

Construção do papel materno a partir da vivência de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais

The formation of the maternal role from experience of hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit in two models of care

Zeni Carvalho Lamy¹, Denise Streit Morsch², Suely Ferreira Deslandes³, Rosângela Torquato Fernandes⁴, Lívia Janine Leda F. Rocha⁵, Fernando Lamy Filho⁶, Maria Auxiliadora Gomes⁷, Antonio Augusto Moura da Silva⁸ e Maria Elizabeth Moreira⁹

Resumo

Introdução: O nascimento de um recém-nascido pré-termo que necessita de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal representa uma crise na família. Os sentimentos maternos são contraditórios, envolvendo medo, culpa e negação. **Objetivo:** Analisar a construção do papel materno a partir do nascimento de um filho pré-termo internado em UTI Neonatal. **Métodos:** Estudo qualitativo realizado em quatro maternidades, duas no Rio de Janeiro e duas em São Luís. Em cada estado uma unidade utilizava o cuidado tradicional e a outra o Método Canguru. Foram realizadas 20 entrevistas semi-estruturadas, onze em unidades convencionais e nove em unidades canguru. A amostra foi definida pelo critério de saturação. Foram entrevistadas mães de bebês com internação de um a três meses. Realizada análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** Foram identificadas diferenças nos dois modelos assistenciais. Nos locais que utilizavam o Método Canguru, o contato pele a pele e a participação nos cuidados foram fundamentais para a construção da auto-imagem como mãe, influenciando na expectativa materna em relação ao período pós-alta e na construção de projetos de vida para o bebê. As mães do modelo tradicional tinham falas mais influenciadas pelo medo do bebê adoecer e preocupações como medo de visitas, de morte súbita e de doenças incuráveis. **Conclusão:** O Método Canguru facilita o desempenho do protagonismo materno, privilegiando a utilização de recursos próprios na compreensão e condução do que se passa com a mãe e com seu filho, levando ao seu empoderamento. Essa nova tecnologia de cuidado é facilitadora da construção do papel materno.

Palavras-chave: Cuidados intensivos. Método mãe canguru. Recém-nascido de baixo-peso.

Abstract

Introduction: The birth of a preterm baby who needs hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) represents a crisis for the family. The maternal feelings are contradictory, involving fear, guilt and denial. **Objective:** To analyze the maternal role formation after the birth of preterm infants hospitalized in the NICU. **Methods:** This is a qualitative study conducted in four neonatal intensive care units, two in Rio de Janeiro and two in São Luís. In each State one of the units used the traditional care and the other one the Kangaroo care method. Twenty semi-structured interviews were conducted, being eleven in conventional units and nine in kangaroo units. The number of interviews was defined by the saturation criterion. We interviewed mothers of hospitalized infants of one to three months of age. Data were analyzed by thematic approach. **Results:** There were differences in the two care models. At those units where the Kangaroo method was used, the skin contact between the mother and child as well as the participation in the care were essential to build their self-image as a mother, influencing the maternal expectations in relation to post-discharge period and to the planning of life projects for the baby. Mothers who experienced the traditional model had reported to be more influenced by fear of infant to be sick and concerns such as fear of visits, sudden death and incurable diseases. **Conclusion:** Kangaroo care facilitates the performance of maternal protagonism, favoring the use of their own resources in understanding and dealing with problems that are happening with her and her child, leading to their empowerment. This new technology facilitates the formation of the maternal role.

Keywords: Neonatal intensive care. Kangaroo mother method. Low birth weight infant.

Introdução

As internações neonatais, em nosso país, representam um número muito significativo e envolvem especialmente a prematuridade e o baixo peso exigindo equipes e hospitais especializados. Tradicionalmente a sobrevivência destes bebês, mesmo quando da maior gravidade ao nascimento, tem aumentado muito, dando origem a novas questões. Uma delas refere-se ao fato de que grande parte destes

recém-nascidos permanece por um longo período internado, favorecendo agravos cognitivos, sociais e familiares.

Assim, estas crianças além dos cuidados em unidades de tratamento intensivo neonatais, necessitam acompanhamento através de Programas de Seguimento Ambulatorial. Estes compreendem diferentes avaliações e intervenções realizadas por profissionais da área de diagnóstico e quando necessário de reabilitação, tais como: pediatras do

¹ Médica neonatologista. Docente da Universidade Federal do Maranhão. Doutora pelo IFF/FIOCRUZ.

² Psicóloga. Pesquisadora Visitante FIOCRUZ/FAPERJ. Doutora pelo IFF/FIOCRUZ.

³ Socióloga. Docente do IFF/FIOCRUZ. Doutora pela ENSP/FIOCRUZ.

⁴ Médica neonatologista do HUUMI UFMA. Mestrado em Saúde Materno Infantil UFMA.

⁵ Psicóloga. Bolsista Projeto Canguru HUUFMA/MS. Doutora em Psicologia Clínica - PUC-RJ.

⁶ Médico neonatologista. Docente da Universidade Federal do Maranhão. Doutor pelo IFF/FIOCRUZ.

⁷ Médica sanitária. Docente do IFF/FIOCRUZ. Doutora pelo IFF/FIOCRUZ.

⁸ Médico sanitário. Docente da Universidade Federal do Maranhão. Doutor em Medicina - USP.

⁹ Médica neonatologista. Doutora em Medicina - USP. Coordenadora do Núcleo de Pesquisas Clínicas IFF/FIOCRUZ.

Contato: Zeni Carvalho Lamy. E-mail: zenilamy@gmail.com

desenvolvimento, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Posteriormente podem apresentar riscos quanto à aprendizagem escolar, solicitando a presença de novos profissionais especializados em relação às suas aquisições pedagógicas e relacionais. Trata-se, portanto, de uma população que exige por muitos anos, acompanhamento, avaliações e atendimentos na busca de seu melhor desempenho.

Discute-se como fator de proteção ao desenvolvimento desses bebês um bom cuidado individualizado nas práticas hospitalares bem como acolhimento à sua família. Isto protege a integridade do seu sistema nervoso, preserva suas habilidades e competências evolutivas bem como estabelece vínculos afetivos seguros e estáveis.

Adamson-Macedo¹ discute que a condição de prematuridade ainda precisa ser muito bem compreendida para que possamos saber a extensão exata do quanto ela afeta o desenvolvimento da criança. Para facilitar o melhor desenvolvimento do bebê, a autora valoriza as boas condições de saúde do recém-nascido, apesar da ocorrência da prematuridade, e lembra fatores como a organização e suporte da família e do ambiente como fundamentais.

Morsch² e Meio³ *et al.*, observaram que o desenvolvimento de habilidades cognitivas em bebês pré-termos de muito baixo peso ao nascimento (<1500g) e/ou com idade gestacional entre 28-32 semanas, recebe interferência da história materna, do tipo de relação estabelecida entre a mãe e o bebê, da participação ou não da figura paterna nos cuidados com o filho, do relacionamento do casal e da rede de apoio familiar que a díade mãe-bebê possui. Desta forma, torna-se imprescindível um cuidado hospitalar que se mostre atento à formação inicial dos vínculos familiares entre a tríade mãe-pai-bebê, incorporando à assistência o cuidado humanizado na busca da preservação e extremo cuidado com o sistema nervoso e com o mundo relacional deste recém-nascido.⁴

A compreensão de tais questões levaram o Ministério da Saúde do Brasil a criar em 1999 a Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP-MC), um programa reconhecido como Política de Saúde no ano de 2000⁵. A tentativa de mudança, no Brasil,⁶ no que podemos chamar de ecologia hospitalar, oferecendo à criança um cuidado individualizado e a busca por facilitar o encontro entre o bebê e sua família, fundamentou esta proposta do Programa da Criança. Assim, as equipes responsáveis pela atenção ao recém nascido de baixo peso foram capacitadas, através de conceitos teóricos e oficinas de sensibilização, para melhor oferecer acolhimento familiar e reconhecer o bebê como sujeito, promovendo ações práticas do cuidado humanizado.

Com o intuito de avaliar o resultado deste programa, o Ministério da Saúde, através de um convênio com a OPAS, financiou um amplo estudo, do qual fazem parte um estudo quantitativo⁷ e a presente pesquisa qualitativa, que se deteve nas regularidades e contrastes da construção do papel materno por mãe de bebês internados em maternidades de dois modelos de atenção, o cuidado tradicional e o cuidado com a

Metodologia Canguru implantada.

Métodos

Estudo qualitativo, exploratório, baseado no desenho de estudo de caso. Apesar de sua grande diversidade teórico-metodológica, os estudos qualitativos buscam, em última instância, analisar a ação social a partir dos significados atribuídos pelos sujeitos. Já os estudos exploratórios visam aprofundar temáticas pouco estudadas, descrever e interpretar relações e práticas, almejando elaborar hipóteses e traçar novas propostas de pesquisas.

Nos estudos de caso, temos uma escolha metodológica das mais usadas na pesquisa social, pois partem da premissa epistemológica de que o conhecimento é construído a partir do confronto entre a singularidade de um caso ou conjunto de casos e as características contextuais e estruturais que nele se apresentam. O estudo de caso tem o objetivo de compreender, da forma mais abrangente possível, o grupo ou a organização de estudo e desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estruturas.⁸ Assim, se lida, ao mesmo tempo, com questões que surgem no campo empírico e com aquelas que se situam num contexto histórico e também teórico.

Desenho

Foram analisados os significados atribuídos por mães de bebês assistidos em dois modelos diferentes na produção de cuidados de UTI neonatal (compondo, portanto, dois casos de análise): 1. Serviço que junto ao cuidado clínico associa iniciativas de humanização do cuidado, mas sem oferecer às mães a experiência de uma unidade canguru; 2. Serviço orientado pelo modelo de cuidado humanizado (AHRNBP-MC), incluindo a experiência da unidade canguru, uma unidade mãe-bebê onde se dá a presença contínua da mãe ao lado do filho.

Campo da pesquisa

Quatro UTIs Neonatais, sendo duas do município do Rio de Janeiro-RJ e duas de São Luís-MA, com reconhecida qualidade de atendimento, pertencentes ao SUS. Foi selecionada uma unidade com o cuidado tradicional e uma com o “Modelo Canguru” em cada cidade, perfazendo quatro serviços. Estas duas cidades foram escolhidas por possuírem unidades neonatais reconhecidas pela assistência neonatal que oferecem aos seus usuários, ou ainda por participarem do programa de implantação do Método Canguru, serem centros de treinamento para outras equipes, além de possuírem serviços para comporem as duas amostras.

Crítérios de seleção dos sujeitos

Foram selecionadas mães de bebês pré-termos e/ou baixo peso internados em UTI Neonatal, e cuja internação fosse superior a um mês e no máximo de três meses, já que um tempo superior a este denotaria a presença de quadros clínicos significativos no bebê

podendo interferir na percepção materna sobre a sua competência e sua função. Foram critérios de exclusão as mães de bebês com malformações e portadores de síndromes, uma vez que tais experiências são peculiarmente diferenciadas e diferenciadoras no que diz respeito ao objeto em questão, a construção do papel materno. Realizou-se 20 entrevistas semi-estruturadas, sendo onze entrevistas realizadas nas maternidades com atendimento tradicional e nove em maternidades com unidades canguru.

As mães recrutadas foram entrevistadas poucos dias antes da alta do bebê, depois de terem passado por todo o processo de internação, tendo em sua vivência elementos consistentes para falar sobre a atuação dos diferentes interlocutores no processo de co-construção do papel materno.

O processamento e a pré-análise deste acervo qualitativo demandaram a construção de corpora, isto é, acervos de testemunhos/relatos/documentos diversificados e conscientemente escolhidos pelo pesquisador a fim de compor a multiplicidade de experiências e interpretações. O tamanho da amostra foi definido pelo critério de saturação, isto é, a repetição de padrões representacionais e vivenciais, que foi possível dado que cada indivíduo partilha de referências comuns de sua cultura, possuindo um estoque de referência que é, como ressaltam Denzin e Lincoln,⁹ ao mesmo tempo individual e coletivo, biográfico e cultural.

Técnicas de construção de dados e procedimentos de análise

Na interpretação das entrevistas, seguindo uma perspectiva qualitativa organizou-se três fases: análise de contexto de produção e reprodução dos relatos (no caso deste estudo, a internação neonatal em hospitais da rede pública); análise dos relatos, para a qual foi empregada adaptação da análise de conteúdo, seguindo sua modalidade de análise temática¹⁰ e, por fim, análise das inferências, confrontando com a teoria e outros estudos.

As entrevistas, semi-estruturadas, foram realizadas por três psicólogas e uma médica neonatologista, todas treinadas em pesquisa de campo e no uso deste instrumento de pesquisa. Para tanto as mães foram apresentadas e convidadas a participarem do estudo no final da internação de seu bebê, mais especificamente nos dias que antecediam a alta. Após preencherem o Termo de Consentimento Livre e Informado iniciava-se a entrevista.

Esta pesquisa foi aprovada no comitê de ética em pesquisa dos dois hospitais envolvidos e as entrevistas realizadas após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os nomes das mulheres entrevistadas foram omitidos e as falas citadas foram identificadas pelas letras NC (quando o hospital ofereciam cuidados hospitalares tradicionais) e letra C (quando as mães permaneceram na unidade canguru realizando a posição pele a pele).

Resultados

Partimos de cinco temas principais no que se refere aos fatores que influenciam negativa ou

positivamente a construção do papel materno em situação de internação neonatal: dificuldades diante da hospitalização, enfrentamento e suporte, percepção materna sobre o bebê, interação com a equipe e alta hospitalar.

Dificuldades diante da hospitalização

As falas maternas sobre dificuldades diante da hospitalização envolvem comentários que vão desde a ausência e distância da família, até o afastamento do companheiro:

"a gente fica longe. Ficava triste porque ela (mãe da mãe) não podia vir todo o dia"(C)

Outra mãe diz:

"O mais difícil para mim é que eu não tenho família aqui"(C)

Concorre também como dificuldade a preocupação com os cuidados de outros filhos:

"porque eu tenho uma filha pequena. Nunca me separei dela"(C)

Outro item envolve a produção de leite:

"ficava muito preocupada conforme tipo meu leite secando, secando, não consigo tirar nem 5 ml"(C).

Ou então:

"só que depois não saiu mais nada quando fui no banco de leite"(C).

Enfrentamento e suporte

Aqui encontramos o afastamento do marido em função do trabalho:

"ele só vem final de semana. Porque ele trabalha e o patrão libera ele só às cinco horas"(NC).

O enfrentamento da situação de ter um filho recém-nascido internado em uma UTI Neonatal constantemente foi associado à religiosidade, à fé em Deus como um dos recursos utilizados pelas mães para sentirem-se confortadas e apoiadas, durante a crise. Foi também referido como recurso de enfrentamento a importância do apoio das outras mães que partilham desta mesma experiência.

"Mas Deus dá um jeito da gente suportar. É que Deus é tão bom.... Tenho amigas também. Quando uma mãe não sabe alguma coisa, pede para outra ajudar"(NC).

A família também aparece como capacitada a oferecer suporte para o melhor enfrentamento da situação:

"Tem minha família por perto para me ajudar a cuidar dela"(C).

Preferencialmente a mãe da mãe é lembrada

nestes momentos:

“Aí minha mãe falou assim: você conversa com ele porque o melhor remédio é a mãe”(C).

Temos ainda, como fatores de proteção por parte da família, uma rede de apoio que facilita a permanência da mãe no hospital, o que a fez sentir-se cuidada para poder cuidar:

“Eles lá em casa entenderam que no momento ela precisa, já conversei com eles, meus filhos são maiores, né? Mas eles entenderam que ela precisa de mim... Ela precisa de mim no momento. Aí eu entrei um pouco em pânico, mas... Aí depois eu... Conversei bastante com o meu marido, e com os meus irmãos também, aí eles me ajudaram”(C).

As mães acompanhadas por seus companheiros, independente do modelo de cuidados neonatais oferecidos, sentem-se fortalecidas em suas tarefas de maternagem, podendo executá-las de forma mais prazerosa, reforçando-lhes a idéia que não estão sozinhas:

“Eu sei que ele me ajuda muito, sabe? Até em questão mesmo da casa também, de eu não estar ficando em casa, ele se vira, o que ele pode fazer, ele faz”(NC).

Percepção materna do bebê

Aqui encontramos algumas concepções semelhantes nos dois grupos no momento inicial da internação. A percepção do filho recém-nascido nos primeiros momentos de internação se dá especialmente pelo viés da fragilidade. Pequeno, colocado na incubadora e monitorado por muitos aparelhos, trata-se de um bebê estranho e desconhecido para elas. Apontam também para a dificuldade de comunicação com seu bebê, neste início da internação. As mães dos dois grupos comentaram sobre a dificuldade de esboçarem ações, e conseguirem a proximidade desejada com seu bebê neste período:

“Eu chorei, quando vi meu bebê cheio de aparelhos. Pensei que ele não ia resistir, não”(C).

Ou ainda:

“é difícil, né? Chegar numa UTI e ver aquele nenzinho todo miudinho, né?”(NC).

A aparência do bebê, especialmente quando nos primeiros momentos da internação, as remete ao medo através da possibilidade de morte. Por outro lado, para o bebê, neste período, em função de suas condições, fica difícil estimular a proximidade e o contato:

“Aí eu não tinha ação, eu fiquei o tempo todo olhando pra ela tão pequenininha, tão fragilzinha, eu pensei que ela não iria sobreviver, que ela ia morrer, sei lá fiquei triste demais, mas com o passar dos dias eu me senti melhor”(NC).

Com frequência o quadro clínico e as exigências

que ele traz para o pequeno bebê, preenchem todas as observações maternas sobre o filho, não havendo espaço para descobrirem suas características físicas familiares ou suas competências:

“as vezes pode ser apnéia, que as crianças prematuras fazem isto”(NC).

As mães que tiveram experiências com a Metodologia Canguru também relatam dificuldades em observarem seu bebê em virtude da aparelhagem:

“É muito difícil, aquele monte de tubo. Aí quando eu vi foi bem um choque pra mim, né? Ela era muito pequenininha, magrinha. Eu pensava que ela não iria resistir”(C).

A melhora clínica com a retirada do bebê de suportes respiratórios invasivos, início da dieta, deslocamento do recém-nascido para outro local mais calmo da unidade (Unidades Intermediárias ou Unidade Canguru), permitem que as mães de ambos os grupos passem a observar competências nos filhos.

“Eu estou muito feliz, não sei nem como dizer... Porquê no começo eu fiquei muito abatida, mas depois que eu vi minha filha com mais peso, mais gordinha e agora que eu já tô perto de ir para casa com ela eu tô muito feliz”(NC).

As mães que receberam os cuidados canguru comentam mais sobre o bebê que as demais mães e falam sobre o quanto os bebês as maternalizam:

“ela acorda e eu gosto de ver ela de olhos abertos porque pra mim ela tá bem. Ela tá se sentindo bem, ela tá me olhando. Quando eu falo ela fica procurando para onde é que tá falando”(C).

E mais:

“Aí converso com ele também, quando ele está chorando eu converso com ele. Aí quando ele começa: Ah!... Eu: mamãe está aqui do teu lado filho, mamãe não vai sair de perto de você, não... Aí ele fica assim, ó... procurando”(C).

Com esta percepção estabelecem competências no bebê que por sua vez mostram as suas próprias, como expressa uma fala:

“mamãe não vai sair de perto de você, não... tem a proteção o tempo todo de sua mãe”(C).

O que podemos então comprovar é que a melhora do bebê dá início à observação da competência do bebê, seguida pela materna, sendo possível denotar que isto foi ainda mais significativo nas mulheres que realizaram a posição canguru:

“Eu não saía daí, toda hora, aí vinha trazia fralda, trazia roupinha para trocar na incubadora, porque isso é muito triste, ali dentro ficar sozinho, aí trazia lençolzinho de bichinho pra ela né, se sentir mais animadinha. A gente é mãe, então a gente morria de pena, né?”(C);
“Eu acho que isso ajudou muito na recupe-

ração dela, deu está junto, ela está sentindo o meu cheiro assim, então, não sabendo né, que eu sou mãe essas coisas assim"(C);

"Por que aqui eu tô mais perto dele, aí eu tô aprendendo mais. Na UTI eu não sabia de nada. Vai ser muito bom para mim, que eu vou ta perto dele e ele vão saber que eu sou a mãe dele"(C).

Fica evidente nas palavras destacadas acima que as mulheres que permaneceram nas unidades canguru e realizaram a posição pele-a-pele, ao relatarem este momento da internação, passaram a se autôn timer **mães**. Acreditamos que isto ocorreu por se sentirem confortáveis e impregnadas pelas sensações provindas de suas experiências nesta função. Conseguiram valorizar a sua proximidade com o bebê e a avaliaram como fator de recuperação e de novas possibilidades na relação entre ambos.

Interação com a equipe

Nessa temática o relato das mulheres do grupo de cuidados tradicionais aponta para a avaliação de seu desempenho como algo solitário, não havendo experiência de parceria com a equipe e sim de cumprimento de tarefas:

"quando eu chego de manhã eu dou de mamã pra ele. Às vezes não porque ele ainda não tomou banho"(NC).

Uma mãe narra as orientações recebidas:

"Ó mãe, seu monitor está aí. Se acontecer isto e isto você corre e chama a gente, entendeu"(NC).

Comentam ainda a falta de uma maior atenção por parte da equipe:

"só tinha uma residente... Os outros eu tinha que ficar procurando"(NC).

Entretanto, aparecem destaques individuais de pessoas da equipe:

"tem uma médica que eu agradeço muito que é a dra. R"(NC).

Ainda em relação às trocas com a equipe, apareceu o temor a críticas e julgamentos a partir da observação que a mesma faz das condutas e cuidados que as mães realizam junto ao filho:

"Tinha medo de ser chamada a atenção. Às vezes eu queria fazer alguma coisa mais ficava com vergonha e medo de tá fazendo errado. Fica um nervoso. Entendeu. O negócio de dar banho. Mas elas também não ficam do lado. Elas botam a água lá e a gente vai ter que..."(NC).

Outra mãe:

"Eu não sabia cuidar dela assim, pequeninha. Não sabia pegar nela. Acho que era serviço delas pois ela estava na UTI... e ter que pegar nela.... mas a enfermeira mandava a

gente fazer isto"(NC).

A construção de seu lugar se dá essencialmente com as condutas individuais de auto-avaliação e de suas tentativas solitárias:

"então eu percebi que já dava para eu..."(NC).

Em relação à equipe, em contrapartida, as mães que experimentaram ser cuidadas na Metodologia Canguru demonstram contar com a equipe:

"qualquer coisinha que ele sentir eu vou ter por quem chamar, né? As enfermeiras para me orientar, me ajudar"(C).

Ou então:

"os médicos são maravilhosos... São muito atenciosos"(C).

Alta hospitalar

A alta, apesar de gerar grandes expectativas e alívio, também significou a possibilidade de lidar com situações adversas para as mães do modelo tradicional, como o medo do bebê ficar doente/engasgar/morrer/ter uma doença sem cura. Todas as mães deste modelo mostraram-se temerosas, desconfortáveis quanto ao que pode acontecer com o bebe em casa, sob seus cuidados. De alguma forma refletem nestas colocações que, apesar de terem participado dos cuidados com o bebê, terem estado presentes por várias horas na internação do filho, provavelmente algumas vivências que seriam fundamentais para sua segurança e confirmação de sua competência, não aconteceram.

Novamente fica evidente a diferença entre os dois grupos, pois as entrevistadas participantes do Método Canguru apresentaram expressões de confiança em relação à alta do bebê:

"não vou ter medo"(C);

"Eu queria dizer tô muito feliz por levar meu filho para casa, né. É muito bom... Ele vai conhecer a casa nova"(C).

E ainda:

"Vou voltar para casa com a minha linda filha. Meu presente de aniversário"(C).

E mais:

"Ah! Eu espero uma vida muito boa. Eu acho que a gente vai ser muito feliz em casa"(C).

Organizando as falas temáticas apresentadas acima chegamos nas seguintes categorias empíricas:

a) **dinâmica da UTI Neonatal** - as falas maternas evidenciaram entraves oferecidos pela situação de hospitalização como: a ecologia hospitalar, rotinas restritivas, ausência da família;

b) **suporte do pai do bebê** - o suporte recebido durante a internação do bebê foi importante facilitador do enfrentamento da internação bem como na

construção do papel materno;

c) **o contato pele a pele** – desempenhou importante papel na percepção materna sobre o bebê possibilitando que elas reconheçam suas necessidades e competências, percebendo-se, ao mesmo tempo, como importantes para o bebê;

d) **interação com a equipe** – relataram sobre condutas e funções da equipe que facilitaram ou interferiram na construção de seu papel materno;

e) **redes de apoio** – reconheceram como importante as redes hospitalares formadas por outras mães em situações semelhantes, redes sociais ligadas ao seu convívio na comunidade e a própria rede familiar.

Todos esses fatores foram relatados, pelas mães, como determinantes em suas expectativas, preocupações e sentimentos em relação à internação e à alta do bebê. Influenciaram também sua auto-avaliação quanto aos cuidados e desempenho da maternidade, bem como a percepção das competências e possibilidades de seu bebê e do enfrentamento da situação.

Discussão

Neste estudo encontramos pontos em comum nas experiências maternas frente à internação do filho recém-nascido e diferenças significativas que apontam para o valor de ações de cuidados humanizados como propostos pela AHRNBP-MC.

Para as mães de ambos os grupos existem dois momentos na internação de seu bebê. Aquele inicial, do filho recém-nascido em cuidados intensivos e um segundo momento onde o bebê se mostra em condições de dirigir-se a uma nova etapa de sua internação. É quando ele vai para um berçário intermediário ou para a unidade mãe-bebê, no caso das instituições que possuem a Metodologia Canguru.

Na primeira fase, os comentários maternos de ambos os grupos (C ou NC) privilegiam o tamanho muitas vezes diminuto do bebê, a tecnologia de suporte, a sensação de fragilidade que sua visão lhes sugere. Esse bebê que se apresenta é pouco sedutor e pouco receptivo à proximidade, não oferecendo respostas, deixando pouco espaço para que neste primeiro contato tenha início um projeto futuro que seja promissor, ou mesmo belo.^{11,12} Cyrulnik¹³ corrobora e debate estes sentimentos, quando um bebê vem ao mundo e ressalta: *“o que este bebê é, neste momento, provoca um sentimento no mundo com a história de sua mãe. Sua aparência física implica um significado para ela. E essa representação provoca uma emoção que a mãe expressará à criança”* (p. 55).

Posteriormente, a melhora do filho, permitindo que diminuam os suportes respiratórios, o uso de medicações e quando o ganho de peso sugere a capacidade do bebê em bem receber e utilizar sua nutrição, começam a surgir outras formas de narrativas, mostrando junto ao alívio materno a crença de que o bebê irá sobreviver. E só então as falas passam a ficar diversificadas entre os grupos, no que se refere à percepção que elas têm de si mesmas. Surge no modelo canguru a verbalização de que elas se observam e se **nomeiam como mães** o que não foi encontrado nas falas das mulheres do grupo de

cuidados tradicionais.

Esta percepção materna, construída a partir das experiências adquiridas na unidade canguru e da posição pele-a-pele com seu bebê, é da maior importância na construção do papel materno. Mais do que ninguém o bebê colabora para que a mulher realize o movimento de assumir as novas funções para cuidá-lo como mãe. E nas falas maternas do grupo canguru observamos relatos que nos mostraram a valorização do que elas entendem como condutas dos bebês dirigidas à elas e o quanto isto as gratifica, determinando um sentimento de maior empoderamento em relação ao seu protagonismo materno.

Cramer¹⁴ lembra que *“o domínio da comunicação entre o bebê e sua mãe é um mistério fascinante: como o recém-nascido consegue fazer a mãe compreender suas necessidades e seus desejos?”* (p.45). Todas elas estabelecem para as condutas, ações e expressões dos filhos uma intencionalidade em relação à sua pessoa. Ou seja, interpretam e atribuem um significado ao que acreditam, o bebê lhes dirige por reconhecê-las neste lugar especial de cuidados maternos. Desta forma vão sendo por eles estimuladas na aquisição da função de cuidados maternos.

Esses dados concordam com as análises de Lamour e Barraco¹⁵ para quem, ao dar início às funções maternas, a mãe recebe através de verbalizações, gestos, cuidados de todo o seu entorno, um apoio que lhe garante sua capacidade de maternar o bebê, seu filho. Lembram estas autoras, entretanto, que a pessoa mais capacitada a desempenhar esta função é o próprio bebê. Este lhe transmite através de seu comportamento e de seu olhar, sinais que lhe garantem este reconhecimento e aprovação.

Isto traz, para todos que trabalham em UTI neonatal, uma resposta positiva quanto à importância da facilitação e do acolhimento ao desempenho de cuidados maternos no espaço do atendimento intensivo neonatal. Mostram que a proposta da AHRNBP-MC, baseada em estudos com bebês sobre o valor da continuidade e permanência dos cuidados traz, para as mulheres que vivenciaram situações capazes de trazer agravos no desempenho de suas funções, que é possível encontrar um caminho mais saudável e próximo daquele que seria o desejado. Isto referenda uma das propostas da AHRNBP-MC, já citada anteriormente, quanto a participação da mãe como parceira da equipe nos cuidados com o bebê, durante a internação.

Além disto, nestes cuidados a equipe é experienciada como provedora de suporte para desempenhar suas tarefas; torna-se orientadora e é capaz de informar às mães quanto a sua conduta e às suas possibilidades de manuseio e cuidados com o bebê. O que novamente referenda esta política de saúde. Como resultado da ação prática desta proposta, as mães sentem-se fortalecidas e capacitadas no cuidado para com seu filho, nascido prematuramente ou de baixo-peso, e mostram-se mais confiantes em relação à alta do bebê.

Confirmamos, portanto, que é fundamental que a mãe consiga adotar condutas que facilitem sua adaptação a esta situação e que a capacitem para o

enfrentamento da intensa mobilização psíquica e social a que se encontra submetida pela situação do bebê. Para que isto ocorra é da maior importância que a mãe não se sinta só ou desamparada. O entorno deve mostrar-se capaz de lhe prestar apoio e lhe provocar uma sensação de segurança a fim de que ela possa realizar os cuidados que o bebê lhe solicita. Este suporte deve contar com dois grupos de coadjuvantes, o grupo formado pela equipe, possuidor do saber cuidar do bebê na ocorrência da internação, e o grupo familiar capaz de garantir a permanência e a continuidade afetiva através da história familiar.^{16,17,18}

As falas maternas no grupo canguru refletem o papel da equipe na provisão de suporte da construção do papel materno pelo fato de estarem atentos, orientando e valorizando a participação da mãe nos cuidados para com o bebê.

Para Mathelin¹⁹ a equipe de cuidados intensivos neonatais deve escolher um lugar de suporte que faça “viver a criança”, questionar a mãe, colocando-a no lugar de quem conhece o bebê, convidando e autorizando-a a se projetar sobre sua criança, a antecipar o que o bebê necessita, permitindo que ela fabrique seu bebê ao mesmo tempo em que permite, ao bebê, fabricar sua mãe.

As colocações desta autora podem encontrar ação prática especialmente da enfermagem e mesmo dos médicos, nos relatos das mães entrevistadas. Ou seja, a facilitação da proximidade com o bebê na incubadora, no berço, através de orientações e frases que estimulavam o tocar, o cuidar, vão impregnando a figura materna de sensações relacionadas à possibilidade dela também tornar-se cuidadora de seu filho.

Temos ainda, como fatores de proteção por parte da família, uma rede de apoio que facilita a permanência da mãe no hospital, o que a fez sentir-se cuidada para poder cuidar. As mães acompanhadas por seus companheiros, independente do modelo de cuidados neonatais oferecidos, sentem-se fortalecidas em suas tarefas de maternagem, podendo executá-las de forma mais prazerosa, pois não se sentem sozinhas. Falas relativas a esta questão apareceram nas quatro unidades onde o trabalho foi desenvolvido, independente de estarmos entrevistando mães de unidade sem a Metodologia Canguru ou mães de unidades com a Metodologia Canguru.

Outro acompanhamento importante foi o da mãe da mãe. Alguns estudos demonstram a importância dessa figura junto à mãe como facilitador para que esta possa direcionar um olhar de aposta e confiança ao seu bebê, vendo ali não uma condição médica, mas o seu bebê.²⁰ Falas sobre a mãe da mãe confirmam também os conceitos teóricos de Stern,²¹ para quem esta se torna uma das figuras mais importantes na situação do nascimento de um filho.

Todas as representações sobre a maternidade são revisitadas, memórias são resgatadas, especialmente aquelas que fazem parte das lembranças de como esta mãe foi cuidada e apoiada por sua mãe.

Esta pesquisa indicou outras formas da mãe sentir-se acompanhada neste processo. Uma delas se expressa através da religiosidade e crença em Deus como facilitador tanto da recuperação do bebê como da sua força interna de permanecer junto ao filho, durante a internação. A espiritualidade foi, em ambos os modelos, o primeiro recurso citado para o enfrentamento da internação. Na fase inicial, onde o medo da morte e de notícias “ruins” está mais presente, a fé oferece o “consolo” necessário para a sobrevivência e traz a esperança, dando à UTI a dimensão de um lugar de passagem. No final da internação, próximo à alta, momento em que foram realizadas as entrevistas, Deus ocupa um lugar de co-participante e determinante do resultado positivo destas histórias.

As questões relativas à ida do bebê para casa mostraram grande discrepância nos dois grupos estudados. O surgimento nas falas das mães do grupo canguru tem expressões de confiança, tais como “não vou ter medo”, confirmando a sensação materna de sua capacidade em cuidar do bebê, agora em casa. Isto sem dúvida alguma aponta para a confirmação do que apresentamos anteriormente em relação ao seu empoderamento. Ao mesmo tempo isto surge como fator de proteção ao bebê que também passou a ser observado como capaz de adaptar-se de forma adequada à vida familiar.

Podemos então, através destas observações, entender que no Método Canguru existem instrumentos facilitadores para que as mães possam criar, com seu filho, uma história mais amena, diminuindo os prováveis riscos decorrentes de um nascimento antecipado ou diferente.

Referências

1. Adamson-Macedo E. The mind and the Body of the Preterm Neonate. *Int J Perinatal Psychol Med*, 1998; 10(4): 4439-4456.
2. Morsch DS. *Quando a Vida é Prematura, a Interface entre o desenvolvimento afetivo e cognitivo em bebês pré-termo*. [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ; 2004.
3. Meio MD, Lopes C, Morsch DS. Fatores Prognósticos para o Desenvolvimento Cognitivo de Prematuros de Muito Baixo Peso. *Rev de Saúde Pública*, 2003; 37(3): 311-318.
4. Freire NBS, Garcia JBS, Lamy ZC. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. *PAIN*, 2008; 139(1): 28-33.

5. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru - Manual Técnico*. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
6. Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Hennig MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciênc Saúde Colet*, 2005; 10(3): 659-668.
7. Lamy Filho F, Silva AAM, Lamy ZC, Gomes MASM, Moreira MEL, et al. Evaluation of the kangaroo mother method in Brazil. *J Pediatr*, 2008; 84(5): 428-435.
8. Yin RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 4 ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
9. Denzin NK, Lincoln YS. Introduction. In: Denzin NK, Lincoln YS, organizadores. *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications; 2000. p. 1-30.
10. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo / Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 2010.
11. Furlan CEFB, Scochi CGS, Furtado MC. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 2003; 11(4): 444-452.
12. Fernandes RT, Lamy ZC, Morsch D, Lamy Filho F, Coelho LF. Tecendo as teias do abandono: além das percepções das mães de bebês prematuros. *Ciênc Saúde Colet*, 2011; 16(10): 4033 - 4042.
13. Cyrulnik B. *Los Patitos Feos*. Barcelona: Gedisa; 2002.
14. Cramer B. *Profissão Bebê*. São Paulo: Martins Fontes; 1993
15. Lamour M, Barraco M. *Souffrances autour du berceau - des émotions au soin*. Paris: Gaëtan Morin Éditeur; 1998.
16. Caetano LC, Scochi CG, Angelo M. Vivendo no Método Canguru: a tríade mãe-filho-família. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 2005; 13(4): 562-568.
17. Toma TS. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de Saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cad. Saúde Pública*, 2003; 19(2): 233-242.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 29-40.
19. Mathelin C. *O sorriso da Gioconda*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.
20. Rocha LJLF, Lamy ZC, Ferreira MCF. Avós na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: explorando possibilidades. *Rev do Hosp Universitário*, 2005; 6(1): 13-17.
21. Stern DA. *Constelação da maternidade*. 1ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.