hospital público vinculado ao SUS, de referência terciária para o estado de Minas Gerais, oferecendo assistência às gestantes de alto risco. Na atenção perinatal, a Maternidade Otto Cirne, situada no quarto andar do hospital, possui Serviço de Reprodução Assistida, Serviço de Medicina Fetal, Clínica Obstétrica, Serviço de Banco de Leite Humano, Unidade Neonatal e duas Enfermarias Mãe Canguru.

Entre esses serviços, a Clínica Obstétrica possui 16 leitos de alojamento conjunto, 7 leitos para gestantes de risco e 2 de isolamento. No início do ano de 2002, foi criada a “Enfermaria Social”, com 5 leitos destinados a internação de puérperas e nutrízes para acompanhamento dos filhos que estão na unidade neonatal. Atualmente, em fase de expansão, a unidade neonatal possui 10 leitos de cuidado intensivo e 20 de cuidados intermediários, incluindo 4 de cuidado canguru. A unidade neonatal destina-se a receber recém-nascidos que necessitam de assistência especializada e de maior complexidade entre eles os recém-nascidos de baixo peso ao nascer e prematuros. Esses bebês vêm

para a unidade logo após o nascimento, e aí permanecem até adquirir a estabilidade clínica ou receber o tratamento de acordo com a necessidade específica.

Nessa assistência, a equipe de saúde incentiva o contato precoce entre mãe e filho, a visita na unidade neonatal e a reinternação na enfermaria canguru, cuja dinâmica relatei anteriormente.

Pelas características da metodologia utilizada, não há definição prévia do número de participantes. Assim, considerei para inclusão dos participantes, uma variedade de situações ou uma maximização de diferentes condições vividas pelas mães cangurus e outros membros da família durante o atendimento ou a assistência recebida em cada uma das três fases do MC, descritas anteriormente.

Segundo Glaser e Strauss (1967), em função da natureza do estudo qualitativo e pelo fato da coleta de dados ser dirigida à elaboração de construtos teóricos, deve-se utilizar o que se denomina “amostra teórica”. Consiste de um processo de coleta de dados para gerar teoria, no qual o pesquisador, ao mesmo tempo coleta, codifica e analisa seus dados, decidindo que dados coletará em seguida, de modo a desenvolver a teoria. É pela combinação, principalmente de conceitos e hipóteses emergentes dos dados associados à sensibilidade do pesquisador, que surgem pontos da teoria mostrando os vazios ou questões que ainda precisam ser considerados. Com base no critério teórico, os participantes do estudo são escolhidos respeitando os limites de tempo, de custos financeiros e de acesso às pessoas envolvidas.

Para melhor entendimento sobre a amostra teórica, Glaser e Strauss (1967) comparam-na à amostra estatística: a amostra teórica é feita com a finalidade de descobrir categorias e suas propriedades, e ainda sugerir inter-relações dentro da teoria. Já a amostra estatística é feita para obter acurada evidência na distribuição de pessoas entre categorias a serem estudadas para descrições e verificações de fenômenos. O objetivo da amostragem teórica é mostrar eventos que sejam indicativos de categorias, e não de pessoas.

Ao voltar minha atenção para a família do bebê prematuro e sua experiência no MC, propus abordá-la nas três fases em que se desenvolve essa metodologia de cuidado. Na primeira, o bebê está na unidade neonatal, adaptando-se à vida extra-uterina, e a mãe e a família aguardam o momento de sua estabilização clínica. Nessa etapa a mãe e o pai têm acesso livre à unidade neonatal

para o posicionamento canguru intermitente. A mãe tem acesso ao Banco de Leite Humano para estocar o leite materno e receber acompanhamento e orientação da enfermagem. Na segunda fase, o bebê atinge a estabilidade clínica e é transferido para a internação conjunta com a mãe, na enfermaria canguru, onde a mesma cuida quase que integralmente do filho, mantendo-o em posição canguru por aproximadamente 24 horas diárias. Na terceira fase, o bebê e a mãe já receberam alta hospitalar e retornam ao Banco de Leite Humano para avaliação e acompanhamento. Nas três fases, o pai da criança tem livre acesso ao hospital e nos horários de visita, os demais familiares podem estar presentes.

Para caracterizar de forma mais ampla e profunda a família e sua vivência no MC, abordei também a mãe e os familiares do bebê em situações que não se enquadram nas três fases descritas anteriormente. Assim, participaram ainda do estudo mães que não puderam ficar internadas na enfermaria canguru por motivos pessoais ou relacionados à criança, mas vieram todos os dias ao hospital para ficar com o filho.

No início do estudo, decidi abordar a família considerando todos os membros familiares que a mãe indicasse. Porém, vi que, na realidade, os familiares envolvidos na dinâmica desenvolvida dentro do MC eram o pai e a mãe do bebê prematuro. Os outros não tinham presença constante junto da mãe ou se relacionavam com ela e o pai do bebê de forma distante, ou seja, por telefone ou em visitas esporádicas.

O número de pessoas entrevistadas e as situações escolhidas foram determinados pela análise dos depoimentos. À medida que a análise dos dados se desenvolvia, as reflexões indicavam que outros dados deveriam ser coletados para que as categorias fossem melhor desenvolvidas e densificadas.

O primeiro grupo amostral foi constituído por duas mães, às quais fiz a pergunta norteadora, com a finalidade de descobrir as categorias iniciais que iriam direcionar a coleta de dados. Após a análise inicial dos dados, constatei que precisava ir ao encontro não só das mães, mas também dos pais, pois surgiram questões que iam para além da vivência dentro do MC e se relacionavam à gravidez, ao parto e ao nascimento do filho prematuro, ou seja, fases anteriores ao MC.

O segundo grupo amostral foi constituído de mães que estavam internadas na enfermaria canguru. Optei por entrevistar a mãe e o pai juntos e/ou a mãe para ampliar as questões

relacionadas às vivências anteriores àquelas vividas no canguru associadas à decisão de participar do MC, vendo o que determinou tal escolha. Ainda nesse grupo amostral explorei as vivências dos casais e das mães dentro MC propriamente dito. A análise dos dados relativos à vivência no canguru permitiu dar densidade às categorias já identificadas, reconhecer outras categorias e, ainda, ampliar o estudo de outros aspectos relativos à participação no MC.

No terceiro grupo amostral, abordei mães que não puderam se internar na enfermaria canguru, mas acompanharam o filho, com visitas diárias. Foram mães que tiveram impedimentos relacionados à família, à própria saúde e até profissionais.

O quarto grupo formado foi constituído de mães que avaliaram a decisão tomada e a participação ou não no MC. Para esse fim, entrevistei mães que retornaram ao hospital para controle ambulatorial do filho e que não ficaram no canguru ou ficaram por períodos variados.

A coleta de dados ocorreu até acontecer a saturação teórica, quando se verificaram a repetição e a ausência de dados novos com uma crescente compreensão dos conceitos identificados.

Mais um grupo constituído de duas mães, um casal e uma enfermeira que atua na assistência no método foi formado para alcançar a saturação teórica do estudo e validar o modelo teórico proposto.

Com base no exposto, realizei 18 entrevistas, seis com o casal (mãe e pai juntos) e 12 apenas com a mãe. Ainda foi possível entrevistar 2 avós maternas de bebê canguru, uma vez que se encontravam presentes no momento da entrevista. Assim, foram entrevistadas 26 pessoas, membros das 18 famílias.

4.3 A obtenção de dados

Como estratégia de obtenção de dados, utilizei a entrevista.

Em pesquisa qualitativa, a entrevista caracteriza-se pela flexibilidade que possibilita um contato mais íntimo entre o entrevistador e entrevistado e a exploração em profundidade de seus saberes, suas representações, suas crenças e valores. A fim de obter melhor compreensão da realidade social, o direcionamento da entrevista pode ser ampliado, considerando sempre as necessidades do projeto, ou seja, do objeto de pesquisa (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Para iniciar o processo de coleta de dados, utilizei uma estratégia para “quebrar o gelo” e também identificar a composição da família. Para melhor aprofundamento e contextualização das famílias em cuidado canguru, utilizei o **genograma**, que é um gráfico representativo da estrutura familiar interna. Sua construção traz dados sobre relacionamentos, saúde, ocupação, religião, etnia e migrações. Pode ser utilizado como uma abordagem introdutória da entrevista (Wright; Leahy, 2002). Por meio deste gráfico, desenho ou diagrama, é possível agregar informações sobre os membros da família nas três últimas gerações. É como se fosse uma fotografia da mesma, que pode ser representada por um gráfico da seguinte maneira:

Símbolos usados:

Figura 1 – Genograma

FONTE: Exemplo do genograma segundo Wright e Leahey (2002).

A confecção do genograma permitiu ainda conhecer os familiares que estão diretamente ligados à experiência vivida no MC e, mais especificamente, aqueles que necessitavam ser abordados para aprofundar ou densificar as categorias encontradas. A descrição das famílias participantes encontra-se no Anexo C.

O apoio que essas famílias tiveram durante a trajetória de nascimento do filho ficou restrito ao próprio sistema familiar. Em algumas famílias a ajuda dos próprios membros foi muito limitada ou até ausente. De maneira geral, a vivência no MC restringiu-se ao próprio casal.

Nas primeiras entrevistas, fiz a seguinte pergunta norteadora: **Como está sendo para a senhora e sua família estar no MC para cuidar do filho prematuro?** De acordo com a metodologia utilizada, após análise dos primeiros dados provenientes da pergunta norteadora, novos questionamentos foram surgindo e novas perguntas foram feitas, oriundas do processo de análise comparativa constante dos dados que mostram ou indicam que questões ainda precisam ser consideradas, tendo em vista o objetivo de desenvolvimento de uma teoria.

Atendendo aos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, a coleta de dados foi realizada somente após assinatura do termo de consentimento pós-informado (Anexo B). Em caso de mães adolescentes, foi solicitado também o consentimento do responsável.

A entrevista foi dirigida por perguntas, visando apreender os significados da vivência do MC para a mãe e familiares, a interferência dessa permanência no canguru sobre a vida pessoal e familiar e conseqüentes reações e formas de ação familiar.

Da pergunta norteadora, as categorias foram se formando, mas novas perguntas foram elaboradas para o esclarecimento de dúvidas oriundas das idéias que iam surgindo provenientes do processo de análise. Assim, outras perguntas foram feitas, tais como:

- Como foi a decisão de ficar na enfermaria canguru?
- O que fez você decidir a vir para o canguru, uma vez que deixou sua família e, principalmente, duas filhas pequenas em casa?
- Como você se sente aqui no canguru?
- Para você, pai, como está a sua vida com a esposa no canguru?
- Como a família está vivendo a situação de ter você no canguru com o filho?
- O que o senhor pai faz para ajudar a esposa no canguru?
- Há momentos em que vocês dividem as dificuldades vividas?
- Como vocês enfrentaram a trajetória vivida desde o nascimento do bebê até a sua permanência no canguru?

Todas as entrevistas foram realizadas na enfermaria canguru e/ou nas dependências (sala de atendimento) do Banco de Leite Humano. Elas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Tiveram duração variável de 30 a 60 minutos. Além disso, fiz anotações relacionadas ao

discurso ou fala dos familiares em momentos de contatos antes e após a entrevista propriamente dita, o que nos deu maiores informações além daquelas contidas na entrevista.

4.4 A análise dos dados

A Teoria Fundamentada nos Dados é um sistema de análise de dados qualitativos que emprega procedimentos sistematizados de comparação. Inicia pelos dados e caminha até a comparação de categorias e de fenômenos encontrados, possibilitando a apresentação do processo relativo à experiência em estudo (ANGELO, 1997).

A coleta e a análise dos dados ocorreram concomitantemente, utilizando-se do processo de comparação constante. O processo de análise é iniciado por meio da codificação dos dados, havendo a nomeação dos fenômenos e a instituição dos códigos diante de um atencioso exame dos dados.

Dessa forma, após realizar as duas primeiras entrevistas, iniciei o desenvolvimento do sistema de **codificação aberta**, que consiste no exame acurado dos dados. Para tal, a entrevista, é fracionada em partes, ou seja, faz-se um desmembramento de linha por linha, examinando minuciosamente, comparando sempre para obter conceitos oriundos dos dados. Segundo Glaser (1978), os códigos abertos levam o pesquisador a ver que direção deve tomar o seu estudo, indicando que amostra teórica deve ser considerada. Os códigos são importantes unidades de análise, pois é por meio da quebra dos dados em partes analíticas que ocorre a conceitualização. Eles forçam o pesquisador a pensar e transcender do seu envolvimento e ponto de vista empírico com a questão em estudo.

O exemplo que se segue mostra como fazer a codificação aberta.

QUADRO 1- Codificação aberta

TRECHO DA ENTREVISTA	CÓDIGOS
Agora, eu <u>fiquei no canguru por precisão mesmo, por causa da minha filha</u> , mas <u>ficar no hospital é ruim, ficar longe de casa, do marido e da família</u> não é bom não	<p>Ficando no canguru porque foi necessário por causa da filha</p> <p>Sendo ruim ficar no hospital por ficar longe de casa, do marido e da família.</p>

Após a análise da codificação dos dados, passei ao processo de comparação dos códigos por similaridades, diferenças e graus de consistência de significados. Tal processo dá origem às **categorias**. Elas representam o significado do grupo de códigos que lhe deu origem, apresentando níveis mais abstratos e mais desenvolvidos. Ou seja, elas são conceitualmente mais fortes (GLASER, 1978; STRAUSS; CORBIN *apud* BOUSSO, 1999).

O trabalho do pesquisador na formação das categorias é dinâmico e intenso, pois no seu desenvolvimento novos códigos podem surgir, oriundos da análise constante dos dados. Esse processo dinâmico pode levar a mudanças constantes na nomeação da categoria, pois ao final ela deve representar o significado do agrupamento de códigos que lhe deu origem.

Para trabalhar com o método de comparação constante adotado durante o processo de identificação e desenvolvimento de categorias, utilizei os “Memos” (memorandos) como fonte de dados. Segundo Glaser (1978, p. 83), “memos são anotações teóricas de idéias sobre os códigos e suas relações que ocorrem enquanto o pesquisador está codificando”. O mesmo autor assinala que os “Memos” podem ser uma sentença, um parágrafo ou várias páginas; servem para conectar os dados à análise, por fomentar a análise conceitual dos códigos. Eles levam naturalmente à abstração, ou seja, ao pensamento abstrato sobre eles.

À medida que as categorias foram emergindo, novos dados foram buscados para densificar as categorias e alcançar a saturação teórica. O critério utilizado para finalizar a coleta dos dados pertinente a uma categoria nos diferentes grupos ou pessoas é a **saturação teórica**. Essa ocorre quando nenhum dado adicional deve ser procurado pelo pesquisador para desenvolver propriedades da categoria. Há uma extensão ampla de dados da categoria obtidos por meio da maximização de diferenças entre os grupos ou pessoas estudadas (GLASER; STRAUSS, 1967).

Dando continuidade à análise, desenvolvi a etapa seguinte, que é a **codificação teórica**. As categorias são comparadas entre si, reorganizadas em agrupamentos e reduzidas. Nesse processo, são identificadas as categorias abrangentes que melhor representam o conceito (STREUBERT; CARPENTER, 1995). Segundo Glaser (1978), nesta etapa ocorre o estabelecimento de novas conexões que formam novas idéias, traz o novo e o original sobre o fenômeno, por permitir compor a história novamente após a quebra ou separação dos dados crus. A codificação teórica ajuda o pesquisador a manter seu nível conceitual ao escrever sobre os conceitos e suas relações.

A composição da nova história por meio de novas idéias combinadas e integradas pode ser feita, segundo Glaser (1978), por dezoito tipos de codificação teórica. São famílias de códigos teóricos que podem ser usadas para que o pesquisador não tente forçar uma elaboração teórica por meio de idéias preconcebidas ou preconceitos. A codificação teórica confere ao pesquisador maior sensibilidade sobre o que escrever em cada ponto de análise; ou seja, deve conferir e manter um padrão teórico sobre os dados empíricos iniciais. Para a codificação teórica, utilizei a primeira família, denominada de “Seis Cs” que é o primeiro modelo que vem à mente de um pesquisador social. A maioria dos modelos se encaixa no modelo de causa, consequência e condição.

Para Streubert e Carpenter (1995), na última etapa da análise deve-se trabalhar os dados na busca do fenômeno central, aquele que constitui a ligação entre as categorias. A categoria central mostra o fenômeno em profundidade, e para isto as categorias devem ser realinhadas no sentido de compor uma situação representativa do fenômeno observado e vivido pelos seres envolvidos.

Todo o processo descrito anteriormente é um método indutivo de desenvolvimento de teoria. Segundo Glaser e Strauss (1967), o pesquisador inicia com a análise de dados brutos e, para dar sentido a diversidade de seus dados, desenvolve idéias em altos níveis de abstração conceitual considerando a uniformidade e a diversidade dos mesmos. Ao final da análise, tem-se um quadro teórico, que provê relevantes interpretações, previsões e aplicações sobre o fenômeno estudado.

5 COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA NO MÉTODO CANGURU

O que acontece a um homem é importante, mas não tão importante quanto o que ele faz disso.
Paul Brunton

O MC é uma modalidade de assistência ao recém-nascido de baixo peso, em que o bebê e sua família participam quando o bebê está em condição de receber, sem riscos, os cuidados maternos. A participação dos pais nesse método, porém, é apenas um momento ou fase na evolução pós-natal do prematuro.

A constatação de que o MC não é um fenômeno isolado e único da experiência da família é identificado por categorias e suas conexões teóricas, que mostram que o processo vivido é composto de três fenômenos. Ao trazer os significados do vivido, esses fenômenos compõem e caracterizam a experiência familiar não só no próprio método, mas também nos momentos da gestação, do parto e da evolução neonatal logo após o nascimento. Assim, temos os três fenômenos identificados:

- **TENDO EVOLUÇÃO E DESFECHO NÃO ESPERADOS NA GESTAÇÃO.**
- **DEPARANDO COM A PREMATURIDADE DO FILHO.**
- **VIVENDO A DECISÃO E A EXPERIÊNCIA JUNTO DO FILHO.**

A apresentação dos resultados foi feita da seguinte forma: os fenômenos estão em letras maiúsculas (**TENDO EVOLUÇÃO E DESFECHO NÃO ESPERADOS NA GESTAÇÃO**), as categorias em letras minúsculas e em negrito (**Desejando a gravidez**) e as subcategorias em letras minúsculas, porém grifadas (Desejando muito ter um filho).

TENDO EVOLUÇÃO E DESFECHO NÃO ESPERADOS NA GESTAÇÃO mostra que a experiência da família no canguru tem como marco inicial o surgimento da gravidez e seus desdobramentos. A gravidez, a princípio, mostra-se como um fato normal na vida dos casais que desejam ter filhos. O diagnóstico positivo é a possibilidade real de atender ao desejo de ter o primeiro filho ou ter mais um após outras experiências com a maternidade. Nessa fase, outros casais também podem se surpreender com uma gravidez não planejada, mas que é aceita logo após o conhecimento do diagnóstico ou após algum tempo de já transcorrida a gestação.

Diante do fato concreto, ou seja, do diagnóstico, a evolução da gravidez é esperada como uma situação normal, com duração de nove meses. Pelas experiências anteriores, os pais manifestam a expectativa de ter um parto a termo e com peso adequado. A evolução da gravidez, porém, vem contrariar o esperado. As mulheres que passaram por uma gestação sem intercorrências ou que já possuíam algum fator de risco associada a ela, vêem-se diante um parto prematuro. Este fenômeno é, então, uma fase em que os pais deparam com a gravidez, desejada ou não, passam pela sua evolução, que pode ser normal ou de risco, e sofrem pela sua interrupção, pois não é possível segurá-la ou mantê-la contrariando a expectativa que tinham no início, ou seja, viver uma gravidez com duração de nove meses.

Essa fase vivida pela família pode ser compreendida pelas categorias que formam o Fenômeno 1.

A categoria **desejando a gravidez** faz parte de fase vivida e mostra que os casais vivem situações normalmente esperadas na vida em comum, uma vez que é com alegria que eles se manifestam desejando muito ter um filho. Foi possível identificar nessa situação o sonho de ter um filho, após tentativas por meio de tratamento de infertilidade, e a espera para ter o primeiro filho após alguns anos de união. Para outros casais, um sentimento de tristeza está presente em sentindo as perdas anteriores da gravidez, por não conseguirem o que tanto queriam, entre esperas e tentativas para engravidar. As perdas também levam-nos a certo temor em relação à nova gravidez, por temerem passar pela mesma situação de sofrimento quando da perda anterior do filho.

Eu planejei essa gravidez e quando veio a confirmação da 3ª gravidez eu fiquei feliz e eu falei agora chegou a hora... mesmo com todas as complicações que tive anteriormente eu vi que era a hora certa. E12

A gravidez foi planejada. Nós queríamos muito essa florzinha. A gente está numa idade de decidir a vida... aí decidimos que teríamos outro bebê. E11

Olha, eu tive uma perda anterior, era uma gravidez de gêmeos mas eu tive hemorragia imensa e eu perdi eles com 10-11 semanas, foi muito triste, eu entrei em depressão... foi horrível. Agora, depois de mais ou menos dois anos da perda eu quis engravidar.. antes eu fiz tratamento para engravidar, mas não deu certo. E8

Eu ficava chateado mesmo pela primeira perda que a gente teve, perder a segunda...ia ser muito difícil pra ela, ia ser difícil demais. Eu sinceramente eu tinha medo de acontecer isso de novo, ela entrar em depressão e querer até fazer uma besteira. E8

Ele estava sabendo que a gente estava lutando por aquilo, que a gente já sonhava que era ter mais um filho. E1

A gravidez foi esperada mesmo, tudo muito tranquilo. E5

Diagrama 1 – Desejando a gravidez

Por não esperar e planejar a vinda de uma criança, **surpreendendo-se com uma gravidez inesperada** indica que a família tem uma surpresa com o acontecimento. Vindo uma gravidez sem planejamento indica que não é esperada e não está nos planos do casal, que tem motivos pessoais e familiares para não querer ou até postergar tal fato. A princípio, o casal apresenta-se não aceitando a gravidez pelas dificuldades que ia trazer à família em razão de condições existentes, como limitação financeira e outros transtornos que pode causar à vida familiar, mas acaba aceitando a gravidez com o tempo, pois a intenção de ter filho já existia, porém não estava prevista para o momento.

Ela surgiu sem planejamento, aconteceu... E13

No começo eu senti assim sabe você achar que não tem condição financeira...então foi difícil pra mim aceitar só que com o tempo eu aceitei numa boa, depois de seis meses eu fiquei normal, sabe eu aceitei ela...mas no começo foi difícil, eu fiquei preocupada porque tipo assim minha casa é pequena, são quatro cômodos só, preocupada com a condição financeira. Mas, mais do que a condição financeira é pela minha filha que tem dois anos e meio que é praticamente um bebê, então foi mais difícil por causa disso. E13

No princípio a gente fica grávida e a gente não quer, não quer aceitar a situação, a gente não quer...depois que acostuma com aquilo não quer mais perder. E13

A gravidez de início foi surpresa né porque a gente nem imaginava que ela estava grávida. E10

A gravidez não foi planejada. Engravidei quando tomava injeção e resolvi tomar a pílula, na troca eu fiquei grávida. E 15

Não planejei a gravidez, fiquei grávida porque a camisinha estourou. Foi meio difícil, pois eu tinha pouco tempo que vivia com o F. (companheiro). E18

Diagrama 2 – Surpreendendo-se com uma gravidez inesperada

A evolução da gravidez para estes casais evidencia duas trajetórias distintas, principalmente para a mãe. Em **esperando por uma gravidez normal**, o casal tem para si o que comumente ocorre em uma gestação, ou seja, espera por uma gravidez de nove meses. Achando que ia ter uma gravidez de nove meses, está no imaginário dos pais que a gestação irá resultar no nascimento de um filho a termo, que não precisa ir para a incubadora ou berço aquecido para receber cuidados de maior complexidade. Muitos, não sabendo o que é uma criança prematura, vão esperando por um filho sem considerá-lo prematuro, e não associam ao que estão vivendo a repercussão para o filho, pois vêem que a esposa tem boa saúde. Para aqueles que já têm filhos, a gravidez anterior foi de nove meses, sinalizando que o mesmo pode ocorrer nesta nova experiência:

...no pensamento a gente achava que ia nascer com 2 a 3 quilos, uma criança como as outras de parto normal. E10

Eu só tive infecção na urina. Tudo foi normal, nada forçado. Eu não senti nenhuma sensação que ia ser prematuro não. E5

No princípio, aos dois meses eu tive uma perda de sangue mas...o médico falou que era normal, que mulher perdia um pouco de sangue no começo da gestação. Ele pediu ultra som que foi normal aí ficou tudo bem, então foi uma gravidez normal. E7

...então eu não imaginava que eu ia passar por essa situação não porque eu tenho uma saúde excelente, meus exames que fiz controlando né, desde o primeiro mês e retornando sempre ao médico, todos os exames bons, mas quando chegou no sexto mês eu inchei de uma vez e quando olhou a pressão, ela estava lá nas alturas... E11

Mesmo porque no acompanhamento estava tudo tranquilo, não tinha aparentemente nada que tivesse risco né, alguma coisa de risco... a gente não tinha problema nenhum, também nunca passou mal como outras grávidas que a gente conhece. Estava tudo tranquilo... E10

Diagrama 3 – Esperando por uma gravidez normal

A outra trajetória é empreendida quando a família enfrenta uma gravidez complicada com intercorrências clínicas que representam risco para a vida da mãe e do feto. **Vivendo os transtornos de uma gravidez complicada** (Diagrama 4), a família sente as conseqüências decorrentes do agravo à saúde materna; nessa experiência, o casal vai se deparando com o risco da gravidez quando a gestante apresenta problema de saúde. A condição de risco é identificada não só pelo sofrimento do casal, mas também pela constante vivência e interação com a equipe médica, que sinaliza o risco e adverte que pode resultar na morte do filho antes e/ou após seu nascimento.

E o médico conversou comigo que eu tava correndo risco de vida, eu e a nenê, que a pressão tava muito alta e que ia ter que interromper a gravidez. E12

Eu ficava muito tempo no hospital, ia para casa e voltava ficava nessas idas e vindas tentando segurar, tentando controlar a pressão e tentando prolongar mais a gravidez. E8

Aí veio o médico e me disse que estava com uma gravidez de risco e o hospital da minha cidade estava sem pediatra e não tinha como cuidar de uma criança prematura....eu entrei em pânico, quando o médico me deu a notícia eu perdi totalmente o controle emocional. E11

No terceiro mês antes dela ganhar a nenê, a bolsa estourou e o médico falou: eu não posso te dar uma boa notícia e eu disse porque você não pode me dar? Porque o quadro é...super complicado, a nenê está sem líquido e com certeza ela ia nascer mas já sem vida e isso aí eu acho que foi o fim, assim naquela hora o fim, né. E10

O processo gestacional torna-se uma experiência difícil, pois o agravamento à saúde impõe à família situações diversas, como internações hospitalares recorrentes, exames constantes e uso de drogas que limitam a vida da mãe e da família, pois é necessário ir lutando para manter a gravidez. A gravidade da situação e a advertência médica sobre possibilidades de um desfecho ruim do processo levam o esposo a esperar pelo pior, achando que a esposa e o filho podem morrer na gravidez.

Para cuidar da saúde materna, o casal empreende todo o esforço possível e, às vezes, necessita da ajuda de familiares para deixar a casa e a sua cidade e para cuidar dos outros filhos, mas nem sempre recebe a ajuda necessária, faltando colaboração e entendimento da família. Por não entenderem o que está se passando no processo da gestação, os familiares, algumas vezes, não se dispõem a ajudar o casal, gerando até conflitos pela necessidade premente de tomada de decisão e de assistência adequada.

Gravidez mudando o cotidiano familiar ocorre ao longo de todo o processo, na tentativa de compatibilizar a vida com as demandas provenientes da maior necessidade de atenção e assistência à saúde da mãe e do feto. Os familiares

sentem as mudanças, pois têm de assumir as novas tarefas e se adequarem rapidamente a elas, sem, muitas vezes, tê-las executado antes.

Eu fiquei né... achei difícil né, eu vi ela (esposa) quase morrendo e a menina também a mesma coisa, se ela morresse era perigoso a menina morrer também. E9

Eles (familiares) não entenderam o que eu estava e como eu estava passando, não compreenderam como o meu estado de saúde era delicado e de risco na gravidez...não colaboraram comigo na minha vinda pra cá... tava vendo que eu não tava sentindo bem, que eu estava muito mal. E15

E isso mudou muito a rotina do meu esposo, do meu filho, então as coisas começaram a mudar de rumo porque todo mundo ficou desorientado. Ele (marido) teve que sofrer, chorar né... teve que ser mais participativo com o filho. E11

Já chegou dias que estava internada, chegou a médica e olhou o coraçõzinho dela quase de hora em hora e chegou a falar comigo assim: 'Ah! Essa menina não fica viva cinco minutos..'. Eu internada assim um tempão, eu cheguei a ligar pra ele (marido) e falar: 'Ah! O meu nenê está morrendo... aquele desespero... E8

Diagrama 4 – Vivendo os transtornos de uma gravidez complicada

Independentemente de como a gestação evoluiu, ou seja, se foi normal ou com risco associado, uma situação é comum aos pais: a interrupção da gravidez.

Tendo a gravidez interrompida inesperadamente (Quadro 2) é um momento de tensão para os casais, pois as condições de saúde da mãe e do feto não permitem que a gravidez venha a termo. O momento não é esperado, pois a gravidez transcorria normalmente ou, por outro lado, até podia se prever o desfecho em função das intercorrências clínicas presentes na gestação, porém sem que soubessem o que poderia acontecer durante e após o parto.

Eu não estava esperando, né, eu não estava esperando que vinha, né, nascer prematuro. Na hora para mim foi um choque muito grande. Fiquei muito assustada, com medo que viesse acontecer alguma coisa, né. E7

O médico já tinha falado que ia ser prematuro, poderia ser de 7 ou 8 meses, mas eu não sabia o que era isso. E6

O parto foi no leito, na cama, eu tive ela sozinha, não tinha ninguém perto de mim, só a enfermeira. A médica quando chegou disse: não fica com muita esperança não porque daqui a pouco ela vai se acabar...sobre acesso, ela está mexendo sobre acesso. Aí me tiraram da cama suja e a médica ficou mexendo com ela, de repente ela passou numa incubadora e foi pro berçário. E13

QUADRO 2 - Tendo a gravidez interrompida inesperadamente

CÓDIGOS	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<p>Sendo muito rápida a gravidez Bebê nascendo prematuro três meses depois do diagnóstico Tendo a gravidez interrompida de forma brusca Sendo a gravidez muito curta Levando um susto com o corte brusco da gravidez Tendo pouco tempo de conviver com a gravidez Não esperando que a gravidez terminasse tão de repente Passando por uma situação difícil por ter tido uma gravidez interrompida Médico falando que teria de interromper a gravidez Tendo que interromper a gravidez, pois a pressão estava muito alta Não agüentando mais manter a gravidez Não sentindo condições físicas de segurar a gravidez Não dando conta de perceber o que foi a gravidez propriamente dita por ter sido curta Filho nascendo com 25 para 26 semanas de idade gestacional</p>	<p><u>Não conseguindo manter a gravidez</u></p>	<p>Tendo a gravidez interrompida inesperadamente</p>
<p>Sendo um parto difícil Passando muito medo e aperto no parto Ficando assustada na hora do parto Tendo um parto sofrido e difícil Não se apavorando, mesmo sabendo que o parto era de alto risco Apegando-se a Deus na hora do parto Chorando depois que a filha nasceu Tendo um parto um pouco complicado Ficando assustada na hora que disseram que ia ser cesárea</p>	<p><u>Passando por um parto difícil</u></p>	
<p>Vendo que a gravidez foi muito delicada Entrando em pânico com a notícia do médico Sendo um choque ter a situação de gravidez de risco Tendo a necessidade de vir para BH pela situação da gravidez Tendo um choque tremendo com a notícia do médico sobre a gravidez Sentindo medo e insegurança com a situação da gravidez Perdendo o controle da situação Sendo muito difícil a experiência da gravidez e do parto Sentindo muito medo e insegurança na gravidez e no parto Sentindo coisas que não sentiu em gravidez anterior</p>	<p><u>Enfrentando a gravidez e parto prematuro</u></p>	

A ocorrência de um parto prematuro proveniente da gravidez interrompida é a causa do nascimento de uma criança prematura e, ao mesmo tempo, o que leva os pais a entrar no mundo da prematuridade com suas características, riscos e conseqüências.

Ao iniciar a experiência no contexto da prematuridade, logo após o parto ou ainda na sala de parto, os pais não acreditam no que vêem, diante do filho diferente do esperado por eles: Fenômeno 2 – **DEPARANDO COM A PREMATURIDADE DO FILHO**. Na experiência familiar, há a identificação da sua condição e do seu significado para a vida do filho, o que leva os pais a vislumbrar o futuro desse bebê.

Por meio da comparação, os pais vêem o seu bebê **identificando o filho como prematuro** (Diagrama 5). Em vendo que o filho não é igual aos outros ao nascer, percebem que o bebê é diferente daqueles nascidos a termo ou de gestações anteriores pois, além das diferenças físicas, os pais não podem pegá-lo no colo e levá-lo para casa. Há necessidade de passar por uma fase de adaptação no hospital. A interação com o ambiente hospitalar e com a assistência contribuem também para a percepção da sua condição clínica. Choca os pais vê-lo com tubo endotraqueal e usando aparelhos para sanar as dificuldades respiratórias. Comparam, ainda, o filho considerando a necessidade de cuidados, dizendo que o prematuro é diferente do filho de nove meses, uma vez que, para a mãe, ele exige mais cuidado pois é pequeno, sensível, delicado e não recebe os cuidados maternos como um bebê a termo.

Foi muito difícil, eu fiquei muito assustada com ela no berçário sem saber o que podia acontecer. E7

Eu não acreditei quando entrei no berçário, que eu vi ela minhas vistas até escureceu, eu estava andando devagar por causa de cesariana; eu levei um susto. Eu não acreditava assim muito pequenininha, cheia de aparelho. Eu achei que só Deus pra ter misericórdia. E9

Ela pesou 690g, muito pequenininha, me deu desespero, eu falei assim: minha filha não vai sobreviver. E8

Mas mesmo no canguru a gente passa aperto, esses meninos quer mais cuidado, é muito pequenininho. O prematuro quer mais cuidado que um menino que nasce de 9 meses, é mais fraquinho, tudo nele mais sensível. E9

Diagrama 5 – **Identificando o filho como prematuro**

A dúvida quanto à sobrevivência se manifesta e, em **temendo pelo filho prematuro** (Diagrama 6), os pais vão tendo medo de o filho morrer. Esse sentimento é intensificado a partir da fala dos médicos sobre o prognóstico da criança, de sua condição física e clínica e das intercorrências graves, como parada cardiorrespiratória e infecções que deixam os pais atentos, pois tudo pode acontecer em qualquer mudança do seu estado de saúde.

Ah! Foi muito ruim, eu fiquei assustada na hora. Falaram que era prematuro, aí eu fiquei com medo, me deu medo assim de... Ah! sei lá... eu fiquei com medo de perder eles, não com vim com vida... E3

Ah! O meu medo era que ela morresse, tadinha. Esse parto foi difícil, passei muito aperto e medo... foi muito difícil. E7

Em temendo pelo futuro do filho prematuro, os pais ainda manifestam medo de que o bebê fique com algum problema de saúde após sair da fase crítica da evolução pós-natal. Ao se deparar com a fragilidade biológica do prematuro, os pais vão tendo dúvida e medo em relação a capacidade de cuidar do filho, sentem insegurança em relação ao filho que é totalmente dependente de cuidados especiais, uma vez que já identificaram a sua condição que o caracteriza como diferente do bebê a termo.

Não é como os outros que pode cuidar com mais facilidade. Qualquer coisinha é preocupante aí...é mais complicado um pouquinho. E2

Só que depois que ela nasceu eu fiquei com medo dela sobreviver e ficar com problemas, problema mental sabe, esses negócios assim. E13

Será que eu vou saber olhar para ela e ver a hora que...se ela vai ter algum indício de uma apnéia, alguma coisa? E4

Diagrama 6 – Temendo pelo filho prematuro

Os sentimentos que os pais externam em relação ao filho que nasceu de forma diferente do que era esperado, **passando pelo impacto da prematuridade** (Diagrama 7), mostram a busca da explicação e dos motivos que levaram ao nascimento antes do termo. Procuram saber o porquê do acontecimento, o que pode ter ocorrido com a mãe e com o filho. Procuram descobrir o que possam ter feito de errado ou que deixaram de fazer para chegar ao resultado que tiveram. Assim, apresentam-se tendo dúvida e culpa diante do parto prematuro. Em meio à dúvida, surge o sentimento de perda do filho idealizado e de culpa pelo que aconteceu, e qualquer atitude ou ocorrência anterior ao parto é colocada como possível responsável pelo fato.

Nós sentamos e aí... espera aí o que está acontecendo mesmo? Será que a gente tem alguma esperança com a nenê? Aí veio o diagnóstico, dia após dia a luta que a gente.. .pra mim, pra ela pra compreender o sentimento que a gente tinha de perda e até mesmo de culpa por ter feito alguma coisa errada prá nenê ter nascido assim... No caso a gravidez a gente teve pouco tempo de realmente conviver, porque ela trabalhava numa área e eu em outra, então a gente tinha mais tempo nos fins de semana. Um pouco dessa culpa também é que ela tivesse se sentindo muito sozinha também. Eu não sei o que eu possa ter feito alguma coisa de errado que acabou complicando né... não sei o que aconteceu realmente. E10.

Então foi uma experiência... assim que não adianta pai, mãe, irmã que estejam longe te falarem assim eu sei o que você está passando... não sabe... só quem tá aqui vivendo, só quem tá aqui convivendo é que sabe... E4

Diagrama 7 – Passando pelo impacto da prematuridade

Quando eu vi ela...toda entubadinha, cheio de aparelho foi um choque muito grande, mas depois né... eu fui me adaptando ali, conversando né... conversava com as outras mães, né...então eu fui me adaptando mais, pedindo a Deus pra tudo dar certo, né. E7

Peguei muito com Deus, orava, lia a Bíblia,voltava de novo e olhava de novo e não acreditava, ela era mínima, então é muito difícil, mas o tempo foi passando... E8

Um cansaço, cansaço... Eu fiquei muito, muito cansada, mas ao mesmo tempo é uma coisa estranha, ao mesmo tempo em que eu me sentia fraca, tão fraca, quando eu chegava aqui, que via a E. dentro da incubadora precisando mais de mim aí nessa hora a gente... vem uma força, não sei de onde né, é de Deus né, para sustentar a gente. E1

Diante da situação vivida, os pais procuram amparo na fé, para se sustentarem na luta pelo filho. Vindo a fé e a esperança para lutar pelo filho revela que acreditam na sua sobrevivência. Procuram apoiar-se na fé para vencer os seus sentimentos de medo e insegurança e encontrar forças e para enfrentar os momentos difíceis.

O contato intenso com a condição do filho ao nascer, ou seja, a sua aparência frágil e a saúde sensível, associado ao medo das consequências que essa condição possa trazer, encontra-se na categoria **certificando-se da fragilidade do filho** (Quadro 3), que sinaliza a necessidade de se adequarem à situação.

Então eu cheguei no berçário e vi aquele serzinho tão pequenininho, tão indefeso, aí que vontade de pegar a B., pegar no colo, dá aquele carinho... E 4

Ah! Eu achei muito pequenininha quando eu vi..., ainda comentei com a pediatra é pequenininha demais...o meu marido achou muito pequenininha também, quando viu ele disse, nossa! Mas essa é minha filha, ela tão pequenininha... E12

QUADRO 3 - Certificando-se da fragilidade do filho

CÓDIGOS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
Vendo a criança pequena e frágil Ficando com medo porque falaram que era prematuro Vendo que o prematuro é mais fraco e tudo nele é sensível Vendo a filha como um “serzinho” tão pequenininho e indefeso Vendo a filha frágil e pequena demais Tendo medo do prematuro Ficando com medo porque é criança de risco Ficando com medo porque o médico disse que é difícil criança assim pequena Pensando na filha como um bebê pequeno	Vendo a condição frágil do filho	Certificando-se da fragilidade do filho
Sendo preocupante qualquer coisinha Sentindo insegura por ser tão pequenininho Ficando assustados com qualquer coisinha Ficando com medo porque é criança de risco Sentindo preocupação pelo bebê ser tão pequeno Estando ciente que ele é um ser totalmente dependente de você Vendo que os meninos pequenos requerem mais cuidados, pois é muito pequenininho Mãe vendo que o mundo ia cair sobre sua cabeça quando soube que a filha teve uma parada Vendo que filha requer muito cuidado e que todo cuidado é pouco	Preocupando-se com a fragilidade do bebê	

A percepção do significado da fragilidade, que é uma das características da prematuridade, o medo da sua morte e a esperança, mesmo diante de um quadro

de saúde difícil, levam os pais a procurarem estratégias que favoreçam a recuperação e a sobrevivência do filho. Essa atitude da família representa a busca do equilíbrio perdido no momento de identificação da fragilidade do filho.

No começo, eu achei que não ia dar conta, principalmente no dia que eu cheguei no hospital ela teve uma parada de 25 segundos, que a médica falou comigo que ela podia fazer já tinha feito e que daí para frente era só ela (nenê) e Deus. E13.

A primeira estratégia, ou a estratégia possível, para os pais é dar prioridade à criança, deixando tudo e fazendo o sacrifício necessário para lhe garantir a vida. **Priorizando a vida do filho** (Quadro 4) é uma estratégia colocada na vida dos pais, uma vez que desejaram e aceitaram a vinda da criança. O amor pelo filho leva os pais a dar prioridade à vida e ao bem estar dele. Em situações em que houve grande sofrimento e uma sensação muito próxima de perda, a sua vida tem valor inestimável.

A vida girou em torno disso a minha principalmente, tudo pra nenê e pra N. (esposa). E10

Mas o importante são eles, os bebês sair daqui bem. Eu concordo com ela, eu acho importante o pai ou a mãe, enfim os pais, eu acho que não importa o sacrifício que eles possam fazer pelos filhos, sabe. O filho, na vida da gente é tudo, o filho é tudo, não importa o sacrifício que você vai fazer, o filho vale a pena. E3

Ah! O amor que eu sinto por ela porque é uma maravilha muito grande o que Deus colocou na minha vida. Uma benção muito grande então eu sempre quis ficar pertinho dela, se ela ficar perto de mim ela vai desenvolver mais rápido, e tanto que eu não fui pra casa, o médico deu alta e eu falei que eu ia ficar. E12

QUADRO 4 - Priorizando a vida do filho / Ficando dispostos a agir e a ficar perto do filho.

CÓDIGOS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
Lutando pelos filhos Não importando o sacrifício que faça pelo filho Considerando o filho tudo na vida Mãe tendo filha como um ser muito importante para ela Valendo a pena o sacrifício pelos filhos Mãe passando a se moldar à situação de ter uma criança pequena Não pensando mais em si, mas no bebê. Fazendo tudo pela criança Esquecendo-se do marido, da mãe e da irmã por causa da filha. Pensando que a filha ia precisar mais da mãe, pois as outras estavam bem. Vendo que a filha pequena precisa mais da mãe do que as outras filhas Mãe abandonando o trabalho para cuidar da filha Passando a viver para a filha e o marido e mais nada Fazendo tudo por causa da filha Dizendo que foi o amor pela filha que a levou a agir e fazer tudo por ela	<u>Colocando a vida e o bem-estar do filho como prioridade</u>	Priorizando a vida do filho
Casal vendo que tudo que passaram os colocou disponíveis para agir pelo nenê Vendo que tudo o que aconteceu os levou a fazer tudo pela filha Tendo toda disponibilidade em função do nenê Tendo toda a vivência dentro do hospital em torno da filha Considerando que o que é mais importante é o que acontece com a filha Tendo como prioridade tudo o que ocorre dentro do hospital com o nenê Ficando até a meia-noite no hospital para tirar o leite para a filha	<u>Colocando-se disponíveis para o filho no hospital</u>	Ficando dispostos a agir e a ficar perto do filho
Ficando sempre disponível para a filha e para a esposa, pelo prazer de ser pai Casal dando o máximo para poder ter a filha junto deles Enfrentando tudo pela felicidade de ter um filho junto deles Querendo sempre ficar perto da filha Sentindo vontade de estar com a filha Sentindo vontade de proteger e fazer todo o possível e o impossível pela filha Ficando dentro do hospital para ter o prazer de acompanhar e sentir a criança Ficando perto da criança para passar amor Ficando perto para ver como a filha está sendo cuidada	<u>Ficando disponíveis pelo prazer de estarem junto do filho</u>	Ficando dispostos a agir e a ficar perto do filho

Ao priorizar a vida do prematuro, os pais se colocam disponíveis e por causa do bebê, vão **ficando dispostos a agir e a ficar perto do filho**. Pela satisfação de ser pai e por tudo o que passaram anteriormente, eles assumem que devem agir e

acompanhar o filho no hospital. É uma vontade natural querer investir naquilo que desejavam e também assumir, o mais rápido possível, o cuidado com o filho prematuro tendo ainda a atitude de vigilância quanto a tudo que lhe possa acontecer dentro do hospital.

E veio a vontade natural de estar com ela, de proteger ela, fazer todo o possível e, se possível, fazer o impossível também, né. Assim dá o máximo da gente para poder tê-la com a gente. Olha mesmo vendo ela tão pequena, tão frágil, como eu disse do fio de esperança, nós investimos nisso. A gente investiu naquilo que a gente queria. E10

As outras também precisam é claro, mas no momento a E. (bebê) esta precisando mais... não é que se ela tivesse no berçário que ela não estaria cuidada mas eu cuidando é outra coisa. E7

É ficar com a nenê. Só tá longe de casa mas isso a gente espera. Quando tem necessidade a gente agüenta que ela fique fora de casa para poder ajudar...ainda mais com uma criança dessa, quem é que vai querer ficar longe dela? E9

A constante interação com a equipe de saúde da unidade neonatal, identificada em **tendo indicações da equipe** (Diagrama 8), provoca predisposição e dedicação dos pais. Nesses contatos, eles vão tendo explicações sobre a condição do filho, sobre a evolução de sua saúde e sobre a importância do MC para o seu crescimento e desenvolvimento, ao mesmo tempo que vão recebendo indicações da equipe para o canguru. Muitas mães não precisam da indicação da equipe, pois ficam internadas como acompanhante do filho, aguardando a sua estabilização clínica para, então, assumi-lo dentro da enfermaria canguru. A vivência e a interação com outras mães cangurus dispensam a indicação da equipe, que só sinaliza que o bebê já pode ficar junto da mãe na enfermaria.

Teve um dia que cheguei e ela tava com tubo no alto risco aí a F. (médica) conversou muito com a gente... então toda manhã ela chegava e explicava que ela estava melhorando, que ia sair do tubo, e não sei o que... E5

Partiu da Dra. E., eu cheguei um dia no berçário e comecei a ver a pediatra com pediatra explicando ah! Isso aqui está ótimo, isso aqui... o nenê ta bem aí ela foi e me ofereceu o canguru. E5

A enfermeira explicou também, no dia que falaram eu já fiquei aqui, não voltei para casa. E eu decidi ficar aqui, igual ela falou: sua filha está com baixo peso, se você entrar no canguru, o peso dela vai subir e com uns 10 a 15 dias você pode ir embora. E6

Depois de muitas recaídas ela foi melhorando aí a Dra. C. (médica) falou que estava com previsão de ir para o canguru. Eu já tinha vindo aqui (enfermaria canguru), já tinha conhecido, já estava sabendo como era aí eu fiquei numa felicidade imensa. Porque dar carinho, cuidar e ficar comigo, e eu ficava contando os dias, é hoje, mais um dia, mas outro aí eu fiquei na expectativa de esperar para vir. E8

Diagrama 8 – **Tendo indicações da equipe**

Apesar de estarem certos do caminho junto ao filho prematuro e de se colocarem à disposição para ficar com ele, tendo a possibilidade de participar do MC como estratégia para tal intento, a experiência vivida mostra que a família passa por um momento de decisão de assumir o filho de acordo com a metodologia indicada. A tomada decisão não ocorre sem passar por um dilema, pois de um lado está o prematuro e do outro, a vida familiar, que, com a nova demanda, deve sofrer transformações.

Tal experiência está contida no Fenômeno 3 – **VIVENDO A DECISÃO E A EXPERIÊNCIA JUNTO DO FILHO.**

Para tomarem a decisão, os pais consideram o filho especial como mostra a categoria **necessitando estar junto do filho** (Diagrama 9), porém, para isso, é preciso permanecer no hospital. A necessidade estar junto do filho de maneira integral é uma exigência que tem repercussão para os pais, ou melhor, para vida familiar e para o seu cotidiano. A mãe vai precisando ficar no hospital pelo filho, sem saber quanto tempo levará para ter alta hospitalar. A duração da permanência materna no canguru varia a depender da condição clínica do bebê, da interação mãe-filho e independência materna para o cuidado. Nesse momento, a família apresenta um movimento dinâmico funcional, ou seja, inicia transformações estruturais para atender a demanda oriunda das necessidades do filho prematuro.

Depois que nasceu, aí eu fiquei triste, ela foi para incubadora, não pude pegar o meu bebê. Eu não pude levar pra casa, igual todo mundo leva e aí eu fui ver que não é a mesma coisa, eu não posso pegar ela e levar para casa. Eu tive que voltar, acompanhar...eu tive ter uma fase de adaptação para ela... E5

É ruim aqui, mas resolvi ficar assim mesmo, porque minha filha precisa de mim, eu vim por ela. E6

Ao mesmo tempo, os pais entendem que o método pode favorecer não só o prematuro mas também, a condição da mãe. A forma como se desenvolve o canguru, registrado no capítulo 1, possibilita ao casal, principalmente à mãe, ir percebendo que o método pode favorecer a mãe e o filho, uma vez que o bebê pode ter um ganho de peso mais rápido e ter alta hospitalar precoce, e a mãe não precisa ir ao hospital todo o dia, o que pode favorecer ainda a recuperação pós-parto, dentre outras vantagens.

É bom né, pra ficar mais fácil pra nenê ganhar mais peso pra poder ir embora mais rápido. E9

Ficar no canguru é muito melhor do que ficar indo e voltando, ela cansa mais e aqui ela fica mais tranqüila porque está perto da nenê direto. Para S. ficar andando a pressão sobe também, ela incha os pés e até para a cesariana também...é melhor. E9

...fazendo o canguru com ela lá dentro, mesmo dentro do berçário, eu sabia que ela ia ter mais resistência, ganhar mais força, crescer e ganhar peso. E1

Diagrama 9 – Necessitando estar junto do filho

A necessidade de permanecer com filho no hospital e, ao mesmo tempo, deixar os demais membros da família, domicílio, é uma situação conflitante, principalmente a mãe, que passa por momentos de indecisão, **sentindo-se dividida** (Diagrama 10). Em ficando sempre dividida pelos filhos, a mãe revela que o maior motivo da indecisão é o fato de ter que deixar os outros filhos em casa, mas também revela que, se ficasse em casa, iria ficar dividida pelo filho prematuro. Para ficar no

hospital integralmente, a mãe tem de passar pela experiência afastando-se da família, e isso é sentido também por aquelas que não têm outros filhos, pois deixam em casa o esposo ou o companheiro e demais familiares.

... eu ficava dividida, eu ficava lá em casa, eu ficava pensando aqui. Ficava aqui pensando lá em casa com minha filha... com as duas e tudo... então ficava dividida. Eu fiquei dividida, mas eu decidi a vir porque eu acho que ela precisava mais de mim, naquele momento ela precisa mais. Então eu não podia olhar para mim, eu tinha que olhar para a necessidade dela. E16

O que não foi muito bom foi a distância da minha mãe e minha irmã. Minha mãe ficou triste porque mora longe e não tinha como vir aqui, e eu ficava triste de saudade do pessoal. E 18

Tudo gira em torno do bebê, a vida é o bebê. A mãe pode estar junto e cuidar dele, mas a sua vida fora pára. E5

Quando vai para o canguru você não tem mais é nada, você tem que ficar ali por conta do bebê. A vida é só o bebê. E11

Eu fiquei meio dividida um tempo, mas ao mesmo tempo que eu estava aqui, eu pensava: a A. (outra filha) já está grande, já está forte e a E.(bebê) que está aqui dentro, ela precisa mais de mim. E1

Diagrama 10 – Sentindo-se dividida

A permanência no MC implica o total afastamento da vida pessoal e da família, pois a mãe tem de ir vivendo só para o filho no hospital. Tudo gira em torno do bebê. A mãe pode estar junto e cuidar dele, mas sua vida fora pára. A mãe percebe a exigência, que a segrega de sua vida pessoal, familiar e social.

Na categoria **dando prioridade ao filho para o canguru** (Quadro 5) está a decisão dos pais de participar do método. A disposição da mãe mostra a prioridade dada ao filho quando o casal não menciona ou questiona como fica a família e suas necessidades. O filho é o único motivo que a leva a optar pelo MC, mesmo tendo consciência de que tudo vai ficar para trás. A sua saúde e o seu bem-estar são enfatizados, mas é também pela oportunidade de ficar perto, após longo tempo de separação, que os pais vão viver uma condição idealizada até antes do nascimento.

Mas no momento eu pensei que a E. (bebê) ia precisar mais de mim que as outras que estava, né... Estava bem, com saúde, graças a Deus. A E. também estava, mas no momento... E7

Eu não pensei em outra coisa, eu pensei mesmo nela, ela está necessitada, eu tenho que vim mesmo, aí eu fiquei de uma vez...E6

QUADRO 5 - Dando prioridade ao filho para o canguru

CÓDIGOS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
Vindo para o canguru pela vontade de ver a filha se recuperar mais rapidamente Esposo indicando a necessidade de assumir pelo bem da filha Sendo o que mais queria depois de tanto tempo e sofrimento era ficar com a filha. Tomando a decisão de ficar no canguru pelo bebê Ficando doída que chegasse a hora de vir para o MC Não querendo deixar o filho na incubadora Não querendo deixar o filho sozinho e sem atenção completa. Questionando se o filho teria a mesma recuperação se ficasse no berçário Questionando se o filho ia engordar da mesma maneira que no MC se ficasse no berçário Achando melhor o MC para cuidar, dar peito e ficar dia e noite. Sendo melhor para mãe e filha ficar no MC mesmo sabendo que ia deixar as outras filhas	<u>Tendo o filho como</u> <u>único motivo para o</u> <u>MC</u>	Dando prioridade ao filho para o canguru
Não tendo dúvida em vir para o MC Tomando a decisão de ficar no MC Decidindo permanecer no MC sem ouvir o marido e a mãe Pensando em ficar, mesmo antes do marido ter respondido por ela Aceitando ficar no mesmo dia da proposta para o MC Ficando na expectativa para vir para o MC Ficando numa felicidade intensa ao saber que iria para o MC	<u>Tendo certeza da</u> <u>decisão pelo MC</u>	

Dando prioridade ao filho para o canguru mostra que a opção de ficar próxima do bebê pela internação conjunta, não isenta a família de situações que facilitam ou dificultam a sua escolha.

A experiência evidencia que mais especificamente a mãe, ao ficar 24 horas dentro do hospital, tem de viver **submetendo-se ao cotidiano do canguru** (Diagrama 11). Ela passa por dificuldades no cuidado com o bebê, sente muito cansaço pela rotina diária e, além disso, tem de conviver com os transtornos da imaturidade do filho.

Diagrama 11 – **Submetendo-se ao cotidiano do canguru**

Ao entrar para o MC, a mãe não tem previsão de quanto tempo passará dentro do hospital. A permanência pode ser longa, incluindo períodos de internação durante a gravidez (se necessário), o parto e o acompanhamento do filho na unidade neonatal. Assim, quando chega ao MC, a mãe já está cansada de uma luta que ainda não terminou. O sentimento de tristeza em relação ao filho e ao afastamento da família, o cansaço, o desgaste, a impossibilidade de descanso, principalmente à noite com a rotina do cuidado, são queixas frequentes que, associadas à dificuldade no manejo do bebê, fazem as mães viverem o MC com sofrimento, sentindo tristeza e cansaço.

Eu fico um pouquinho cansada, mas dá para levar. E2

Ah! Vinte dias aqui tem coisas boas... mas assim vem um cansaço que não deixa de ser depois de tanto tempo e direto. E12

O que eu acho interessante são os horários da dieta que você levanta de 3 em 3 horas e aí fica estressante...a mãe fica tão estressada, tão estressada, tão cansada e só o bebê que é beneficiado mas ele precisa da gente...só que a gente fica extremamente estressada e junta tudo, o seu psicológico, a saudade. Aqui, infelizmente, você não tem resguardo, você anda o dia inteiro. E11

Além do cansaço e da tristeza, as mães apresentam-se tendo dificuldades no manejo e na amamentação do filho. Essas dificuldades relacionam-se ao baixo peso do bebê ao fato de ele não conseguir manter calor e sugar, o que leva a mãe a ter medo e insegurança para pegar e cuidar do filho, principalmente no que diz respeito à técnica de alimentação. A dificuldade para sugar e a baixa produção láctea trazem grande tensão à mãe pela forte ênfase na amamentação no MC. O grande conflito e o medo de não conseguir amamentar diante das primeiras dificuldades são muito comuns entre as mães, porém elas vêem, após certo tempo, os seus temores vencidos pela habilidade adquirida não só por ela mesma, mas também pelo filho. Manter o calor corporal pelo contato pele a pele, o maior tempo possível, traz também desconfortos, que se manifestam por meio de queixas de calor intenso, incômodo no posicionamento canguru (os pés do bebê machucam a região do umbigo da mãe) e dor nas costas, após algum tempo de posicionamento. Diante dos desconfortos, as mães evitam colocar o filho pele a pele ou o mantêm por pouco tempo na posição canguru.

Para mim foi uma experiência nova. Eu não imaginava o que era o canguru, mas pra mim foi uma experiência nova e... eu gostei no início, mas depois comecei, eu e a bebê, a sentir muito calor, que esquentava... dá uma dorzinha nas costas... E11.

O que pesou aqui foi a questão da insistência de dar de mamar de 3 em 3 horas, vão insistir na colherzinha e elas ficam no pé mesmo...mas tem hora que é difícil, de madrugada, 3 horas da

manhã, as vezes com sono, tem de pegar e dar o peito, a criança as vezes fica irritada porque vai insistindo muito. A questão de tirar o leite é complicado também quando as vezes a gente não tem a quantidade que elas esperam que tem e ficam cobrando... E8.

Teve um dia que ela não conseguia mamar aí me pegaram de 8 até as 5 da tarde e apertava o peito, colocava o rosto dela, eu falei assim eu não estou agüentando mais não, toda hora é a mesma coisa. Está tranqüilo agora, mas teve um dia que eu falei assim credo isso é tortura, tão torturando eu e ela. E5

O medo e a dificuldade em relação ao cuidado do filho somam-se, ainda, à percepção e à constatação da mãe de que ainda há riscos para a saúde dele. Após ter alcançado a estabilidade clínica, o prematuro pode ainda apresentar alterações provenientes da sua imaturidade e a mãe vai vendo riscos para saúde do filho. Nesse sentido, ela sente medo e tem dúvidas, pergunta se o bebê vai ter mais problemas, ficando atenta a qualquer sinal de alteração, mesmo porque é orientada para isso.

Fico com medo. Tenho medo dela chegar a ter alguma coisa, dela chegar a ter febre, voltar a ter infecção. Aí eu fico atenta, o que eu vê de errado, eu to comunicando, falando o que está acontecendo. E7

No canguru também tem os imprevistos tem o episódio do engasgo da J.(bebê) após duas horas da dieta... ela eliminou leite pela boca e nariz e foi ficando roxinha... aí teve de ir para o berçário. Depois que ela voltou, eu fiquei com medo até de ir ao banheiro, tomar água e deixar ela lá sozinha e acontecer de novo... E8

Assim, a mãe vai sofrendo e sentindo culpa pela saúde do filho. Por estar mais intimamente com o bebê, por ser responsável por ele, tendo ainda passado por momentos difíceis durante a sua condição de instabilidade clínica, a mãe fica apreensiva e sofre quando há manifestação de qualquer agravo na sua condição. Um engasgo é motivo para susto e medo de que possa afetar a criança, levando-a a

condições anteriormente vividas. O sentimento de culpa diante desses episódios estimula a mãe a cobrar muito de si mesma, uma vez que passa a se responsabilizar pelas intercorrências que surgem com o seu bebê no MC.

No dia que eu não pude fazer o canguru que eu estava passando mal de mais é... ela perdeu 40 grs de peso. Eu falei: Oh! Meu Deus foi porque eu não fiz o canguru e a pediatra falou assim: por pouco a senhora vai achar porque não fez o canguru ela perdeu 40 grs, mas não foi, foi por causa dela mesma, dos problemas dela mesma que ela teve, que ela perdeu peso, mas foi justamente no dia antes, eu não tinha feito canguru, cada vez que eu fazia ela ganhava umas gramas e, no dia que eu não fiz, ela perdeu aí da uma sensação assim de culpa mesmo.E1

Pelo filho prematuro, a mãe tem de viver no hospital e, por tempo indeterminado, como já foi descrito anteriormente. Essa condição mostra que a experiência nem sempre é agradável, sendo ruim e estressante a permanência no hospital, pois a vida se resume ao filho. As mães, às vezes, sentem-se presas dentro do hospital e, portanto, não é fácil suportar quando o período se torna longo, acima de 20 a 30 dias. O dia a dia é marcado pelas rotinas repetitivas de atenção ao filho e pela evolução lenta por parte dele, o que faz com que a mãe fique muito estressada. À medida que aumenta os dias de permanência no hospital, a ansiedade para ir embora também aumenta, e o tempo parece estacionar, pois, além da rotina vivida, a saudade e a preocupação com família batem muito fortes.

Pra mim está ruim demais. Ter de ficar presa aqui dentro desse negócio aqui, aí que coisa horrível! É ruim ficar presa né, mas ficar presa para dar resultado... E6

A demora, as vezes, o ganho de peso que é lento e a vontade de ir para casa que as vezes aperta e aqui a gente tem que ficar 24 horas direto, então tem horas que aperta....aqui dá ansiedade porque o tempo não passa, não passa de jeito nenhum. E8

Ah! A rotina é meio paradona, né, meio parada, eu estou acostumada ficar fazendo as coisas e aqui tem que ficar parada.E7

Realmente dá muita ansiedade, dá muita angústia, dá muita tristeza, há momentos que a gente chora, há momentos que a gente olha para trás e pensa, Meu Deus, o que eu estou fazendo aqui? E11

Saindo do âmbito da vivência da mãe e do filho no MC, a categoria **tendo a vida transformada** (Diagrama 12) evidencia que a vida da família é transformada pela nova demanda que surge na escolha pelo método.

Diagrama 12 – **Tendo a vida transformada**

A transformação está na separação entre o casal, entre mãe e filhos e outros familiares, e é percebida desde o momento da decisão pelo MC. A vivência mostra, porém, o quanto a família sente a separação, uma vez que, em muitos casos, é a primeira vez que se separam.

A mãe distante da família fica privada do convívio e das relações de amor e afeto, sentindo-se carente. Refere saudade e queixa da ausência do esposo, que muitas vezes tem dificuldades para ir ao hospital devido ao compromisso de trabalho, à distância do local de moradia, às tarefas domésticas e ao cuidado com os outros filhos.

Agora o lado ruim é ficar longe da família, saudade da família né... é ruim ficar trancada no hospital. E16

Então fica bem claro que os maridos precisam dar apoio a esposa de conversar, saber ouvir e saber também que a mulher é carente de tudo, não é só vim visitar e sair correndo. E11

Agora a queixa que eu fiz para foi essa, sentindo falta das meninas, da minha casa, sentindo falta de fazer as coisas, ficar só atoa aqui e sentindo falta dele também. E7

Por outro lado, a família também sente a separação. Em familiares sentindo a ausência da mãe em casa a ausência materna gera dificuldades para parentes idosos e dependentes, para o próprio esposo, que depende da esposa para administrar o trabalho que realizam em conjunto, e ainda sobrecarga para aqueles que tentam ajudar o casal durante a permanência no MC. Os filhos reclamam a ausência constante da mãe e, em alguns casos, há necessidade de separá-los para ficar com parentes próximos, levando-os a desejar muito o retorno materno.

A família fica esparramada e ele (filho) sente a falta dela. Pergunta pela mãe e quando ela liga lá em casa tem hora que ele não deixa a gente conversar no telefone. E9

A menina ficou na casa da sogra, as vezes ela reclamava porque eu tava fora o tempo todo...Ela não sentiu muito porque lá tem outras crianças, mas ela reclamava porque eu estava indo muito pra cá, para o hospital. E1

Para o meu filho, a separação para nós né, foi muito doloroso, eu fiquei hospitalizada 5 dias e vim pra cá direto sem vê-lo. Ficar no canguru é bom em prol do bebê porque a mãe faz tudo por um filho mas é doloroso essa separação. A família lá e a mãe no canguru dói muito. E11

Como consequência do isolamento materno no hospital, os filhos ficam tristes, aborrecidos ou agitados, e até alteram o comportamento, dificultando a missão de quem está cuidando deles na ausência da mãe. Mãe e filho sofrendo com a separação mostra que a possibilidade de se relacionarem é restrita, pois as normas do hospital não permitem um contato amplo e em tempo maior. Além da saudade, a mãe se preocupa com o estado de saúde dos outros familiares, com as atividades deles e com as queixas daqueles que assumiram suas atividades maternas. Essa situação gera ansiedade e repercute na vivência da mãe no MC.

A mais velha falou: ‘Ó, mãe, que dia você vai trazer a E. (bebê) embora.’ A pequeninha fica é me chamando: ‘Mamãe, eu quero mamãe.’ Ela sente falta, né. Para mim ficar aqui – eu fiquei bem pesarosa – para mim está bem difícil, porque eu nunca tinha separado delas antes assim. É ficar preocupada né, com medo de sentir né, pequeninha ficar sentida... E7

Então, quando a gente chega num lugar desse a gente já chega um pouco tensa, e o que mais me afetou foi a saudade... saudade do meu filho, porque ele é muito ligado a mim, saudade da minha família. E11

Por outro lado, o esposo ou companheiro também vai sentindo a ausência da esposa no lar, revelada através de um sentimento de tristeza mas, ao mesmo tempo, de alegria: vê que o filho está bem tendo a mãe por perto. A ausência da esposa no lar leva o esposo sentir-se solitário, principalmente se mantêm uma união bem sólida de amor e amizade. O relato é de que ela faz falta, fica um vazio que o deixa perdido sem saber o que fazer no dia a dia.

A gente sente sozinho. Às vezes eu sinto solitário, olho para um lado está vazio; olho para outro também está vazio dentro de casa. A gente sente solidão, principalmente se a gente gosta da esposa, né. E3

É em casa faz falta, principalmente no caso, nós somos muito amigos, unidos né, faz falta sim... A gente acostuma um brincando com o outro, e olho assim, cadê ela:... E5

Mesmo na solidão, o esposo tem consciência do que está se passando e vive, reconhecendo que a ausência da esposa é pelo filho. Reconhece que tem de estar juntos pelo desejo e compromisso de um para com o outro. Vê que é uma situação provisória, que não é uma fase ruim, pois pode levá-lo ao aprendizado. Pela luta que os casais empreenderam para ter o filho, o esposo reconhece a necessidade do afastamento e da solidão pela ausência da esposa no lar.

É ruim porque ela está longe, mas em termos dela estar aqui com a menina para mim não tem problema, não acho dificuldade porque ela está com a menina...E6

...está sendo uma experiência muito...uma experiência assim... em parte é triste porque você chegar em casa e não vê sua família, sua esposa né e saber que seus filhos estão internados ainda no hospital é triste, mas tem a alegria de saber que eles estão bem, que cada dia vai caminhando pra melhor aí então é... é alegria dum lado e da outra uma certa tristeza também. E3

A experiência da família no MC também leva à interferência na vida do casal como está indicado na categoria **havendo cobrança entre o casal** (Diagrama 13). A separação, às vezes, por um tempo considerável e o enfrentamento das condições presentes na evolução do filho, nem sempre tranquila, trazem algum desconforto na relação entre os cônjuges.

Diagrama 13 – **Havendo cobrança entre o casal**

A vivência no MC leva o casal à cobrança dos papéis de cada um. Assim, o esposo aparece cobrando responsabilidade pelo cuidado do filho. Ele confere à esposa responsabilidade pelo bem-estar do filho e também atribui culpa à mãe, caso venha acontecer algo de errado na evolução dele. À primeira vista, a cobrança parece pesada, mas é justificável pelo momento vivido, que é importante e decisivo para a vida do prematuro, pela possibilidade de agravo à sua saúde e, ainda, pela vivência com o filho na unidade neonatal.

Quando eu expliquei sobre a morte da menininha de outra mãe no hospital... ele(marido) falou assim: ta vendo se acontecer alguma coisa com ela (filha) a culpa é sua...olha o que tive que escutar e olha que eu já estava pronta para o canguru...tem que assumir, fazer o bem para a criança, tudo pela criança. E5

Ao ficar no hospital de forma contínua, a mãe depende do marido para que cumpra tarefas em casa como pode ser percebido em sentindo a ausência e a falta de iniciativa do esposo. Pode-se constatar ainda, que há cobrança por parte da esposa quando o esposo não consegue compartilhar os momentos difíceis, quer pela falta de iniciativa e maior interação, quer pela sua ausência no hospital. Ao considerar que o prematuro é uma criança pequena e com saúde frágil, é comum surgir intercorrências inesperadas e que nem sempre ocorrem no momento em que os pais estão juntos. Em momentos de maior gravidade, a mãe geralmente está sozinha, e isso a leva a sofrer e a requerer a presença do marido para com ele dividir o que está vivendo.

Eu falei para o G. que eu e a J.(bebê) podemos ter alta na próxima semana. Eu falei assim pra ver se toma iniciativa de pintar a casa. Se não for desse jeito não sai, ele precisa de um empurrão. A casa precisa ser pintada logo pra quando a gente chegar está tudo limpo por causa da J. (bebê). E8

Então eu falei assim com o médico: Você não vê que estou sozinha e minha filha passou mal várias vezes na minha mão. É muito difícil a responsabilidade de mãe sem o esposo, sem família para dividir. Eu estou sentindo uma carga muito pesada. Então é muito pesado... é muito pesado mesmo. E4

A forma de ser do esposo e de reagir em um momento difícil, pode mostrar, de forma enganosa, que ele não está tendo qualquer alteração diante do estresse. Em não conseguindo ajudar, apesar da cobrança da esposa, o esposo não manifesta ou não reage às situações conforme a esposa espera, o que traz certo conflito e gera cobrança pelo que cada um deve fazer. Diante de momentos difíceis, o que se espera é ação e reação diante do ocorrido, mas nem sempre isso acontece, e tais atitudes levam a esposa a ficar alterada e a reclamar, uma vez que ele não consegue atender aos seus anseios.

Eu fico calado sem reação, sem saber o que falo, às vezes, falo que ela vai melhorar, mas eu fico sem reação... e talvez com essa reação dele eu fico mais nervosa porque ele não fala, ele fica calado. E8

Então, a única pessoa que ela tem pra falar é só comigo. É ouvir, é dividir tudo, e se eu não fizer isso, com o tempo eu sei que eu vou ouvir isto: 'Você não tava presente.' A cobrança é muito forte depois. E8

Em canguru exigindo do pai e da família participação, atenção e paciência, evidencia-se que a cobrança da esposa ocorre não só em relação a ela, mas também em relação ao próprio filho. Por todo o processo vivido no método, em que a maior exigência está em relação à mãe, as esposas enfatizam que o MC exige que o pai e a família tenham participação, atenção e paciência com elas e com o filho. A presença do pai pode, indiretamente, beneficiar o filho, pois, ao dar atenção à esposa, contribui para a sua tranquilidade e segurança.

É importantíssimo a participação do pai e também o pai saber que o bebê precisa também de carinho do pai, ele já sente mesmo sendo prematuro...então assim quando o pai vem e ouve com carinho a esposa e ele passa aquele amor, a mãe fica mais tranqüila e ela passa muito mais amor pro bebê. E11

A luta pelo filho prematuro no MC é também permeada por condições que facilitam a vivência da família e possibilitam o alcance dos objetivos que os pais tinham antes de aceitar participar dessa estratégia de assistência.

As três categorias, **Vivendo o canguru com o filho e a família, Compartilhando a experiência com o esposo e Havendo afetividade entre pais e prematuro**, indicam que a mãe e o pai do bebê e os familiares vivem o método compartilhando a experiência, o que vem propiciar condições favoráveis ao casal para lidar com as consequências da prematuridade, bem como com as interferências

presentes no processo de assistência e na própria dinâmica que a família vive no método.

Pela categoria **vivendo o canguru com o filho e a família** (Diagrama 14), fica evidente que o MC possibilita a interação entre mães cangurus, entre elas e suas famílias e com a equipe de assistência, bem como permite as mães aprender a cuidar e estar junto do filho.

Diagrama 14 – **Vivendo o canguru com o filho e a família**

Compartilhando o canguru com outras mães, com a equipe e com os familiares caracteriza uma vivência muito próxima, em um mesmo espaço físico, com intensas trocas de experiências. São mães que têm trajetórias muito semelhantes, por isso é possível viver em uma interação que lhes permite sorrir, chorar juntas e dividir o peso dos momentos vividos no MC. As mães sentem-se fortalecidas com este compartilhamento de vivências. A família, principalmente o esposo ou companheiro, dá apoio e força por meio de conversas, conselhos, escuta de queixas e desabaços, e alguns familiares até ajudam no cuidado da casa, do esposo que fica

sozinho e dos filhos. O pai do bebê é o que está mais próximo, mas há variações quanto à sua presença, uma vez que tem motivos que explicam a sua ausência, como o trabalho, a ocupação com outros filhos e o fato de morar em outra cidade. A interação com a equipe de saúde também pode ser destacada pela ajuda contínua, compreensão e, principalmente, pela disponibilidade para conferir segurança à mãe.

Em casa eu estou sozinho. Mas eu fico na casa da minha mãe. Tem a prima dela que lava a roupa pra mim, então não tem dificuldade. Eu estou vindo todos os dias, tem o cansaço do trabalho, mas isso é o de menos, eu trabalho o dia inteiro e venho pra cá a noite. E6

Agora, ficar aqui no hospital é bem chatinho né, mas como eu disse é bom porque você vai vendo que tem gente com mais problema que o seu ainda, que o estado é mais grave aí que nem a gente fica aqui as mães muitas vezes vão passando uma tranqüilidade pra outra, aí até acalma um pouquinho e ajuda, facilita muito as coisas também... E1

...o relacionamento com as meninas(enfermagem) aqui é muito bom com a gente... elas são carinhosas. Que você precisar...se você não consegue dar a dieta toda, elas pegam o bebê dá o final da dieta. No final do dia... elas seguram o bebê pra gente... E5

Dentre as condições que se apresentam para a mãe e família no MC, a que mais se destaca e é vivida com toda a intensidade possível está em mãe ficando próxima e aprendendo a cuidar do filho. Permanecer com o filho no canguru é uma experiência agradável, pois atende aos anseios da mãe, pela separação que sofreu logo após o parto. Isso possibilita o acompanhamento direto do bebê, principalmente dos exames e avaliações médicas, uma vez que podem acompanhar diariamente a sua condição. Além disso, possibilita à mãe cuidar integralmente do filho, passando pelo aprendizado gradativo até tornar-se independente de ajuda.

Aqui é um aprendizado, a gente aprende a conhecer o nenê, por mais que a gente possa ficar no berçário o tempo todo com o nenê, não é igual aqui. Aqui a gente cuida praticamente sozinha do nenê, tem o auxílio das meninas, mas elas procuram deixar a gente com o nenê pra pegar segurança. Eu quando vim pra cá o meu maior medo era dar o banho nela. E12

Aqui eu aprendi tudo, vamos supor que eu não estou 100%, mas 80% eu estou. É... em casa não vai passar aperto nenhum (marido).E5

Na categoria **compartilhando a experiência com o esposo** (Diagrama 15), está a atuação do esposo junto à esposa e ao filho. Em recebendo apoio e força do esposo, a mãe recebe apoio desde o momento da decisão pelo MC. As manifestações de apoio vêm pela presença no hospital, pela preocupação com o bem-estar da esposa e do filho, pelo conforto diante dos momentos difíceis e pela tentativa de dividir os momentos vividos, ao possibilitar troca de idéias e informações sobre o bebê e a rotina no canguru.

Agora eu estou bem, estou tranqüila, o leite chegou, né e ela está mamando também, pegando melhor o peito. Para o W. [esposo] também está bom. Eu conversei sobre o leite, né, eu falei com ele que o leite tinha voltado. E6

O meu marido vinha também todos os dias aqui(hospital) depois que largava o serviço, né as seis horas, ele vinha pra cá e ficava comigo aqui até as oito, oito meia,nove horas da noite, então ele me apoiou o tempo todo. E1

Ah! Ele me deu maior apoio, né. Ele já falava você pensa se você vai querer ir se não vai, eu acho que você deve ir(para o canguru). Porque eu ficando em casa, eu olho as outras meninas, posso levar elas pra você ver elas né ...aí ele me deu maior apoio em vir e ficar. E7

Diagrama 15 – **Compartilhando a experiência com o esposo**

Com uma presença mais dinâmica, a mãe vai recebendo ajuda do esposo no cuidado do lar e dos filhos. Cuidar sozinho dos filhos em casa ou dividir com os outros esse cuidado e ficar junto deles em momentos em que está disponível são ações de ajuda à esposa. A presença ativa no cuidado do lar leva o esposo à percepção de que está assumindo o seu papel de pai junto dos filhos, pois vê que tem obrigação de cuidar deles na ausência da mãe. Executar tarefas domésticas é uma das ações que executa na ausência da esposa.

Na verdade, em casa é eu, se eu parar pára tudo, só dá eu lá, faço de tudo, limpeza... E5

Minha vida é trabalho, casa, arrumar casa, fazer almoço, fazer janta é... tratar dos meus pássaros que eu gosto muito né... E3

É uma ajuda né, se eu não tivesse em casa não tinha ninguém pra olhar né, mas isso também não é ajuda é a minha obrigação como pai também. E9

Agora meu marido também ficou em casa cuidando das meninas para elas não sentir tanto a minha falta. Eu perguntei pra ele e ele disse que experiência está boa, ele falou que para ele está sendo bom porque está aprendendo mais como cuidar sozinho das meninas, ele nunca tinha ficado com elas sozinho. E7

Em dividindo o cuidado canguru com a esposa, o esposo aceita conviver com as dificuldades advindas da ausência da esposa no lar e, algumas vezes, procura dividir de modo mais ativo a rotina que a esposa vive no MC. Até mesmo deseja e faz o posicionamento canguru com o filho, ficando ainda mais presente no hospital. Aqui o esposo tem participação mais intensa, pois compartilha até o que a mãe está sentindo e o que está acontecendo no momento, por meio de ligação telefônica.

São doze dias aqui, quando eu fico chateada, dou dois toques lá em casa e ele liga, aí eu: 'Oh! A T. (Bebê) está chorando, estou morrendo de sono; escuta a T. não pára de gritar, escuta para você ver ela gritando... E 5

O MC é uma experiência nova para a mãe e para o pai de um bebê prematuro. Quando estavam com o filho na unidade neonatal, os pais sentiam que era complicado ficar em contato com ele para um momento íntimo de interação, pois havia restrição quanto à liberdade de ação e de afeto. Agora, a família tendo maior convivência com o filho, no MC, amplia a possibilidade de relacionamento. Os pais, juntos, podem ficar e se relacionar com liberdade de ação não só com o filho, mas também entre si.

Dentro do berçário é meio complicado pra gente ter um contato mais íntimo com a nenê porque são muitas pessoas, pouco espaço físico, você tem pouca liberdade, pouca intimidade pra você até mesmo conversar com a nenê...para mim foi bastante interessante porque no canguru, eu pude ficar mais tempo com ela é... pude ter mais contato físico, mais carinho, inclusive. Eu pude aproveitar mais, foi possível ter conversas mais longas, mais tranquilas, nos juntou mais, juntou mais a nossa família e isso eu achei interessante... E10

Com isso vai havendo reciprocidade de carinho entre o casal e a família tem liberdade de se relacionar entre si e com o filho no canguru, **havendo afetividade entre pais e prematuro** (Diagrama 16). Uma vez que podem estar perto por períodos mais longos e, mesmo, colocando-se em disponibilidade para o filho, o casal não deixa o carinho e a atenção entre si, ambos têm toda a vivência no hospital e, o que mais importante, passando força um para o outro.

Diagrama 16 – **Havendo afetividade entre pais e prematuro**

A gente estava com disponibilidade para a nenê, mas sempre com carinho um com o outro e nunca esquecendo um do outro. O mais importante ainda é a força que um passava para o outro mesmo eu e a N.(mãe) chateado a gente sempre... tendo que vai dar tudo certo.E10

Mediante a justificativa bastante delineada e clara na consciência dos pais sobre a condição do filho prematuro ao nascer e suas necessidades, a opção pelo MC como estratégia parece ser a única possibilidade a ser considerada e percorrida

na trajetória empreendida junto do bebê, porém o vivido mostra famílias que não podem estar no MC. A categoria **encontrando impedimentos para estar com o filho** (Diagrama 17) mostra que há outro caminho percorrido, permeado por condições que, de forma total ou parcial, interferem na participação ativa na estratégia para atender à necessidade de ficar junto e cuidar do filho prematuro.

Diagrama 17 – **Encontrando impedimentos para estar com o filho**

Os impedimentos que os pais encontram para estar com o filho revelam-se em todo o processo vivido no hospital, pois, conforme já foi descrito, o MC se desenvolve em etapas e, antes de ocorrer a internação conjunta, eles têm acesso amplo ao filho na unidade neonatal, mas não ficam no hospital o tempo todo; aguardam no domicílio a estabilidade clínica do bebê. Nesta etapa, o posicionamento canguru é feito quando o pai e, principalmente, a mãe vêm ao hospital durante o dia,

mas revelam que é bastante cansativo, pois têm de percorrer grandes distâncias, além de terem de deixar o domicílio todos os dias.

É como eu vou falar?... É meio difícil pra gente sair todos os dias mesmo sabendo que é uma causa muito justa, nobre, a gente fica...um cansaço, cansaço...eu fiquei muito cansada. E1

Ir todos os dias ao hospital implica, ainda, gastos financeiros. Os pais revelam que, em decorrência das grandes distâncias entre domicílio e hospital, pode ser necessário pagar até quatro passagens de transporte coletivo urbano, por dia, o que compromete o orçamento familiar.

Todo mês eu estava pegando vale transporte na firma, deixando os vales transportes para ela vir e eu estava indo a pé para o meu serviço e, isso foi durante dois meses. E9

Oh! Para mim é um pouco cansativo, um pouco não muito cansativo, eu não venho todos os dias porque a passagem é muito cara. E13

QUADRO 6 - Sendo cansativo ir ao hospital freqüentemente / Tendo dificuldades financeiras para ir ao hospital

CÓDIGOS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
Sendo meio difícil sair de casa todos os dias Indo ao hospital todos os dias Vindo todos os dias no hospital apesar do cansaço do trabalho Mãe vindo de casa todos os dias para ficar com a filha no berçário Sendo muito cansativo vir ao hospital para ver a filha	Tendo que ir ao hospital	Sendo cansativo ir ao hospital freqüentemente
Esposo vendo que foi difícil pagar condução todo dia sem ter dinheiro Tendo que pegar dinheiro emprestado para a esposa vir ao hospital Esposa gastando todo o dinheiro em passagens para ficar com a filha Pegando vale transporte na firma Deixando vale transporte para a esposa Não podendo vir ao hospital todos os dias pelo preço da passagem Esposo indo a pé para o serviço Deixando vales transportes para esposa ir ao hospital	Ficando sem dinheiro	Tendo dificuldades financeiras para ir ao hospital

Dependendo das condições familiares, os fatores intervenientes para a ação dos pais vão ficando cada vez mais contundentes, dificultando a presença na primeira etapa do MC e eliminando, definitivamente, a participação na segunda (internação conjunta). A presença de outros filhos é fator de grande interferência na vida das famílias para estarem junto do filho prematuro, pois significa a tomada de decisão pelo método e a participação propriamente dita. É fortemente responsável pelo sentimento de divisão materna, que não sabe o que fazer diante de todos os filhos. Quando há a impossibilidade de o pai assumir os filhos por causa do seu trabalho ou quando não consegue a ajuda de outros familiares, as mães ficam sem opção para sair e ficar o maior tempo possível no hospital. Para a mãe, não é fácil conviver com o fato de ter de manter o filho pequeno no hospital sem a sua presença. A sua ausência não é determinada pelo seu querer, mas pelo não poder fazer o que quer: *Não é que eu não quero ficar, eu quero, mas eu não posso.* E13

Outros fatores podem impedir ou dificultar a presença da mãe junto ao filho. Os distúrbios e alterações na sua saúde a impedem de participar do MC seja pela incapacidade de cuidado do filho, seja pela impossibilidade de a equipe de saúde, que atua no canguru, assisti-lá no seu tratamento. A recuperação pós-parto, em certas situações, sinaliza que a mãe precisa passar um tempo em casa, longe de estímulos do hospital e principalmente longe da possibilidade de adquirir infecção, determina a sua exclusão do MC. A necessidade de trabalhar para o sustento da família, associada à ação e ao acompanhamento com o esposo e outros membros familiares, que são muito dependentes, também determina a recusa pelo MC.

Mas a minha médica falou comigo que eu não poderia ficar nem no social e nem no canguru porque a cirurgia estava vazando, né, drenando sangue e que eu não poderia ficar para não correr risco de infecção. E15

Eu tenho muitos motivos: eu tenho que ir embora, minhas filhas, as outras, estão precisando de mim... eu estou com vontade de ir para casa, eu tenho o meu trabalho e eu não posso perde-lo porque é o meu sustento e eu trabalho por conta própria. O meu esposo também precisa de mim, ele precisa mais do que as meninas. E15

QUADRO 7 - Tendo outros filhos como impedimento/Tendo motivos de saúde, família e trabalho para não ficar no canguru

CÓDIGOS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
Tendo que ficar com as filhas que são dependentes de cuidado Vindo sempre que pode ao hospital por causa das filhas em casa Sendo difícil não ter com quem deixar as filhas Podendo só deixar as filhas com o marido à noite Tendo um filho muito difícil em casa Vendo que foi seu filho que dificultou sua vinda para o hospital Mãe dizendo que em casa é só ela para cuidar de tudo Tendo que assumir sozinha o filho em casa Trabalhando durante o dia o marido não pode ficar com as filhas em casa Tendo como impedimento outra filha bem pequena em casa Não podendo ficar com a filho pelas filha que tem em casa Dizendo que o marido trabalha como autônomo durante todo dia Falando que não tem com quem deixar as filhas em casa	Sendo difícil deixar a família	Tendo outros filhos como impedimento
Tendo impedimentos ligados a saúde pós parto para ir para o canguru Não podendo ir para o canguru por complicações na cirurgia e risco de infecção Tendo mais incômodo porque a pressão custou a normalizar Ficando com a vista escura um pouco depois do parto Sentindo-se fraca para ir para o canguru Tendo que ver as próprias condições de saúde para não ter complicações	Tendo motivos de saúde para não ir para o canguru	Tendo motivos de saúde, família e trabalho para não ficar no canguru
Mãe não querendo ir para o canguru mesmo depois de estar recuperada Tendo motivos para não ir para o canguru Tendo que ir embora para casa Tendo que trabalhar em sua cidade Tendo que trabalhar para o sustento próprio e de sua família Esposo precisando mais da esposa que as filhas pequenas Achando que a filha está bem Achando que a filha não precisa ficar no canguru Marido trabalhando junto e dependendo muito da esposa Tendo marido inseguro Tendo Marido dependente Marido querendo que a esposa volte para casa	Não querendo ir para o canguru	

Os impedimentos para a maior participação materna no canguru são de diferentes naturezas: dificuldades com os outros filhos, saúde materna, atividades domésticas, trabalho e falta de apoio de outros familiares.

Conciliar as duas coisas é difícil porque não depender de ninguém é bom e eu dependo para deixar as meninas, é muito cansativo e nem sempre tem dinheiro para vir ao hospital. E13

...o tempo todo eu larguei tudo dentro de casa, tudo... tudo, só ia lá, tomava banho e vinha embora pra cá...era um cansaço... e quando eu saía daqui, eu saía em pedaço, eu não chorava nada aqui dentro... eu deixava prá chorar lá fora do hospital. Eu falava assim: eu vou chorar só lá porque eu não queria demonstrar fraqueza. E1

QUADRO 8 - Tendo dificuldades para conciliar casa e hospital

CÓDIGOS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
Sendo muito cansativo conciliar duas tarefas Largando tudo dentro de casa o tempo todo Querendo estar em casa com todos juntos Pai ficando triste por não conseguir ver a filha no hospital Pai vindo muito pouco ver a filha por causa do trabalho Podendo somente entrar no hospital até 20 hs Ficando difícil vir ao hospital quando o marido chega tarde em casa. Dizendo que nem sempre o marido chega em casa na hora certa Sendo difícil a vinda ao hospital sem a ajuda do marido	Sendo difícil conciliar as tarefas do lar	Tendo dificuldades para conciliar casa e hospital
Deixando as filhas sozinhas em casa Vindo bem rápido ao hospital após deixar as filhas sozinhas em casa Deixando a filha com a sogra e a mãe para ir ao hospital todos os dias Esposo ficando sem vir ao hospital para ver a filha Considerando que depende dos outros para deixar as filhas em casa Esposo tendo que cuidar das filhas em casa para a mãe vir ao hospital	Sendo difícil conciliar o cuidado dos filhos	

A falta de interação com a equipe de saúde é outro fator que dificulta a adaptação familiar à situação vivida. Por não conseguir estar em constante contato com a equipe que assiste ao filho, o casal sente-se perdido e até pressionado quando, apesar de ter explicado a sua condição familiar, lhe é solicitado a vinda ao hospital em momentos de impedimentos pessoais e profissionais.

QUADRO 9 - **Faltando orientações e entendimento com a equipe**

CÓDIGOS	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
Não recebendo orientações da equipe sobre os cuidados e estimulação da criança Mãe procurando os médicos para dar esclarecimentos sobre a saúde da filha Sendo difícil contato com os médicos pelos horários que ia ao hospital à noite Mãe sentindo pressionada pela equipe para vir ao hospital estimular a filha Tendo um desentendimento com pediatra Pediatra falando que a mãe é o problema da filha Médica falando que a mãe estava fazendo mal para a filha Havendo um desentendimento quanto a situação da filha no alto risco. Médicos perguntando a mãe quais os exames a filha fez	Sendo difícil ter contato e entendimento sobre o filho	Faltando orientações e entendimento com a equipe

A não participação no MC traz conseqüências, como revela a categoria **ficando com o coração partido** (Diagrama 18). O conflito da família é intenso, sendo sofrida a decisão de manter o filho na unidade neonatal, e permanece ao longo da experiência mas tende a atenuar-se à medida que o casal aceita a sua impossibilidade de permanecer no MC. Conviver com a decisão é difícil e deixa a mãe sem ânimo e perdida, sem saber como cuidar do filho pequeno. Sente que não há outra forma ou maneira de resolver a situação em que se encontra. O fato de estar em contato com a mãe canguru é também um motivo para deixá-la sofrida e pesarosa.

Até hoje mesmo eu peguei nela, desenrolei ela do cobertor e olhei assim sabe... aquele pedacinho de gente, e aí o que iria acontecer se eu tivesse no canguru, eu estaria como a C. (outra mãe) está com a dela. E13

Eu fiquei sentida de não poder estar aqui direto né, já que eu ganhei eles e não tive eles. Ah! Eu só chorava, eu só chorava em casa, só ficava chorando em casa. ...a situação não foi fácil, não. Conviver com essa situação foi doloroso. E14

O que me passou pela minha cabeça é se ia continuar ganhando peso sabe, se ela ia ficar tranqüila a mesma coisa mesmo dentro da incubadora. E13

Eu queria ficar mais próximo mas eu ... eu tinha que ver as minhas condições porque eu não podia pegar infecção e a R.. (bebê) ia ficar bem cuidada, mas a mãe quer ficar perto do filho. E15

Diagrama 18 – **Ficando com o coração partido**

O sofrimento está expresso nos sentimentos de culpa e preocupação que assolam a mente dos pais. Assim, em sentindo culpa e preocupação por não ficar no canguru, a mãe questiona se o filho vai ficar bem na incubadora, se vai desenvolver e ganhar peso da mesma forma como no MC. A ênfase dada ao método e a convivência com as mães cangurus, associadas à percepção materna de que fora do método o bebê pode não se desenvolver, propiciam sentimentos que se estendem para algo mais profundo e pesado, que é a culpa por não poder dar ao filho aquilo de que ele mais precisa. Esse conflito está muito presente na consciência materna e ela expressa sua vontade querendo ficar, apesar dos impedimentos familiares.

O desejo de participar do MC leva o casal a tentar fazer modificações na dinâmica interna da família e vão tentando fazer adaptações e rearranjos: a mãe procura dividir o tempo entre a casa e o filho internado; o pai tenta ficar com os filhos nos momentos possíveis. Tentam ainda ficar alguns dias no hospital por meio de combinações com parentes que podem ajudar em outros períodos, ou até deixar os filhos pequenos sozinhos em casa para conseguirem somente visitar o bebê no hospital.

A Dra. P. conversou comigo muito tempo sobre isso né ...que a hora que tivesse que ir para o canguru eu podia vir e acompanhar eles. Eu expliquei que até uma semana até daria para ficar mais que isso não daria por causa dos meninos lá em casa. Porque o meu menino é muito difícil, ninguém fica com ele é só o meu pai que toma conta dele e meu pai não podia ficar com ele. Então é...agora daria, no caso para eu poder vir, mas só que tem meu marido que não anda, ele fica na cadeira de rodas então lá em casa é só eu para cuidar das coisas... eu queria muito ter ficado, mas não deu...E14

A minha médica falou comigo que eu poderia ficar nem no social,nem no canguru porque a cirurgia estava vazando né... eu achei correto mas eu fiquei um pouco triste porque eu ia deixar a R..(bebê) sozinha. E15

Para a mãe que optou pelo MC, apesar de não se desligar dos familiares, ela centra-se no filho prematuro e coloca em segundo plano sua própria necessidade e dos demais membros da família. Por outro lado, nessa vivência no MC gera sentimento de solidão, especialmente quando não conta com a presença constante de familiares. Tal situação está retratada na categoria **enfrentando sozinha o canguru** (Diagrama 19), mostrando a luta materna para enfrentar a jornada desde o nascimento do filho prematuro, sem contar com a compreensão e apoio do esposo e dos demais membros da família. O esposo fica distante até do filho, por isso é considerado um pai ausente, o que também faz a esposa sentir-se abandonada. Em decorrência destes problemas, a mãe vive o MC ficando sem a presença do esposo e da família.

O pai dela se vier bem, se não vim não faz tanta diferença também, não. Ele não um pai presente, só vem quando o médico chama, ele é distante tanto de mim quanto da própria E. (filha). E12

Ah! A princípio foi muito difícil para mim porque eu não tive apoio nem nada, mas depois eu fui me fortalecendo, falei que eu tinha ela, que tinha que cuidar, que eu tinha que ter força pra cuidar dela. Ela dependia de mim então agora eu acho a presença não faz tanta falta como fazia antes... E12

Diagrama 19 – **Enfrentando sozinha o canguru**

A mãe, porém, procura viver fortalecendo-se pelo filho na ausência dos familiares quando tem consciência de que o bebê depende dela para viver e que é necessário manter a luta para atingir o objetivo que muito queria: ter um filho. Mesmo passando por uma gravidez de risco, o desejo de ter um filho torna-a capaz de viver a gravidez, o parto e a evolução do prematuro dentro do hospital enfrentando dúvidas, críticas e o afastamento da família. O comportamento familiar denota a incompreensão do processo vivido pela mãe, bem como a necessidade do bebê prematuro; os parentes mantêm-se afastados, duvidam da sua capacidade de cuidar de uma criança e, ainda, criticam o comportamento materno e a escolha por permanecer por tempo indeterminado no hospital.

Você gosta de hospital; todo mundo vai embora só você é que vai ficando... E12

Eu disse à minha mãe que a I. (bebê) está aí bem, mamando, mas ela me disse: É... mas você quase morreu por causa da gravidez. E12

Eu estou sozinha aqui, ninguém vem me visitar. Meu marido não vem aqui para me ver e nem ver a nenê, ele diz que não gosta de hospital e já que ninguém cuida de mim, eu mesmo me cuido. E12

Assim alguns parentes meu num queria nem saber de mim e do meu filho, falou mal, isso, aquilo outro... E1

A experiência de viver sozinha o MC e até os outros momentos da gravidez e do parto é muito difícil, pois não há como dividir a responsabilidade e as dificuldades que envolvem a vida de um filho pequeno e sensível. Assim, com certeza, a mãe clama que está necessitando de apoio e presença da família. Para ela é fundamental a participação dos familiares, pois, mesmo que não queiram ajudá-la, o bebê precisa da presença de alguém, principalmente, do pai. Ausência da família traz algum transtorno para a equipe, que necessita ter contato para apresentar a condição do bebê e saber quais são as possibilidades para o cuidado e a vida da família com o seu mais novo membro.

Eles ficaram distantes e eu também não comento muito com eles as coisas, não procuro ficar ligando, falando dela; quando eu chego a ligar assim... é pra falar com eles e perguntar quando vai vim e tudo... mas eu nem procuro entrar em detalhe com eles do que ela passou. É tanto que a médica mandou chamar o pai dela pra conversar com ele, ela falou: você está aqui para acompanhar a sua filha e ele não sabe de nada...ela vai pra casa e tem que saber o que passou e o que ela ta passando... E12

A relação entre as categorias **Vendo o valor do canguru, Reconhecendo o que foi possível mudar e Sentindo o peso e a consequência da fragilidade familiar** vem mostrar o que ficou para os pais, ou seja, como foi a experiência vivida.

Os pais que optaram pelo MC avaliaram a experiência como muito proveitosa e gratificante, **vendo o valor do canguru**. (Diagrama 20). Consideraram como valendo a pena pelo bem do filho, uma vez que ele se encontra saudável e recuperado de tudo o que passou, enfim, valeu a pena pela saúde e desenvolvimento do bebê. Dessa forma, a luta, o choro e as tristezas foram recompensados pela alegria de levar o filho para casa, sabendo cuidar dele.

Aceitando o canguru pela fragilidade do filho evidencia que os pais alcançaram o que queriam ao passar pela trajetória no MC, pois o maior motivo que os levou a participar foi a fragilidade do filho, a sua condição sensível de saúde ao nascer, percebida logo após o parto e atendida prontamente pelos pais.

Diagrama 20 –**Vendo o valor do canguru**

Eu acho que valeu a pena eu ter lutado, a minha aflição aqui, porque hoje quando eu vejo ela assim grandinha, saudável e recuperada de tudo que ela passou, eu acho que valeu a pena. E16

Olha! Valeu a pena porque pude sair daqui com mais experiência para cuidar dela e ela está ótima. E17

Eu vim porque a minha filha estava no berçário e não estava se desenvolvendo e nem ganhando peso, assim ganhando pouco...e eu ficava pouco tempo com ela...eles falaram que parecia que ela estava deprimida porque eu não ficava mais tempo com ela, eu moro longe...e aí foi bom ter vindo...E18

A família também indica como vai sendo possível mudar pela experiência adquirida, uma vez que a participação no MC levou ao amadurecimento de todos os seus membros. Não imaginavam o que iriam enfrentar com o próprio filho no canguru, na relação com os familiares e com as outras mães que se encontravam na mesma condição. Por intermédio da vivência no MC, as mães vão **reconhecendo o que foi possível mudar** (Diagrama 21), superando a condição de insegurança e de medo e aprendendo a lidar com momentos difíceis para cuidar, estar junto do filho e acompanhá-lo, tornando-se capaz de atender as suas necessidades, como revela valendo a pena aprender cuidar e acompanhar o filho.

Foi a melhor decisão que eu tomei foi ter ficado aqui, eu ia ter muita dificuldade pra cuidar porque eu sou um pouco nervosa e qualquer coisa... E18

Eu tinha que vim...porque eu não ia ter essa segurança que tenho quando levei ela para casa...mesmo cuidando da outra porque uma criança prematura é diferente de uma criança de 9 meses, ela tem pouca resistência. E16

Diagrama 21 – **Reconhecendo o que foi possível mudar**

Com as conquistas e gratificações alcançadas, as mães vão eliminando dúvida e divisão pela família, reafirmando a decisão de permanecer no MC. Dessa forma, passam a achar que deveriam ter acompanhado mais o filho e ter vindo mais cedo para o hospital.

Olha, esses 120 dias para mim foram uma vivência que eu nunca vou esquecer. Eu amadureci muito aqui, vi muita coisa e convivi com muita gente. Foi um aprendizado para mim. E4

Se eu tivesse que tomar essa decisão de novo eu tomaria pela experiência. Agora eu tomaria sem pensar duas vezes. Eu não ia ficar em dúvida como eu fiquei na primeira vez. Eu fiquei dividida por causa da família, mas agora eu nem olharia para trás. Eu viria sem dúvida nenhuma mesmo diante do que passei. E16

É sorte da gente ficar aí no canguru, eu não tive problema nenhum em casa com minha família, foi mesmo pela J.(bebê) que eu fiz isso. E17

Por outro lado, não participar do MC traz repercussões inversas, como se pode observar na categoria **sentindo o peso e a consequência da fragilidade familiar** (Diagrama 22). Tal condição impede a mãe de atender à necessidade do filho, no MC, em sua evolução pós-natal. Tendo medo e insegurança em casa é a consequência imediata que levou os pais a perceber que a decisão tomada pesou muito na vida deles. A mãe sente-se insegura para cuidar do filho prematuro, mesmo já tendo cuidado de outras crianças, pois vê a criança muito delicada e pequena. A mãe percebe a dificuldade de modo claro quando tem de cuidar sozinha, sem saber o quê e como fazer, e isso pode levá-la até a temer a morte do filho.

Eu fiquei com medo de ficar mexendo com ela muito porque ela é muito miudinha, sabe... eu ficava com medo até dela morrer... tipo assim... sabe quando dá um branco, toda hora eu ia lá e olhava para ver se ela estava bem... E13

...no princípio a gente sente algumas dificuldades para cuidar... não estava todo o tempo com o bebê... E15

Diagrama 22 – Sentindo o peso e a consequência da fragilidade familiar

A impressão desta mãe em relação ao bebê, no domicílio, assemelha-se àquela vivida pela iniciante do canguru. A diferença está no desempenho após a alta hospitalar. O sentimento destacado quando é não possível participar do método é de insegurança, o que faz a mãe analisar a sua condição diante do filho, sentindo o peso da decisão. Não foi possível, mas pesou muito. Diante da insegurança, não há como demovê-la, não há outras pessoas por perto para ajudá-la e orientá-la sobre o que fazer, assim o início da atuação junto do filho é muito difícil e estressante para os pais que não puderam ficar no MC.

É muito difícil, difícil mesmo a situação que vivi, mas foi a possível de fazer, não tinha outra condição para mim e a família. Eu avalio que a decisão de não vir para o canguru foi a decisão possível de fazer, mas ela pesou muito... E15

Após certificar-se das necessidades do prematuro e de preparo para o seu cuidado, as mães avaliam o que poderiam ter alcançado no método. Teriam se acostumado com o filho e não ficariam com medo em casa; o bebê teria tido outro comportamento diante de sua alimentação, conseguindo sugar o peito; além disso, teriam passado mais tempo juntos, obtendo mais informações e sanando dúvidas sobre as necessidades especiais e evolução do filho prematuro. Nessas circunstâncias, elas estão avaliando o que poderia ter alcançado no método.

Se eu tivesse ficado aqui teria sido muito melhor, teria me acostumado mais com ela, talvez também ela teria pegado até o peito, ela não mama no peito e, assim teria sido mais fácil para mim e também para ela (bebê). E13

Em ficando sem opção diante dos impedimentos, os pais deparam-se com situações relativas à dinâmica e organização familiar, citadas anteriormente, que

reforçam a impossibilidade de participar do MC. A decisão foi a única possível, naquele momento, pois sabiam que, no hospital, o filho prematuro tinha assistência da equipe de saúde, e, em casa, os pais tinham que cuidar dos outros membros, como se pode observar em tendo de atender à situação familiar. Essas necessidades não se restringiam somente em cuidar dos filhos, mas também em garantir a manutenção e a sustentação do sistema familiar. Assim, a opção foi atender a família sem, contudo, deixar de estar com o filho no hospital, de acordo com as possibilidades presentes.

...eu precisava estar com as outras filhas e o meu marido e, também retornar ao trabalho. Foi a decisão possível, naquele momento, pois eu moro longe e eu precisava voltar... E15

...vi que eu não podia mas ao tempo eles precisavam né, mas vi que no hospital pelo menos estão bem cuidados, tem muita gente lá e aqui em casa quem vai ficar? E14

5.1 A categoria central

A busca da categoria central tem como objetivo representar a essência da experiência, mostrando o fenômeno em profundidade, e para isso é preciso transcender o que está evidente. O trabalho envolve a comparação e a análise dos fenômenos e seus componentes, que, agrupados e analisados, permitem a identificação da categoria central.

Diante da experiência da família no MC, percebe-se que o casal passa por uma gravidez que, pode ter evoluções diferentes e também pode ter sido planejada ou não, mas pela comparação e análise dos fenômenos **TENDO EVOLUÇÃO E DESFECHO NÃO ESPERADOS NA GESTAÇÃO e DEPARANDO COM A PREMATURIDADE DO FILHO**, a ocorrência de um parto prematuro vem marcar muito os pais. É um momento envolvido por emoções intensas e de significados que denotam que algo não ocorreu como o esperado, tendo ainda como resultado um filho pequeno, diferente do idealizado.

Diagrama 23 – Categoria Central – PESANDO RISCOS E BENEFÍCIOS ESTAR COM O FILHO NO CANGURU OU COM A FAMÍLIA

Ao se deparar com o filho prematuro, a família identifica qual é a sua condição e passa a conviver com as características, riscos e consequências que ela imprime à vida do filho. Sendo assim, é possível identificar a **família sendo invadida pela necessidade do filho**. O bebê não é como os outros e não pode ir para casa logo ao nascer. Tem, portanto, de ficar no hospital, pois as suas necessidades ultrapassam a de um bebê a termo, o que vem exigir presença e atuação mais intensa da família.

O significado da condição do filho ao nascer, ou seja, a prematuridade, sinaliza para os pais que eles têm de enfrentar a situação presente **tendo de agir pela sua sobrevivência**. Mesmo que não seja de forma tão ativa inicialmente, indica que é preciso estar presente o maior tempo possível, para acompanhar como ele pode evoluir. Ficar perto aproxima-se da condição de viver de acordo com o que era esperado antes do seu nascimento, ou seja, estar com o filho.

Para estar presente, porém, o maior tempo possível, os pais consideram a possibilidade de participar da estratégia de assistência pelo MC para conseguir o que almejam, mas, ao considerar tal possibilidade, vêem também que é necessário deixar fora do hospital a vida e os familiares, o que lhes traz um sentimento de dúvida e de divisão. **Sentindo-se dividida**, a mãe se encontra entre dois pólos: de um lado, está o filho frágil, que reconhecidamente precisa dela e dos familiares, e, de outro, a vida familiar.

A necessidade de fazer uma escolha leva a família a um dilema: a quem atender? As ponderações surgem e trazem argumentos significativos levando-a, a ter de pensar e agir **PESANDO RISCOS E BENEFÍCIOS ENTRE ESTAR COM O FILHO NO CANGURU OU COM A FAMÍLIA** (Diagrama 23 – Categoria central).

Ao pesar na balança **vendo a necessidade do filho**, a família coloca como peso as necessidades especiais do prematuro e, para manter o equilíbrio, vai **submetendo-se ao canguru, tendo a vida transformada e compartilhando a experiência**. Como

consequência, consegue atender o filho, **ficando perto e aprendendo a cuidar** dele. Assume ter de viver junto dele no método, mas também viver as novas demandas geradas pela sua participação no MC, o que mantém o fiel da balança em equilíbrio.

Ao colocar um peso maior no outro lado da balança, **tendo que atender a família**, o equilíbrio está na certeza de que o prematuro tem assistência dos profissionais de saúde da unidade neonatal. Apesar disso, a família vive tal condição **tendo o coração partido**, mas **enfrentando impedimentos para estar com o filho** sem, contudo, conseguir permanecer com ele no MC. Em **não conseguindo atender à dupla jornada**, a família vai **sentindo o peso e a consequência da decisão tomada**.

Pela análise do processo, tem-se que, por diferentes meios, a família procura viver **atendendo à fragilidade do filho prematuro** e pesa riscos e benefícios entre estar com o filho no canguru ou com a família. O movimento da balança simboliza que os caminhos percorridos não são excludentes. Dependendo do momento da experiência, os familiares podem ficar com o coração partido pelos filhos no domicílio e no hospital e ainda tentar estratégias para atender a família e o prematuro, apesar de ter optado pelo canguru. Da mesma forma, a família que não conseguiu participar da segunda etapa do método sofre transformações na dinâmica familiar e tenta compartilhar a experiência com os mais próximos. Simbolicamente, pode-se dizer que a balança está sempre em movimento, movimento que a família empreende para atender o filho prematuro.

As condições de vida que envolvem os familiares são várias e podem permitir ou não empreender estratégias propostas, como a do MC, para assistir um de seus membros. O momento vivido é particular para cada família assim como os seus recursos contextuais e suas limitações, o que indica que não há um só caminho a ser percorrido na atenção ao bebê prematuro no hospital.

6 REFLETINDO SOBRE A VIVÊNCIA DA FAMÍLIA NO MÉTODO CANGURU

A apresentação do MC realizada anteriormente mostrou que o grande foco de atenção no método é o bebê que, por ser considerado de risco, direciona e concentra o trabalho da equipe de assistência neonatal. Assim, as ações dirigidas à família visam capacitá-la para o cuidado ao prematuro, ou seja, a mãe e o pai são considerados à medida que devem estar próximos para o atendimento das necessidades de crescimento e desenvolvimento do filho, tendo ainda a oportunidade de interagir precocemente com ele.

Por outro lado, a abordagem ao método considerando a família permitiu ampliar o foco de atenção envolvendo não só o bebê, mas também a mãe e o pai, contemplando suas vivências na trajetória junto do filho prematuro. O bebê é colocado no contexto familiar, o que traz aspectos inovadores para a assistência, pois não há abordagem sobre a família no canguru conforme já citado anteriormente.

A utilização da Teoria Fundamentada nos Dados possibilitou explorar e identificar aspectos ligados à família que extrapolam a fase vivida no MC, mas que têm significados importantes e até determinantes para a participação nessa estratégia de assistência. Sob a perspectiva do Interacionismo Simbólico, foi ainda possível apreender os significados e compreender como a família viveu a experiência de estar no canguru. A partir daí, construí um modelo teórico sobre o estar no MC para a família.

A análise dos fenômenos permitiu identificar que o MC é uma fase que os pais passam na trajetória de nascimento de um filho prematuro. Antes de considerar a possibilidade de estar no canguru, eles vivem fases de intenso significado mediante situações que se diferenciam do normalmente esperado, uma vez que deparam com a prematuridade.

Pela continuidade da análise dos significados dos fenômenos e da forma como interagem entre si, foi possível compreender que a experiência vivida pela família pode ser expressa pelo processo denominado **PESANDO RISCOS E BENEFÍCIOS ENTRE ESTAR COM O FILHO NO CANGURU OU COM A FAMÍLIA**. São duas dimensões de igual valor que geram um sentimento de divisão pela responsabilidade de lutar pela vida do filho prematuro e, por outro lado, manter o sistema familiar. Nesta balança, para que lado tende o fiel? A resposta está vinculada a uma complexa interação de fatores, mas pode-se destacar que para atender às duas dimensões é preciso considerar as possibilidades e potencialidades que cada sistema familiar possui, a compreensão do significado da situação que se está vivendo, bem como a forma de resposta que cada membro da família manifesta.

Considerando que a família age pelos significados construídos interacionalmente, identifiquei o fenômeno **tendo de agir pela sua sobrevivência**. O vivido durante a gravidez e, principalmente, o parto prematuro determinaram simbolicamente o que os pais deveriam desenvolver em forma de ação para atingir o objetivo maior que era ter um filho saudável, uma vez que passaram pela gravidez e parto de risco e depararam com a sua prematuridade, considerado-o pequeno e frágil, diferente de um bebê a termo. Ao estudar a experiência materna com filho prematuro em UTI, Belli (1999) indica que a vivência da mãe com seu filho prematuro não se inicia com a apresentação formal do filho na incubadora da unidade de internação, pois, já no momento do parto e em especial no pós-parto, ela está envolta em um turbilhão de significados do filho idealizado e desejado. A identificação da condição do filho ao nascer é imediata e suficiente para suscitar sentimentos de medo e incerteza em relação a sua sobrevivência.

Situações difíceis, marcantes e muitas vezes inesperadas, como a interrupção de uma gravidez antes dos nove meses, desencadeiam nos pais sentimentos que podem ser incompreensíveis até para eles mesmos. Ao relatar experiências de pais de bebês prematuros, Powell (2002) considera que algo estranho ocorre com os pais diante do parto prematuro: emerge um sentimento ambíguo de tristeza pela perda da gravidez a termo e, ao mesmo tempo, de alegria, pois podem celebrar o nascimento do filho. O parto prematuro ocorre antes que os pais tenham tempo de se preparar para o filho; para alguns, a previsão do parto é para semanas ou meses e, ao ocorrer de forma brusca, impõe muitas mudanças e exige capacidade rápida de enfrentamento. Por esse motivo e com base em outros

estudos, a autora afirma que o sentimento ambíguo de perda pode ter efeitos traumáticos para os pais. O impacto com a prematuridade pode levar ao estresse psicológico, ou seja, durante o período neonatal, sintomas de depressão, ansiedade, de dificuldade de concentração e de tomada de decisão são proeminentes, porém dependem da condição de risco, da idade e da condição de desenvolvimento do bebê (SINGER et al.,1999).

Associada à gama de sentimentos que assolam os pais diante de um parto prematuro, a condição de saúde e a apresentação física do filho deixa-os assustados, levando ao temor pelo seu futuro. McCormick et al. (1982) e Gennaro & Stringer (1991) assinalam que a condição física em combinação com as características alteradas de resposta do prematuro no momento de interação pode influir significativamente na percepção materna do filho. Vários eventos ou condições que o envolvem na sua evolução neonatal vêm reforçar para a mãe a sua imagem de bebê doente ou vulnerável.

A vulnerabilidade da criança foi abordada por Perrin et al. (1989) como aquela cujos pais vêem ou percebem quando há grande risco para ter problemas de saúde e de desenvolvimento. Ao estudar o senso de vulnerabilidade associado ao comportamento das mães de bebês prematuros e de bebês a termo, os autores verificaram que as primeiras consideram o filho prematuro, vulnerável, pequeno e frágil, tendo a possibilidade de morrer. Desta forma, os pais tendem a tratá-lo como mais sensível que um bebê que nasceu a termo.

A associação complexa e intensa de variáveis presentes no parto prematuro e a interação com profissionais de saúde e o ambiente hospitalar na assistência perinatal podem fortemente sinalizar para os pais que o bebê precisa de cuidados especiais. A prematuridade como fator de riscos e danos tem um significado importante e, em resposta a essa condição, os pais podem agir e se colocar disponíveis seguindo e aceitando as necessidades que a assistência exige para compensar a fragilidade e a vulnerabilidade do filho prematuro. Nesse sentido, Levy-Shiff et al. (1989) assinalam que a preocupação e a percepção, tanto materna quanto paterna, em relação à condição do filho estão associadas ao aumento do envolvimento dos pais por meio de um comportamento ativo e de cuidado com ele. Em **vendo a necessidade do filho**, a situação frágil do prematuro, que simbolicamente indica à família a presença de riscos para sua sobrevivência e para o seu crescimento e desenvolvimento, acrescida da constatação de que é preciso preparar para o seu cuidado do filho, leva os pais – mais especificamente a mãe – a optar por permanecerem junto dele e acompanhá-lo por meio do MC.

Apesar de existir momentos de dúvida em decorrência de condições ligadas à família, a mãe apresenta-se firme em sua decisão de ficar com o filho, e o esposo oferece apoio ao concordar com a decisão materna, assumindo responsabilidades no lar e estando presente junto da esposa no hospital, sempre que possível.

Para manter as condições que envolvem a vida familiar, a família deve apresentar um estilo sincronizado de ações, de modo a permitir a manutenção dos vínculos, assumir a responsabilidade de cuidado entre seus membros, atender às demandas necessárias à organização do sistema instituído e ainda manter-se na força de trabalho, bem como assumir a assistência específica do filho prematuro. O estilo sincronizado familiar tem sua origem na sensibilidade materna e paterna em relação ao que estão vivendo bem como na interação e satisfação na relação marital (Feldman et al., 2003). Assumir o filho revela que a família, apesar de estar sofrendo com a ocorrência de um parto inesperado e com as repercussões da prematuridade, reorganiza suas forças para manter o equilíbrio entre a sua vida e a demanda que surge com a chegada de um filho frágil; esse equilíbrio é que lhe possibilita agir de acordo com a situação colocada.

Assumir o filho no canguru representa uma decisão consciente da família que também aceita viver e passar pelas conseqüências da decisão tomada. Ao participar, **compartilhando a experiência**, a família está com a mãe na sua jornada, em especial o esposo ou companheiro, porém eles têm de reestruturar a vida, alterar seus papéis, passar pela separação entre os familiares, principalmente entre o casal e entre mãe e outros filhos. Cronin et al. (1995) indicaram a repercussão da prematuridade não só emocional, mas também na condição de vida das famílias interferindo na situação financeira, condição de vida e cuidado entre os membros familiares. As mães têm de deixar o seu trabalho em casa ou fora do lar, dispõem de menos tempo para os outros membros da família, sentem dificuldade para cuidar dos outros filhos, alegam cansaço, dificuldades para ir ao hospital e sentem que o filho pequeno é tratado como uma criança especial. Ainda com relação à repercussão para a família com relação à participação no MC, Javorski (1997) mostrou que, para atender às necessidades do filho prematuro, as mães tiveram de se dedicar integralmente a ele e passar por longos períodos no hospital, o que provocou até a cisão familiar pela separação entre um casal.

Ao estudar mães que participaram do canguru com esquema flexibilizado, ou seja, que podiam retornar para o domicílio após ficarem durante o dia com o filho, Furlan (2002) constatou que,

mesmo com retorno ao lar à noite, a ausência materna no domicílio altera a dinâmica familiar interferindo tanto no desempenho de papéis sociais como nas relações afetivas. Quando a mãe deixa o lar para ficar integralmente no hospital, há transformações agudas e intensas na dinâmica familiar, mas mesmo assim a família vai **tendo a vida transformada e submetendo-se ao canguru**, mostrando que mesmo diante das inúmeras vantagens para o bebê e da possibilidade de permanência contínua para acompanhar e cuidar dele, os momentos difíceis estão presentes no método, exigindo forças, paciência e dedicação por parte da mãe e do pai do prematuro.

Sob a avaliação funcional preconizada por Wright e Leahey (2002), a vivência da família do MC mostra que o comportamento das pessoas foi modificado desde do início da trajetória empreendida pelos pais na gestação, no nascimento do filho prematuro e durante na participação no método. Dentro dos aspectos de funcionamento familiar, o instrumental foi marcante e as atividades rotineiras como cuidar da casa, preparo de alimento e cuidados com os outros filhos foram, muitas vezes, assumidas pelos esposos ou outros membros mais próximos aos pais do prematuro.

A mudança de papeis, o estado emocional da família, os conflitos entre familiares, as crenças em relação às possibilidades de evolução do filho após o nascimento e aquelas poderia ser obtidas pelo MC, vem caracterizar o aspecto funcional expressivo do comportamento familiar detectado neste estudo.

Além aspectos funcionais, outras condições envolveram seus membros familiares e exigiram mudanças e empenho por parte dos mesmos; as condições financeiras, a distância entre o local de moradia e o hospital e contribuição da mãe para sobrevivência da família por meio de seu trabalho, saúde materna tiveram impacto na decisão e permanência do filho no MC. Tais condições impediram que algumas famílias participassem do método de forma plena, apesar reconhecer a sua importância para filho.

Olhar para o MC na perspectiva da experiência da família revelou dados relativos a implicações para si própria, decorrentes tanto da presença no método como da impossibilidade de estar junto do filho por meio da técnica canguru, **não conseguindo atender a dupla jornada**. Gomes (1999) também constatou que o nascimento prematuro leva à transformação do modo de ser da família, que se mostra vulnerável de diversas maneiras diante das atividades do cotidiano. Torna-se

difícil estar com o filho todos os dias no hospital ou ficar com ele de maneira integral, pois não há como atender a todas as demandas em curso: a do filho prematuro e a da família.

Apesar de identificar as condições e as necessidades do filho ao nascer, de tentar fazer rearranjos e adaptações e de sofrer por não poder estar integralmente com ele, a família torna-se frágil para empreender duas jornadas e manifestar um sincronismo de ações em direção ao filho. Desta forma, alguns pais – principalmente a mãe – não têm como atendê-lo dentro da metodologia canguru.

A existência de um novo membro na família traz modificações que levam a mãe e o pai a se aproximar mais do ambiente doméstico, sobrecarregados com a maior complexidade de tarefas e relacionamentos. A dificuldade que os pais têm, envolvidos que estão com o novo membro familiar, está em trazer um equilíbrio entre o contexto doméstico e o não-doméstico tendo tarefas específicas de atenção e cuidado e tarefas de manutenção do sistema familiar, sem muitas vezes contar com a ajuda de outras pessoas ligadas à família (Bradt, 2001). A condição que envolve os pais no nascimento de um bebê prematuro é mais complexa, pois trata-se de uma criança de risco que necessita se adaptar para viver, exigindo, paralelamente, um envolvimento bastante intenso por parte dos seus familiares, o que dificulta manter o equilíbrio entre o ambiente doméstico e o não-domésticos. Diante da limitação, a família faz o que é possível, contando com as possibilidades da situação do momento. Desta forma, a família conta com a assistência dada ao filho na unidade neonatal para manter a jornada entre o filho prematuro e a sua vida nas esferas doméstica e não-doméstica.

Enquanto algumas famílias conseguem forças para se manter na metodologia canguru, outras manifestam a sua fragilidade quando não conseguem atender à dupla jornada ou à nova demanda criada pela permanência do filho pequeno no hospital. Ambas as situações geram estresse em maior ou menor intensidade, dependendo da rede de apoio informal ou formal de que se dispõe, isto é, do suporte dos familiares ou dos profissionais de saúde que atuam na unidade neonatal ou na enfermaria canguru. Para aquelas que não conseguem participar do canguru, porém, a repercussão é ampla e elas não se encerram com a alta hospitalar do bebê; a culpa materna, associada às dificuldades para assumir integralmente o filho após a alta hospitalar, influencia o comportamento dos pais, uma vez que não puderam conhecer o filho prematuro, visto por eles como uma criança especial e diferente das outras.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação em Banco de Leite Humano e na Enfermaria Canguru sempre me levou a considerar o bebê e sua mãe como foco da assistência. O estudo das bases teóricas do MC, inicialmente, sinalizou-me para a necessidade de ir mais além, procurando assistir de forma global a família do prematuro inserida na metodologia canguru. Essa visão foi apresentada por mim como uma das justificativas para a realização deste estudo, no início do trabalho, na qual ressaltei a abordagem holística ao “ser” feita por Pierre Weil, a sua importância na assistência à saúde e a possibilidade de o canguru ser uma estratégia de cuidado que propicia a execução de tal abordagem.

Estudar a família no MC a partir do Interacionismo Simbólico e por meio da Teoria Fundamentada nos Dados permitiu-me aprofundar a extensão e o significado da experiência vivida pela família no contexto do canguru intra-hospitalar, possibilitando ampliar o foco da atenção e fornecendo uma base teórica sobre os sentimentos e vivências MC sob a ótica da família.

A construção desse modelo teórico da família no MC permitiu-me conhecer e compreender os processos que envolvem a experiência e representá-la teoricamente, chegando a uma teoria emergente que permite não só a compreensão do fenômeno, mas a aplicação dos conceitos desenvolvidos. Mostrar o fenômeno por meio do conceito central **PESANDO RISCOS E BENEFÍCIOS ENTRE ESTAR COM O FILHO NO CANGURU OU COM A FAMÍLIA** indica que a família não entra incólume na experiência do canguru, pois está constantemente sob a influência do contexto familiar e hospitalar, tentando sempre manter o equilíbrio para o atendimento das duas dimensões de igual valor para ela.

As relações de conceitos presentes no quadro teórico permitem apresentar as seguintes implicações para a tríade mãe-bebê-família no canguru, no contexto hospitalar:

➤ O MC é mais um momento vivido pela família na longa trajetória empreendida a partir da gestação e parto prematuro.

➤ O MC apresenta-se como uma estratégia que possibilita à mãe e à família estar próximas para também cuidar do filho prematuro, mas não ocorre sem trazer conflito para a família, não só pelo nascimento do filho prematuro, mas também pela necessidade de atender às demandas decorrentes da condição de ter um bebê frágil e da própria família.

➤ Participar do MC exige transformações na dinâmica familiar, bem como a submissão às normas e rotinas estressantes no contexto hospitalar.

➤ A necessidade de mudanças internas e de afastamento da mãe do contexto familiar traz sentimentos de indecisão, insegurança e divisão para decidir se deve permanecer ou não no canguru, no hospital.

➤ Participar do MC leva a família a ter de colocar em jogo sua capacidade e sua limitação para atender às duas demandas – a do filho prematuro e a da vida familiar.

➤ A necessidade de enfrentar demandas que não estejam usualmente no contexto familiar pode levar a família, principalmente a mãe, a constatar a impossibilidade de participar do MC.

➤ A impossibilidade materna de estar no MC sinaliza a fragilidade familiar para atender à dupla demanda criada pela presença do prematuro no método.

O estudo da família no MC vem apresentar novas perspectivas para a assistência à tríade mãe-bebê-família, uma vez que a compreensão e a aplicação dos conceitos desenvolvidos conferem prontidão para aqueles que estão envolvidos na assistência, por aguçar a sensibilidade para situações e problemas relacionados à questão. Assim, destaco os seguintes pontos que devem ser contemplados na prática clínica no MC:

- ampliar o foco de atenção trazendo o prematuro para o contexto de sua família;
- tomar a família do bebê como uma unidade de cuidado, considerando suas restrições e seus recursos contextuais;

➤ considerar a experiência vivida pela família no MC sem deixar de vislumbrar os outros momentos vividos anteriormente diante do parto prematuro, bem como as suas condições sociais, econômicas e culturais para estar no método;

➤ assistir o bebê prematuro e sua família utilizando novas formas ou programas de assistência para aqueles que não podem participar da metodologia canguru no hospital.

Mesmo diante de aspectos tão relevantes para o MC, é importante ressaltar que o quadro teórico da família no método possibilita a compreensão do fenômeno, mas não o apresenta na sua totalidade; os aspectos aqui considerados podem ser ampliados ou até aprofundados uma vez que, gradualmente, pode ocorrer o refinamento dos conceitos a partir do aparecimento de novos dados ou grupos amostrais.

ANEXOS

Anexo A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de ética em pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº 123/02

Interessada: Prof^a. Laíse Conceição Caetano
Depto Materno-Infantil e Saúde Pública – EEnf /UFMG

Voto:

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou no dia 18 de setembro de 2002 o projeto de pesquisa intitulado «**Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família** » e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto. O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof. Dr. Dirceu Bartolomeu Greco
Presidente do COEP/UFMG

Anexo B**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Nome da pesquisa: VIVENDO NO MÉTODO CANGURU: TRIÁDE BEBÊ-MÃE-FAMÍLIA.

Pesquisador responsável: LAISE CONCEIÇÃO CAETANO
COREN nº 28617 - MG

Informações sobre a pesquisa: SOU ENFERMEIRA E PROFESSORA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS E, NESTA PESQUISA, QUERO SABER COM A MÃE E A FAMÍLIA DO BEBÊ PREMATURO VIVEM A EXPERIÊNCIA DE PARTICIPAR DO MÉTODO CANGURU. QUERO SABER O QUE É ESTAR COM O FILHO NO MÉTODO, QUEM SÃO OS MEMBROS DA FAMÍLIA DO BEBÊ E COMO ESSAS PESSOAS (PAI DO BEBÊ, AVÓS, IRMÃOS E PESSOAS LIGADAS A ELE) VÊM A INTERNAÇÃO DA MÃE DO BEBÊ PARA FICAR COM ELE NO HOSPITAL. É IMPORTANTE AINDA SABER COMO ELES SE ORGANIZAM EM CASA ENQUANTO A MÃE ESTÁ NO MÉTODO CANGURU.

COM A PESQUISA, QUERO CONHECER A EXPERIÊNCIA DA MÃE E FAMÍLIA DO BEBÊ NO MÉTODO CANGURU VISANDO OFERECER CONDIÇÕES PARA TRABALHAR COM O BEBÊ PREMATURO, CONSIDERANDO TAMBÉM A SUA FAMÍLIA.

PARA ISSO, CONVIDAMOS VOCÊ A PARTICIPAR DESSE ESTUDO, ASSUMIMOS O COMPROMISSO DE MANTER SIGILO QUANTO À SUA IDENTIDADE E GARANTIMOS QUE VOCÊ TERÁ TOTAL LIBERDADE DE DESISTIR DE PARTICIPAR NO DECORRER DA PESQUISA. SOLICITAMOS, TAMBÉM, SUA PERMISSÃO PARA GRAVAR A ENTREVISTA E POSTERIOR PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

EU _____

RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações anteriores, e ciente dos meus direitos abaixo relacionado, concordo em participar, desde que tenha.

1. A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas da entrevista antes e durante o transcurso da pesquisa podendo afastar-me a qualquer momento se assim o desejar.
2. A segurança plena de que não serei identificada mantendo o caráter oficial da informação.
3. A segurança de que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo, não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, não terei nenhum tipo de risco, dano físico, ou mesmo constrangimento moral e ético.
4. A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas fases da pesquisa é do pesquisador, bem como fica assegurado que haverá ampla divulgação dos resultados finais nos meios de comunicação e órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.
5. A garantia de que todo o material resultante será usado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado a qualquer momento.

Tendo ciência do exposto acima, desejo participar da pesquisa.

Belo Horizonte, de _____ de _____

Assinatura do entrevistado

Assinatura do responsável *

* Será solicitado assinatura do responsável quando o entrevistado for adolescente.

Anexo C

DESCRIÇÃO DAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES

Família 1

Família procedente de Belo Horizonte – MG. O esposo com 37 anos, é mecânico e possui o ensino fundamental completo. A esposa com 32 anos tem atuação somente no lar e não conseguiu concluir o ensino fundamental. Casados há 10 anos, têm dois filhos vivos, uma vez que, perderam duas gestações por prematuridade das crianças. A primeira filha tem 7 anos, e após duas perdas, o casal teve um bebê prematuro que nasceu com idade gestacional (IG) de 26-27 semanas e peso de 850g. A gravidez foi muito desejada e o parto prematuro em função do agravamento do quadro de hipertensão materna. Após o nascimento, o recém-nascido ficou duas semanas na Unidade de Tratamento Intensivo e, ao voltar para a Unidade Neonatal, foi para o setor de isolamento permanecendo até a alta hospitalar. Em função do isolamento do filho, a família (pai e mãe) ficou no domicílio, mas conseguiu vir todos os dias para o posicionamento canguru no hospital durante dois meses. A criança recebeu alta hospitalar com 39-40 IG e o pesa 2.120g.

Família 2

Família procedente de Belo Horizonte – MG. Mãe de 19 anos vive com o companheiro de 21 anos. O pai possui o ensino fundamental incompleto, mas a mãe conseguiu concluí-lo. Ambos trabalham como camelôs nas ruas de Belo Horizonte. Juntos há dois anos, não tiveram perdas anteriores de filhos e não haviam planejado a gravidez, a esposa ficou gravidez no momento da troca de método contraceptivo. O primeiro nasceu com 28 semanas de IG pesando 1.260 g. A mãe teve oportunidade de permanecer no hospital em um alojamento destinado às mães cujos bebês ainda estão na unidade neonatal. Com refluxo gástrico e persistente queda de saturação de oxigênio, a criança demorou a ser transferida para a enfermaria canguru. Mãe e filho permaneceram por 20 dias na enfermaria tendo a presença da avó e tia materna para apoio e ajuda. O trabalho do esposo impediu a sua presença constante no hospital. A alta hospitalar ocorreu quando a criança atingiu o peso de 1.720 g e 38 IG.

Família 3

Família procedente de Belo Horizonte – MG. O esposo com 26 anos de idade e com ensino fundamental incompleto trabalha como camelô em Belo Horizonte e região metropolitana. A esposa com 27 anos, segundo grau completo, trabalha como auxiliar de administração escolar. Casados há quatro anos e sem perdas anteriores, planejaram a primeira gravidez. O pré-natal a gestante não teve intercorrências, mas após o diagnóstico de gravidez gemelar foi encaminhada para assistência a gestação de risco. Os bebês nasceram com 33 semanas de IG, o 1º gemelar nasceu com 1.510g e o 2º com 2.040 g peso. Os gêmeos evoluíram pós-natal sem intercorrências. Para a internação conjunta no canguru, a mãe recebeu o 2º gemelar, que nasceu com maior peso e, após aproximadamente 12 dias recebeu o 1º gemelar. O tempo de permanência no canguru foi de 25 dias, tempo necessário para o ganho de peso do bebê com peso menor ao nascer. Os gêmeos receberam alta com 1.750 g e 2.365 g, respectivamente.

Família 4

Família procedente de Ipatinga, cidade distante cerca de 400 Km de Belo Horizonte - MG. A esposa com 45 anos possui formação técnica industrial e trabalha como auxiliar de escritório. O esposo com 38 anos, curso fundamental completo, está a dois anos trabalhando como motorista nos EUA. Casados há 6 anos, perderam o primeiro filho que nasceu com 27 semanas de IG em Ipatinga há 5 anos atrás. A causa da perda deveu-se a uma alteração rara na circulação feto-placentária que impedia a circulação fetal na medida em que o feto ia crescendo. A mãe, quando engravidou pela segunda vez estava com o esposo nos EUA e, sabendo do risco da gravidez, voltou logo para o Brasil. A segunda gravidez foi considerada de alto risco e por causa disso a gestante teve que vir para o hospital com 25 semanas de gestação. Só foi possível mantê-la até 28 semanas quando então, por risco de morte fetal, o parto cesáreo foi indicado. A filha nasceu com 28 semanas e 805 g. de peso. Pela patologia associada a

gravidez e o grau de prematuridade do bebê, mãe e filha ficaram 120 dias internadas no hospital. O bebê veio para a enfermaria canguru com 32 semanas corrigidas e 1.330 g de peso, porém ficou apenas sete dias quando teve uma apnéia no posicionamento canguru com cianose generalizada. A criança retornou a unidade neonatal permanecendo por três semanas aproximadamente. No retorno ao canguru a criança estava com 39 semanas e o peso de 1.710 g. Permaneceu até 41 semanas e peso de 1.940 g quando teve alta hospitalar.

Família 5

Família procedente de Belo Horizonte – MG. O esposo com 31 anos e 2º grau completo trabalha como investigador. A esposa com 36 anos trabalha como auxiliar administrativo desde a conclusão do curso de magistério. Casados há quatro anos, planejaram a gravidez, pois queria ter o primeiro filho. A gravidez não teve intercorrências, mas após ruptura espontânea de bolsa, nasceu um bebê prematuro de 33 semanas pesando 1.450 g. A criança ficou entubada por 5 dias na unidade neonatal e no décimo dia de vida alcançou a estabilidade clínica. Mãe e filha ficaram 12 dias no canguru. E a alta hospitalar ocorreu quando a criança atingiu o peso 1.720 g com 37-38 semanas IG.

Família 6

Família procedente de Nova Lima, cidade próxima de Belo Horizonte – MG. O pai com 17 anos é pintor autônomo e a mãe com 15 anos trabalhava como babá. Ambos estudaram até a 5ª série do ensino fundamental. Juntos há dois anos tiveram uma perda anterior, perderam o primeiro filho por ter nascido com 26-27 semanas no interior de Minas Gerais. Com um intervalo interpartal muito curto, ou seja, menor que um ano, a segunda gravidez resultou no nascimento de uma criança prematura com 30 semanas e peso de 1.020 gr. Mãe e filho ficaram 30 dias. O bebê recebeu alta hospitalar com 35 semanas pesando 1.560 gr.

Família 7

Procedente de Belo Horizonte – MG. O esposo com 31 anos é pedreiro e estudou até a 5ª série do ensino fundamental. A esposa com 23 anos de idade possui o mesmo tempo de estudo do marido e atuação dentro do lar. Casados há 6 anos, após três gestações, dois partos e um aborto de 11 semanas desejaram ter mais um filho. O bebê nasceu com 29 semanas e peso de 1.045 g, teve dificuldade respiratória, sepse tratada e distúrbio glicêmico tratado. Assim só após 25 dias na unidade neonatal, foi possível a internação conjunta no MC. Mãe e filha ficaram 17 dias no canguru e a alta hospitalar ocorreu quando a criança atingiu o peso de 1.720 g e a IG 38-39 semanas.

Família 8

Procedente de Santa Luzia – MG. O esposo com 25 anos é operador de chave e possui o ensino fundamental completo. A esposa com 28 anos possui o 2º grau incompleto e atuação somente dentro do lar. Com 6 anos de união conjugal o casal teve uma perda anterior, a perda foi de uma gravidez gemelar e deixou a mãe deprimida. Fez tratamento para conseguir engravidar novamente, mas não obteve sucesso. Quando ia fazer nova tentativa, após três anos da primeira perda, ficou grávida. A princípio, a gravidez desenvolveu sem problemas, mas com 27 semanas de gestação a pressão arterial subiu muito e a gravidez teve que ser interrompida. O bebê nasceu pesando 690 gr. Por ser muito baixo peso, o bebê passou 45 dias na unidade neonatal e 15 no canguru junto da mãe. Teve intercorrências como distúrbio respiratório e dois episódios de sepse. No segundo episódio de sepse foi necessário o retorno a Unidade Neonatal para o tratamento e acurada a avaliação clínica. Após o término do tratamento mãe e filho ficaram no MC por aproximadamente 10 dias quando então foi possível a alta hospitalar com peso de 1.750 g.

Família 9

Casal procedente de Contagem – MG. Pai com 26 anos estudou por apenas três anos e trabalha como gari coletor da Prefeitura de Contagem. A mãe com 25 anos é hipertensa grave, estudou até a 5ª série do ensino fundamental e, até a gravidez trabalhou como auxiliar de cozinha em restaurante. Casados há 6 anos, não tiveram perdas anteriores. Tem dois filhos, o primeiro com 4 anos e a segundo foi planejado. Nasceu prematuro com 29 semanas e 900 g. de peso. A mãe e o pai acompanharam o filho na unidade neonatal por quatro semanas, a mãe vinha todos os dias ao hospital até conseguir vaga na enfermaria canguru. Quando foi possível a internação conjunta, ficou 30 dias. A criança distúrbios

respiratórios e apresentou retinopatia da prematuridade tendo que se submeter a tratamento cirúrgico. A alta hospitalar ocorreu com 38-39 semanas e peso 1.910 g.

Família 10

Procedentes de Esmeraldas – MG. O pai com 31 anos é metalúrgico e possui o 2º grau completo. A mãe com 27 anos, ensino fundamental completo trabalha com confecção de roupas femininas. Com sete anos de união, o casal tentou ter filhos durante cinco anos por meio de tratamento para infertilidade. Após um ano do término do tratamento para engravidar a gravidez surgiu, foi uma surpresa. A criança nasceu com 25 semanas e peso de 760 g após ruptura espontânea de bolsa. Pela prematuridade extrema, o bebê teve distúrbio respiratório grave e ficou na dependência de oxigênio por aproximadamente 4 semanas. O pai e, principalmente, a mãe ficaram dois meses com a criança no hospital, mais especificamente 32 dias no canguru. A criança recebeu alta hospitalar com peso 1.890 g e 38-39 semanas de IG.

Família 11

Casal procedente de Nova Era, cidade distante 200 km de Belo Horizonte - MG. O esposo com 36 anos de idade e ensino fundamental incompleto, trabalha como vigilante. A mãe com a mesma idade tem curso fundamental completo e atuação somente no lar. Casados há sete anos, sem perdas anteriores, planejaram a gravidez para completar o número de filhos que desejavam. O primeiro filho tem quatro anos de idade e o segundo filho nasceu com 32 semanas de IG e 1.365g de peso. A criança teve uma boa evolução pós-natal, mas a mãe ficou 32 dias no canguru. O período no canguru foi grande em função da distância do local de moradia dos pais, ou seja, foi preciso assegurar a condição clínica do bebê para que ele pudesse retornar sem risco para a cidade de origem. A alta hospitalar foi possível quando a criança atingiu o peso de 1.820 g e IG de 38 semanas.

Família 12

Família procedente de Belo Horizonte - MG. O esposo tem 30 anos, ensino fundamental incompleto e trabalha no setor de serviços gerais de uma transportadora. A esposa com 27 anos e ensino fundamental também incompleto tem atuação somente no lar. Casados há cinco anos, a esposa teve dois abortos sem saber o motivo das perdas. A terceira gravidez resultou no nascimento de um bebê com 29 semanas e peso de 895 g. A criança teve distúrbio respiratório, sepse tardia e icterícia neonatal tardia. Mãe e filho ficaram juntos por 33 dias na enfermaria canguru. A gravidez foi bastante desejada pela mãe. A família, principalmente o esposo, manteve-se distante durante o tempo de internação no hospital. A alta hospitalar com 39 semanas de IG e peso 1.940 g.

Família 13

Mãe procedente da Bahia e o pai de Teófilo Otoni – MG. O marido tem 28 anos, trabalha como pedreiro autônomo e estudou apenas quatro anos do ensino fundamental. A mãe com 26 anos tem o mesmo tempo de estudo do marido e trabalha como doméstica. Casados há sete anos e meio, possuem duas filhas, uma com sete anos e outra com dois anos e meio. A terceira gravidez não foi planejada e a mãe aceitou a gravidez com o tempo. A criança nasceu com 25 semanas e 810 g de peso, ficou cerca de 68 dias na unidade neonatal pela sua imaturidade extrema e pela impossibilidade da mãe de ficar na enfermaria canguru. Com duas filhas pequenas, a mãe não conseguiu ficar hospital. O pai não pode ajudar no cuidado das filhas, pois só estava presente em casa à noite. A mãe não tinha outras pessoas que pudessem ajudá-la, dessa forma, só conseguia ver a filha prematura três vezes por semanas. A criança teve parada cárdiorrespiratória grave, hemorragia intracraniana grau I, sepse tardia e evolução lenta de sucção e deglutição. Recebeu alta com peso de 2.115 g e com 40 semanas de IG.

Família 14

Procedente Santa Luzia, cidade próxima de Belo Horizonte - MG. A mãe tem 26 anos, curso fundamental incompleto e possui atuação no lar. O companheiro é aposentado por invalidez com idade de 35 anos. Vivem juntos há dois anos e meio. A mãe possui um filho de quatro anos, cujo pai não é o atual companheiro. Sem perdas anteriores, na segunda união, teve uma filha que se encontra com 11 meses de idade. A terceira gravidez não foi planejada e evoluiu até 32 semanas. A gravidez gemelar resultou no nascimento de um menino que pesou 1.760 g e de uma menina com 1.640 g. Os gêmeos tiveram uma boa evolução pós-natal e ficaram 15 dias no hospital. A mãe não pode internar

com os filhos gêmeos por causa dos outros filhos, principalmente a filha de 11 meses e por causa do marido que é deficiente físico. Os gêmeos receberam alta com 1.980 g e 1.790 g respectivamente.

Família 15

Família procedente de Conselheiro Pena – MG. O esposo tem 36 anos, ensino fundamental incompleto e trabalha como carreteiro autônomo. A esposa com 28 anos possui 2º grau completo e trabalha como supervisora de recurso humanos na área de reflorestamento. O casal tem oito anos de casados com dois filhos, sete e cinco anos de idade, respectivamente. Sem perdas anteriores, a terceira gravidez não foi planejada, surgiu na troca de método contraceptivo mas, diante do diagnóstico, o casal aceitou a vinda da criança. Ela nasceu com 31 semanas de IG e 1.440 g após um descolamento prematuro de placenta. A mãe teve hemorragia grave no pós-parto o que a levou a ficar internada por mais tempo do que o esperado para o parto esperado. Em consequência do parto complicado e intensa perda de sangue mãe ficou muito fraca. Pelo estado de saúde materna, a médica não recomendou a participação no canguru. A criança ficou 18 dias na unidade neonatal com boa evolução. A mãe alegou que não podia ficar no canguru não só pela sua saúde, mas também pela família que estava longe e pelo trabalho, pois a sua sobrevivência e da família dependiam do trabalho conjunto com o esposo. A alta hospitalar ocorreu quando a criança atingiu o peso de 1.720 g e 37 semanas de IG.

Família 16

Procedentes de Sete Lagoas – MG. O pai com 27 anos, ensino fundamental completo trabalha como produtor rural. A mãe com 26 anos possui também o ensino fundamental completo e atuação somente no lar. Casados há sete anos, sem perdas anteriores com uma filha de cinco anos, não planejaram a segunda gravidez apesar de querer ter outro filho. O bebê nasceu com 29 semanas IG e 1.090 g. Ficou 15 dias na unidade neonatal por distúrbio respiratório e necessidade de assistência ventilatória. No canguru, mãe e filho permaneceram por 33 dias. Com o peso de 1.840 g mãe e filho receberam alta hospitalar.

Família 17

Casal procedente de Belo Horizonte – MG. Esposo com 23 anos e esposa com 19 anos possuem um ano e meio de casados. Ele tem o ensino fundamental completo e trabalha como garçom, mas está desempregado. Ela era estudante, mas largou os estudos após o casamento. O casal planejou a gravidez e a criança nasceu com 31 semanas de IG pesando 1.870 g. A gravidez evoluiu sem intercorrência e o parto foi prematuro sem causa definida. O recém-nascido ficou oito dias na unidade neonatal e seis dias no canguru para um período de adaptação com a mãe e o pai, pois estava com peso e boa condição clínica para alta hospitalar. A alta hospitalar com peso de 1.980 g.

Família 18

Procedente de área rural no Município Rio Acima – MG. Mãe solteira com 24 anos, separada do companheiro de 28 anos. Ambos possuem ensino fundamental completo. O pai trabalha como representante comercial e, antes da gravidez a mãe trabalhava como balconista. A gravidez não foi planejada, pois o casal estavam morando juntos por 6 meses, segundo a mãe, a gravidez surgiu por causa do rompimento do preservativo no momento da relação sexual. Ela se separou do companheiro pouco antes do parto por motivo de desentendimentos entre o casal. Pelo quadro de hipertensão arterial, a gravidez teve que ser interrompida, a criança nasceu com 27 para 28 semanas IG pesando 810 g. Ficou 30 dias na unidade neonatal e a mãe não pode acompanhá-la de forma contínua, nesse momento pois morava longe do hospital. Diante do convite para internação conjunta, a mãe logo atendeu o chamado e, permaneceu 30 dias MC. A alta hospitalar ocorreu quando a criança atingiu o peso de 1.890 g e 37-38 semanas de IG.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ser bastante é não atraíçoar, é não apequenar, é uma abertura inteligente para a imensidão do fenômeno humano.

Roberto Crema

ACOLET, D.; SLEATH, K.; WHITTELOW, A. Oxygenation, heart rate and temperature in very low birthweight infants during skin-to-skin contact with their mothers. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, v. 78, p. 189-193, 1989.

AFFONSO, D.; BOSQUE, E.; WAHLBERG, V.; BRADY, J. P. Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in an American tertiary level intensive care nursery. **Neonatal Network**, Santa Rosa, v. 12, n. 3, p. 25-32, April 1993.

AFFONSO, D.; WAHLBERG, V.; PERSSON, B. Exploration of mothers' reactions to the kangaroo method of prematurity care. **Neonatal Network**, Santa Rosa, v. 7, n. 6, p. 43-51, 1989.

ANDERSON, G. C. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infant. **Breastfeeding Review**, Nuna Wading, v. 2, n. 8, p. 364-72, Nov. 1993.

ANGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 7-14, 1999.

ANGELO, M. **Com a família em tempos difíceis**: uma perspectiva de enfermagem. 1997. 117f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

BARBIERI, M. A.; SILVA, A. A. M.; BETTIOL, H.; GOMES, U. A. Fatores de risco para a tendência ascendente do baixo peso ao nascer em nascidos vivos de parto vaginal no sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 596-602, 2000.

BAUER, J.; SONTHEIMER, D.; FISCHER, C.; LINDERKAMP, O. Metabolic rate and energy balance in very low birth weight infants during kangaroo holding by their mothers and fathers. **Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 129, n. 4, p. 608-611, Out. 1996.

BAUER, K.; PYPER, A.; SPERLING, P.; UHRIG, C.; VERSMOLD, H. Effects of gestational and postnatal age on body temperature, oxygen consumption, and activity during early skin-to-skin contact between preterm infants of 25-30 week gestation on their mothers. **Pediatric Research**, Basel, v. 44, n. 2, p. 247-251, Aug. 1998.

BAUER, K.; UHRIG, C.; SPERLING, P.; PASEL, K.; WIELAND, C.; VERMOLD, H. Body temperatures and oxygen consumption during skin-to-skin (Kangaroo) care in stable preterm infants weighing less than 1500g. **Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 130, n. 2, p. 240-44, Feb. 1997.

BELLI, A. J. **Mães com filho internado na UTI neonatal**: um estudo sobre representações sociais. 1999. 129f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

BERGAMAN, N. J.; JÜRISOO, L. A. The “kangaroo-method” for treating low birth weight babies in developing country. **Tropical Doctor**, London, v. 24, p. 57-60, April 1994.

BLAYMORE BIER, J.; FERGUSON, A. E.; MORALES, Y.; LIEBLING, J. A.; ARCHER, D.; OH, W.; VOHR, B. R. Comparison of skin-to-skin contact with standard contact in low-birth-weight infants who are breast-fed. **Archives Pediatrics & Adolescent Medicine**, Chicago, v. 150, p. 1265-1.269, 1996.

BOHLAND, A. K; MELLO JORGE, M. H. P. Mortalidade infantil de menores de um ano de idade na região do sudoeste do estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 366-73, 1999.

BOSQUE, E. M.; BRADY, J. P.; AFFONSO, D. D.; WAHLBERG,V. Physiologic measures of kangaroo versus incubator care in a tertiary level nursery. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, Hagerstown, v. 2, n. 3, p. 219-26, Mar./Apr. 1995.

BOUSSO, R. S. **Buscando preservar a integridade da unidade familiar**: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI pediátrica. 1999. 191f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

BOWLING, S.; GOZUM, E.; McEVOY, G.; DURAND, M. Prone positioning improves functional residual capacity (FRC), respiratory compliance (CRS), and oxygenation in intubated preterm infants less than 1250g. **Pediatric Research**, Basel, v. 43, n. 4, p. 168-174, May 1998.

BRADT, J. O. Tornando-se pais: famílias com filhos pequenos. In: McGOLDRICK, M.; CARTER, B. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar**. 2. ed. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p. 206-221.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693 de 5 de Julho de 2000**. Brasília. Disponível em: [www//saude.gov.com.br](http://www.saude.gov.com.br) . Acesso em: 22 ago. 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/SPS. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social/BNDES. Fundação Orsa. **Boletim Informativo Método Mãe Canguru** n. 2, out/nov/dez. 2001. Disponível em: www.metodomaecanguru.org.br . Acesso em: 23 mar. 2002a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/SPS. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social/BNDES. Fundação Orsa. **Boletim Informativo Método Mãe Canguru** n. 3, jan/fev/mar. 2002. Disponível em: www.metodomaecanguru.org.br . Acesso em: 23 mar. 2002b.

BREGMAN, J. Developmental outcome in very low birthweight infants. Current status and future trends. **Pediatric Clinics of North America**, Philadelphia, v. 45, n. 3, p. 673-90, June 1998.

CARTER, B.; McGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar**. 2. ed. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p. 30-60

CASSIANI, S. B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista Latino Americana de Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 75-88, dez. 1996.

CATTANEO, A.; DAVANZO, R.; UXA, F.; TAMBURLINI, G. Recommendations for the implementation of kangaroo mother care for low birthweight infants. **Acta Paediatrica** , Stockholm, v. 87, n. 4, p. 440-5, abr. 1998a.

CATTANEO, A.; DAVANZO, R.; BERGMAN, N.; CHARPAK, N. Kangaroo mother care in low-income countries. **Journal of Tropical Pediatrics**, London, v. 44, p. 279-82, Oct. 1998b

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism**: an introduction, an interpretation, an integration. 3. ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1989.

CHARPAK, N.; CALUME, Z. F.; HAMEL, A. **O método mãe canguru. Pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras**. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 1999. p. 124.

CHARPAK, N.; RUIZ, J. G.; CALUME, Z. F. Humanizing neonatal care. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 89, n. 5, p. 501-502, May 2000.

CHARPAK, N.; RUIZ-PELÁEZ, J. G.; CALUME, Z. F. Current knowledge of kangaroo mother intervention. **Current Opinion in Pediatrics**, v. 8, p. 108-112, 1996.

CHARPAK, N.; RUIZ-PELÁEZ, J. G.; CALUME, Z. F.; CHARPAK, Y. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants < 2000 grams: a randomized, controlled trial. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 100, n. 4, p. 682-688, Oct. 1997.

CHARPAK, N.; RUIZ-PELÁEZ, J. G.; CHARPAK, Y. Rey-Martinez kangaroo mother program: an alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two cohort study. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 94, n. 6, p. 804-810, Dec. 1994.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p.77-94.

CHRISTENSSON, K. Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 85, n. 11, p. 1354-1360, Nov. 1996.

CHRISTENSSON, K.; BHAT, G. J.; AMADI, B.C.; ERIKSSON, B.; HÖJER, B. Randomised study of skin-to-skin versus incubator care for rewarming low-risk hypothermic neonates. **Lancet**, Barcelona, v. 352, p. 1115, Oct. 1998.

CHRISTENSSON, K.; SILES, C.; MORENO, L.; BELAUSTEQUI, A.; De La FUENTE, P.; LAGERCRANTZ, H.; PUYOL, P. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 81, n. 6/7, p. 488-493, 1992.

CLEARY, G.; SPINNER, S. S.; GIBSON, E.; GREENSPAN, J. S. Skin-to-skin parental contact with fragile preterm infants. **Journal of the American Osteopathic Association**, Chicago, v. 97, n. 8, p. 457-460, Aug. 1997.

COLONNA, F.; UXA, F.; GRAÇA, A. M.; VONDERWELD, U. The “kangaroo-mother” method: evaluation of an alternative model for the care of low birth weigh new borns in developing countries. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 31, p. 335-339, 1990.

CONSTANTINO, J. C.; ADAMSON-MACEDO, E. N.; STEVENSON, D. K. MIRMIRAM, M.; FLEISHER, B. E. Effects of skin-to-skin holding on general movements of preterm infants. **Clinical Pediatrics**, Philadelphia, v. 38, n. 8, p. 467-471, Aug. 1999.

COOPER, R. L.; GOLDENBERG, R. L.; CREASY, R. K.; DUBARD, M. B.; DAVIS, R. O.; ENTMAN, S. S.; IAMS, J. D.; CLIVER, S. P. A multicenter study of preterm birth weight and gestacional age-specific neonatal mortality. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 168, n. 1, p. 78-84, Jan. 1993.

CRONIN, C. M. G.; SHAPIRO, C. R.; CASIRO, O. G.; CHEANG, M. S. The impact of very low-birty-weight infants on the family is long lasting. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, Chicago, v. 149, p. 151-158, Feb. 1995.

DUNST, C. J.; TRIVETTE, C. M. Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. **Pediatric Nursing**, Pitman, NJ, v. 22, n. 4, p. 334-337, Jul./Aug. 1996.

FELDMAN, R.; EIDELMAN, A. I. Intervention programs for premature infants. How and do they affect development? **Clinics Perinatology**, Philadelphia, v. 25, n. 3, p. 613-26, Sep. 1998.

FELDMAN, R.; WELLWE, A.; EIDELMAN, A. I.; SIROTA, L. Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother-infant skin-to-skin contact (Kangaroo Care) to family interaction, proximity and touch. **Journal of Family Psychology**, Washington, DC, v. 17, n. 1, p. 94-107, Mar. 2003.

FISCHER, C. B.; SONTHEIMER, D.; SCHEFFER, F.; BAUER, J.; LINDERKAMP, O. Cardiorespiratory stability of premature boys and girls during kangaroo care. **Early Human Development**, Limerick, v. 52, n. 2, p. 145-153, 1998.

FURLAN, C. E. F. B. **Implantação do método mãe-canguru**: percepção do enfermeiro e dos pais sobre a vivência. 2002. 176f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

FURMAN, L.; KENNEL, J. Breastmilk and skin-to-skin kangaroo care for premature infants. Avoiding bonding failure. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 89, n. 11, p. 1280-3, Nov. 2000.

GALE, G.; FRANCK, L.; LUND, C. Skin-to-skin (kangaroo) holding of the incubated premature infant. **Neonatal Network**, Santa Rosa, v. 12, n. 6, p. 49-57, Sep. 1993.

GENARO, S.; STRINGER, M. Stress and health in low birth weigh infants: a longitudinal study. **Nursing Research**, New York, v. 40, n. 5, p. 308-311, Sep./Oct. 1991.

GLASER, B. G. **Theoretical sensitivity**. Mill Valey: Sociology Press, 1978.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. New York: Aldine, 1967.

GOMES, M. M. F. **As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI neonatal**: construindo possibilidades de cuidado. 1999. 238 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

GORDIN, P.; JONSON, B. H. Tecnology and family-centered perinatal care: conflict or synergy? **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, Hagerstown, v. 28, n. 4, p. 401-408, Jul./Aug. 1999.

GRAY, L.; WATT, L.; BLASS, E. M. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 105, n. 1, p. 1-14, Jan. 2000.

HAQUETE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 23-44.

HAMELIN, K.; RAMACHANDRAN, C. Kangaroo care. **Canadian Nurse**, Montreal, v. 88, n. 6, p. 15-17, Jun. 1993.

HORTA, B. L.; BARROS, F. C.; HALPERN, R.; VITORA, C. G. Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 27-31, 1996. Suplemento 1.

HURST, N. M.; VALENTINE, C. J.; RENFRO, L.; BURNS, P.; FERLIC, L. Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. **Journal of Perinatology**, New York, v. 17, n. 3, p. 213-217, 1997.

JAVORSKI, M. **Os significados do aleitamento materno para as mães de prematuros em cuidado canguru.** 1997. 174f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

JOHNSON, S. H. The premature infant. In: JOHNSON, S. H. **Nursing assessment and strategies for the family at risk.** High-risk parenting. 2. ed. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1986. Cap. 6, p. 129-156.

KARLSSON, H. Skin to skin care: heat balance. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 75, n. 2, p. 130-132, Sep. 1996.

KAWAGOE, J.Y.; SEGRE, C.A.M.; PEREIRA, C.R.; CARDOSO, M.F.S.; SILVA, C.V; FUKUSHIMA, J.T. Risk factors for nosocomial infections in critically ill newborns: a 5-year prospective cohort study. **American Journal of Infection Control**, Mundelein, v. 29, n. 2, p. 109-114, April 2001.

KENNEL, J. H. The humane neonatal care initiative. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 88, n. 4, p. 367-40, April 1999.

KENNEL, J. H.; KLAUS, M. H. Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. In: KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais/bebê: a formação do apego.** Tradução Daise Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 170-244.

KIRSTEN, G. F.; BERGMAN, N. J.; HANN, M. F. Kangaroo mother care in the nursery. **Pediatric Clinics of North America**, Philadelphia, v. 48, n. 2, p. 443-452, April 2001.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo. Construindo bases para um apego seguro e para a independência.** Tradução Maria Rita Hofmeister. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 121-149.

LA PINE, T. R.; JACKSON, C.; BENNETT, F. C. Outcome of infants weighing less than 800 grams at birth: 15 year's experience. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 96, n. 3, p. 479-483, Sep. 1995.

LAMY, Z. C. **Unidade neonatal: um espaço de conflitos e negociações.** 2000. 160f Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da mulher). Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas.** Tradução Heloísa Monteiro e Francisco Sittineri. Porto Alegre: ARTMED, Belo Horizonte, 1999. p. 165-196.

LEEuw, R.; COLIN, E., M.; DUNNEBIER, E. A.; MIRMIRAN, M. Physiological effects of kangaroo care in very small preterm infants. **Biology of the Neonate**, Basel, v. 59, n. 3, p. 149-155, Mar. 1991

LEGAUT, M., GOULET, C. Comparison of kangaroo and tradicional methods of removing preterm infants from incubators. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, Hagerstown, v. 24, n. 6, p. 501-506, Jul./Aug. 1995.

LEMONS, P. K.; LEMONS, J. A. Transition to breast/bottle feedings: the premature infant. **Journal of the American College of Nutrition**, New York, v. 15, n. 2, p. 126-135, 1996.

LEONE, C.; ALCÂNTARA, P. Etiologia geral da morbidade e da mortalidade da criança. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991. p. 26-34.

LEVY-SHIFF, R.; SHARIR, H.; MOGILNER, M. B. Mother and father-preterm infant relationship in the Hopital Preterm Nursery. **Child Development**, Malden, MA., v. 60, n. 1, p. 93-102, 1989.

LINCETTO, O.; VOS, E. T., GRAÇA, A.; MACOME, C.; TALLARICO, M; FERNANDES, A. Impact of season and discharge weight on complications and growth of kangaroo mother care treated low birthweight infants in Mozambique. **Acta Paediatrica**., Stockholm, v. 87, n. 4, p. 433-439, April 1998.

LUDINGTON, S. .M. Energy conservation during skin-to-skin contact between premature infants and their mothers. **Heart & Lung** , St. Louis, v. 19, n. 5, p. 445-51, Sep. 1990.

LUDINGTON-HOE, S. M.; ANDERSON, G. C.; SIMPSON, S.; HOLLINGSEAD, A.; ARGOTE, L. A.; REY, H. Birth-related fatigue in 34-36 week preterm neonates: rapid recovery with very early kangaroo (skin-to-skin) care. **Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing**, Hagerstown, v. 28, n. 1, p. 94-103, Jan./Feb. 1999.

LUDINGTON-HOE, S. M.; FERREIRA, C. N.; GOLDSTEIN, M. R. Kangaroo care with a ventilated preterm infant. **Acta Paediatrica** , Stockholm, v. 87, n. 6, p. 711-713, Jun. 1998.

LUDINGTON-HOE, S. M.; HASHEMI, M. S.; ARGOTE, L. A.; MEDELLIN, G.; REY, H. Select physiologic measures and behavior during paternal skin contact with Colombian preterm infants. **Journal of Developmental Physiology**, v. 18, p. 223-232, 1992.

LUDINGTON-HOE, S. M.; SWINTH, J. Y. Development aspects of kangaroo care. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, Hagerstown, v. 25, n 8, p. 691-703, 1996.

LUNDINGTON-HOE, S. M.; GOLANT, S. K. **Kangaroo care. The best you can do to help your preterm infant**. New York: Bantam Books, 1993. p. 132-133.

MARIOTONI, G. G. B.; BARROS FILHO, A. Peso ao nascer e mortalidade hospitalar entre nascidos vivos, 1975 – 1996. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 1 , p. 71-76, fev. 2000.

MASTERSON, J.; ZUCKER, C.; SCHULZE, K. Prone and supine positioning effects on energy expenditure and behavior of low birth weigh neonates. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 80, n. 5, p. 689-692, Nov.1987.

McCORMICK, M. C.; SHAPIRO, S.; STARFIELD, B. Fatores associated with maternal opinion of infant development – Clues to the vulnerable child? **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 69, n. 5, p. 537-543, May 1982.

McEVOY,C.; MENDOZA, M. E.; BOWLIG, S.; HEWLETT, V.; SARDESAI, S.; DURAND, M. Prone positioning decreases episodes of hypoxemia in extremely low birth weight infants (1000 grams or less) with chronic lung disease. **Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 130, n. 2, p. 305-309, Feb. 1997.

MELLIEN, A. C. Incubators versus mother's arms: body temperature conservation in very-low-birth-weight premature infants. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, Hagerstown, v. 30, n. 2, p.157-164, Mar./Apr. 2001.

MENEZES, A. M. B.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; ALBERNAZ, E.; MENEZES, F. S.; JANNKE, H. A.; ALVES, C.; ROCHA, C. Mortalidade infantil em duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 79-86, 1996a. Suplemento 1.

MENEZES, A. M. B; BARROS, F. C; VICTORA, C. G.; ALVES, C.; ROCHA, C.; ALBERNAZ, E.; MENEZES, F. S.; JANNKE, H. A. Mortalidade perinatal em duas coortes de base populacional do sul do Brasil: tendências e diferenças. **Cadernos de Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 12, p.33-41, 1996b. Suplemento 1.

MESSMER, P. R.; RODRIGUEZ, S.; ADAMS, J.; WELLS-GENTRY, J.; WASHBURN, K.; ZABALETA, I.; ABREU, S. Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. **Pediatric Nursing**, Pitman, NJ, v. 23, n. 4, p. 408-414, Jul./Aug. 1997.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 21-25.

MONDLANE, R. P.; GRAÇA, A. .M. P.; EBRAIM, G. J. Skin-to-skin contact as a method of body warmth for infants of low birth weight. **Journal Tropical Pediatric**, London, v. 35, n. 6, p.321-326, Dec. 1989.

MOONCEY, S.; GIANNAKOULOPOULOS, X.; GLOVER, V.; ACOLET, D.; MODI, N. The effect of mother-infant skin-to-skin contact on plasma cortisol and β endorphin concentrations in preterm newborn. **Infant Behavior and Development**, Norwood, v. 20, n. 4, p. 553-557, 1997.

NEU, M. Parents' perception of skin-to-skin care with their preterm infants requiring assisted ventilation. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, Hagerstown, v. 28, n.2, p.157-164, Mar./Apr. 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação internacional de crianças**. 9ª revisão, 1975. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1979.

PATTERSON, J. .M. Promoting resilience in families experiencing stress. **Pediatric Clinics of North America**, Philadelphia, v. 42, n. 1, p. 47-63, Feb. 1995.

PENALVA, O. Seguimento de bebê de alto risco. In: NESTLÉ. 53º **Curso Nestlé de Atualização em Pediatria**. Manaus: Serviço de Informação Científica Nestlé, 1996.

PERRIN, E. C.; WEST, P.; CULLEY, B. S. Is my child normal yet? Correlates of vulnerability. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 83, n. 3, p. 355-362, Mar. 1989.

PERRONI, A. G.; BITTAR, R. E.; FONSECA, E. S. B.; MESSINA, M. L.; MARRA, K. C.; ZUGAIB, M. Prematuridade eletiva: aspectos obstétricos e perinatais. **Revista de Ginecologia & Obstetrícia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 67-71, 1999.

POWELL, K.A. Ambiguous loss of premature birth. In: MARTIN, A. Premature baby, premature child. New York, 2002. Disponível em: www.prematurity.org. Acesso em 1º ago. 2003

REGO, A. S. M. **Diagnóstico perinatal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais em 1991**. 1994. Dissertação (Mestrado em Pediatria) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1994.

RULAND, C. M.; MOORE, S. M. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. **Nursing Outlook**, St. Louis, v. 46, n. 4, p. 169-175, Jul/Aug. 1998.

SAVITZ, D. A.; BLACKMORE, C. A.; THORP, J. M. Epidemiologic characteristics of preterm delivery: etiologic heterogeneity. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 164, n. 2, p. 467-471, Feb. 1991.

SCOCHI, C. G. S. **A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**. 2000. 220f. Tese (Livre Docência) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SINGER, L. T.; SALVATOR, A.; GUO, S.; COLLIN, M.; LILIEN, L.; BALEY, J. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 281, n. 9, p. 799-805, Mar. 1999.

SLOAN, N.; CAMACHO, L. W.; ROJAS, E. P.; STERN, C. Kangaroo mother method: randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants. **Lancet**, Barcelona, v. 344, p.782-785, Sep. 1994.

SONTHEIMER, D.; FISCHER, C. B.; SCHEFFER, F.; KAEMPF, D.; LINDERKAMP, O. Pitfalls in respiratory monitoring of premature infants during kangaroo care. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 72, p. 115-117, 1995.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. **Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative**. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1995. p.146 –160.

TESSIER, R.; CRISTO, M. VELEZ, S.; GIRÓN, M.; CALUME, Z.; RUIZ-PALÁEZ, J.G.; CHARPAK, Y.; CHARPAK, N. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 102, n. 17, p. 390-391, 1998a.

TESSIER, R.; CRISTO, M.; VELEZ,S.; CALUME, Z. F.; CHARPAK, Y.; RUIZ-PELAEZ, J. G. ; CHARPAK, N. Kangaroo mother care (KMC): a method of protecting high-risk premature infants against developmental delay. **Pediatric Research**, Basel, v. 43, n. 4, F230, April 1998b.

TÖRNHAGE, C. J.; STUGE, E.; LINDBERG, T.; SERENIUS, F. First week kangaroo care in sick very preterm infants. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 88, n. 12, p. 1402-1404, 1999.

VAN SELL, S. L. E KALOFISSODIS, I. A. A complexity nursing theory. The evolving essence of the science of nursing. Nursing theory page. Available in: [www. Nursing.gr/theory e SvanSell@mail.twu.edu](http://www.Nursing.gr/theory_e/SvanSell@mail.twu.edu). Access in Jan. 28 2003.

VIRGIN, A. The “Kangaroo Method” brings the child back to its mother. In: **Coletânia do Primer Encuentro Internacional Programa Madre Canguro**. Bogotá, 1990.

WEIL, P. **A mudança de sentido e o sentido da mudança**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 2000. p. 17-60.

WESTRUP, B.; KLEBERG, A.; Von EICHWALD, K.; STJERNQVIST, K.; LAGERCRANTZ, H. A randomized, controlled trial to evaluate the effects of thee newborn indivicualized development care and assessment program in a Swedish setting. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 105, n. 1, p. 66- 72, Jan. 2000.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Nurses and families: a guide to family assessment and intervention**. 3. ed. Philadelphia: F. A. Davis, 1999.

WHITELAW, A. Kangaroo baby care: just a nice experience or na important advance for preterm infants? **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 85, n. 4, p. 604-605, April 1990.

WHITELAW, A.; HEISTERKAMP, G.; SLEATH, K.; ACOLET, D.; RICHARDS, M. Skin-to-skin contact for very low birthweight infants and their mother. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 63, p. 1377-1381, 1988.

WHITELAW, A.; SLEATH, K. Myth of the marsupial mother: home care of very low birth weight babies in Bogotá, Colombia. **Lancet**, Barcelona, v. 25, p. 1026-1028, May 1985.

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efetiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 9-10.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Public health aspects of low birth weigh**. Geneva, 1961. (Technical Report, Series, 217).

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002. p. 63-148.