

## (DES)MOTIVAÇÃO DA PUÉRPERA PARA PRATICAR O MÉTODO MÃE-CANGURU<sup>a</sup>

Gisele Perin GUIMARÃES<sup>b</sup>  
Marisa MONTICELLI<sup>c</sup>

### RESUMO

Esta reflexão tem como objetivos contextualizar o desenvolvimento do Método Mãe-Canguru na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público e refletir sobre as possíveis justificativas para o fato de algumas mulheres/mães não parecerem estimuladas a manter contato pele-a-pele com seus filhos prematuros. A metodologia compreendeu três passos: problematização da realidade, pesquisa bibliográfica e reflexão sistemática com vistas à superação do problema levantado. Percebeu-se que há necessidade de modificação da percepção da equipe neonatal a respeito do vínculo mãe/recém-nascido, no sentido de compreender que as reações apresentadas pela puérpera diferem, muitas vezes, daquelas esperadas pelos próprios profissionais.

**Descritores:** Relações profissional-família. Prematuro. Enfermagem neonatal.

### RESUMEN

*Esta reflexión tiene como objetivos contextualizar el desarrollo del Método Madre-Canguro en la UCI Neonatal de un hospital público y reflexionar acerca de las posibles justificativas sobre porqué las mujeres/madres no parecen estar estimuladas a mantener el contacto piel a piel con sus hijos prematuros. La metodología comprendió tres pasos: la problematización de la realidad, la investigación bibliográfica y la reflexión sistemática con miras a la superación del problema presentado. Se notó, además la necesidad de modificar la percepción del equipo neonatal con relación al vínculo madre-recién-nacido, para de esta forma poder comprender porqué las reacciones presentadas por la puérpera difieren muchas veces de las esperadas por los propios profesionales.*

**Descriptorios:** Relaciones profesional-familia. Prematuro. Enfermería neonatal.

**Título:** (Des)motivación de la puérpera en la práctica del Método Madre Canguro.

### ABSTRACT

*This article aims at describing the context of the development of the Mother-Kangaroo Method at the Neonatal Intensive Care Unit of a public hospital, and discussing the reasons why some women/mothers do not seem stimulated to maintain skin contact with their premature babies. The methodology included three steps: reality problematization, literature review, and systematic reflection aiming at solving the identified problem. It was concluded that the perception of the neonatal team as to mother-newly born infant bond needs to be changed, in the sense of understanding that often the mothers' reaction are different from those expected by the health professionals.*

**Descriptors:** Professional-family relations. Infant, premature. Neonatal nursing.

**Title:** (Lack)motivation of the pregnant mother to practice the Kangaroo Mother Method.

<sup>a</sup> Artigo extraído do trabalho científico apresentado no IV Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON/2004) e 15º International Congress on Women's Health Issues (ICOWHI), recebendo o 3º lugar referente ao prêmio Madre Marie Domineuc.

<sup>b</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

<sup>c</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Orientadora do estudo.

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse pela reflexão temática desenvolvida neste estudo, apresentado inicialmente como relato oral<sup>(1)</sup> durante o VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal e 15º *International Congress on Women's Health Issues*, na cidade de São Pedro, São Paulo, surgiu a partir da necessidade de levantar os prováveis motivos que levam algumas puérperas a não se mostrarem motivadas para “canguruzar” – termo utilizado por nós para simplificar o ato de praticar o Método Mãe-Canguru (MMC) –, não seguindo certas orientações e esquivando-se do objetivo proposto para a aplicabilidade do Método em unidades neonatais. Este Método é um tipo de assistência neonatal que “implica contato pele-a-pele precoce entre mãe e recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido”<sup>(2:18)</sup>.

A realidade em torno da qual é tecida esta reflexão trata-se de uma unidade neonatal de um hospital público, onde desenvolvemos nossa prática profissional de enfermagem. Para ingressar no MMC, neste serviço, é realizada a triagem das mães, pelos integrantes da equipe neonatal, sendo que os mesmos fornecem seu parecer, por escrito, no prontuário do recém-nascido (RN). Na avaliação feita pela enfermeira, os principais requisitos consistem no apego da mãe ao RN prematuro, a segurança e a independência nos cuidados ao mesmo. A puérpera é orientada quanto à rotina de funcionamento, devendo o RN ser mantido na posição Canguru (o contato pele-a-pele propriamente dito) pelo período mínimo de quatro horas, sendo que a mãe deve pernoitar no recinto, podendo também ter o acompanhamento de um familiar de sua escolha, no período diurno.

Entretanto, o cotidiano nos mostra que algumas destas mães, mesmo tendo recebido todas as orientações e aceitado participar do método, não o realizam de forma efetiva, não “canguruzam” o tempo adequado e altamente sugerido, retiram-se por diversas vezes do quarto e, no caso de serem mulheres residentes na cidade, preferem não pernoitar no hospital, afastando-se, desde modo, de alguns dos objetivos principais do MMC, que consistem em aumentar o vínculo mãe-filho, controlar a temperatura e promover o aleitamento mater-

no. No contato diário com estas mães, algumas falas nos fazem perceber o quanto elas parecem não estar estimuladas a manter seu filho em contato pele-a-pele, usando de diversos subterfúgios, como por exemplo, argumentando que naquele momento o bebê estava dormindo, que iria primeiro realizar outras atividades, dentre outros.

Se por um lado há uma unanimidade com relação à leitura da realidade, ou seja, todos os profissionais envolvidos “diagnosticam” o pouco estímulo da mulher para “canguruzar”, por outro, cada categoria profissional tem seu parecer particular sobre o fenômeno.

Embora com todas estas explicações, enquanto equipe, ainda não nos debruçamos sobre o problema de modo sistemático. Sabemos que vários são os fatores envolvidos nesta problematização e que a questão é complexa, multidimensional e envolve determinados contextos que extrapolam mesmo as paredes do hospital, o funcionamento do serviço e as especialidades do MMC propriamente dito.

Assim, por exemplo, acreditamos que o componente emocional no seguimento da gestação de alto risco seja fator bastante contributivo na vinculação da mãe com o RN prematuro e/ou de baixo peso. Em contrapartida, muitas vezes, a equipe multiprofissional não está habilitada para compreender a labilidade emocional e prestar assistência individualizada a estas mulheres/famílias.

Consideramos, pelo exposto até aqui, que se não nos detivermos na reação das mulheres puérperas e dos seus filhos prematuros frente ao MMC, dificilmente os incluiremos como sujeitos participantes do processo, em que ambos sintam prazer nas ações desenvolvidas, conforme acena o próprio Ministério da Saúde<sup>(2)</sup>.

Assim, decidimos realizar uma contextualização do desenvolvimento do MMC, a partir de algumas literaturas da área, buscando então subsídios que nos ajudassem a refletir sobre as justificativas para o fato de algumas mulheres/mães não parecerem estimuladas a “canguruzar”. O propósito desta experiência de “pensar” a prática é o de propor alternativas de superação para o problema apresentado.

## 2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A metodologia adotada compreendeu três passos. Primeiramente realizamos o que denomi-

namos como **problematização da realidade**. Traçou-se de uma fase preliminar que visou perscrutar a realidade da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, descrevendo-a em seu contexto ambiental, estrutural, cultural, organizacional, institucional e de filosofia de atenção, tanto no que diz respeito às premissas filosóficas sob as quais é erigida toda a assistência neonatal da instituição (baseada na humanização da atenção à criança prematura e sua família), quanto no que se refere à política de atenção governamental, ou seja, a adoção do MMC propriamente dita. Algumas informações obtidas nesta fase foram apresentadas condensadamente na introdução do presente artigo.

A segunda fase contemplou um intenso trabalho de pesquisa bibliográfica em torno do tema. Nesta trajetória as autoras identificaram aspectos relevantes da literatura que pudessem auxiliar na análise da realidade problematizada sobre o MMC, tentando fazer uma primeira aproximação desta produção teórica com o fato das mulheres puérperas não parecerem estimuladas a “canguruzarem” seus filhos prematuros. Esta revisão teórica conduziu as autoras a lançarem um novo olhar sobre o tema e a realidade vivenciada na unidade neonatal, abrangendo: os aspectos teóricos e de manejo para o ingresso do binômio no MMC, provenientes, principalmente, das pesquisas já realizadas e publicadas em periódicos nacionais, além da leitura pormenorizada sobre a política assistencial do próprio Ministério da Saúde que trata do MMC; a vivência da gestante frente à eminência de risco; o nascimento de um recém-nascido prematuro e de baixo peso: implicações e conseqüências físicas, afetivas e sociais; bem como a produção teórica brasileira disponível sobre o desenvolvimento do apego pais-filho.

A terceira fase compreendeu então a reflexão crítica mais aprofundada entre a produção científica específica e a realidade vivenciada pela equipe da unidade neonatal, visando apontar alternativas de superação para o problema apresentado.

### 3 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO MÃE-CANGURU

A assistência de saúde na área perinatal tem assumido grande destaque nas ações do Ministé-

rio da Saúde, visto que, neste contexto, encontra-se o maior desafio para a redução da mortalidade infantil. Nascer no mundo, anualmente, 20 milhões de bebês prematuros e com baixo peso, sendo que, destes, 1/3 vai a óbito antes de completar um ano de vida. Estes números representam um alto percentual na morbimortalidade neonatal. Entre as principais causas estão as afecções perinatais respiratórias, a asfixia ao nascer e as infecções; além de distúrbios metabólicos, dificuldades em alimentar-se e em regular a temperatura corporal<sup>(2)</sup>.

A assistência convencional preconiza a internação destes recém-nascidos em UTI neonatal, onde permanecem, na maioria das vezes, por períodos prolongados. Neste local, são mantidos em incubadoras, sendo que suas mães permanecem em casa, vindo visitá-los conforme a rotina hospitalar.

No intuito de transformar esta realidade, nos últimos 20 anos vem-se atribuindo especial atenção ao contato pele-a-pele entre mãe e RN, como forma de promover e fortalecer a formação do vínculo afetivo, auxiliando no desenvolvimento do RN e no aleitamento materno. Esta nova assistência prestada ao recém-nascido é conhecida como **Método Mãe-Canguru**. Este Método foi desenvolvido desde 1979 por Héctor Martínez e Edgar Rey Sanabria, neonatologistas, no Instituto Materno-Infantil (IMI) de Bogotá, Colômbia, onde como em outros países do Terceiro Mundo há, na assistência ao prematuro, um elevado risco, devido à escassez de recursos, superlotação e infecções cruzadas. Os criadores da idéia argumentavam, à época, que o desmame precoce determinava a utilização de fórmulas infantis na alimentação do bebê. A mortalidade neonatal era extremamente alta e o abandono materno frequente, visto que nos Serviços de Neonatologia não se permitia a entrada de “pessoas estranhas”, incluindo a mãe, que só podia ter contato com seu filho quando o mesmo recebesse alta, sendo que este processo chegava a durar até três meses<sup>(3)</sup>.

Essas condições dramáticas fizeram com que os neonatologistas desenvolvessem o Programa Mãe-Canguru, com a finalidade de modificar e revolucionar todas as formas de assistência até então realizadas por aquele Instituto e por todos os outros serviços de atenção que atuavam nos mesmos moldes.

A Norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido de Baixo Peso – MMC, foi oficialmente implantada em 8 de dezembro de 1999 pelo então Ministro da Saúde José Serra, sob o patrocínio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). No Brasil, o Ministério da Saúde regulamentou-a por meio da Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Realizou-se um programa teórico-prático para capacitação e qualificação dos profissionais de maternidades, bem como um instrumento de avaliação para quantificar o grau de implantação da metodologia<sup>(4)</sup>.

Apesar de o Método possuir a definição já anteriormente citada, sua utilização pode diferir de acordo com o país onde é aplicado. Em nossa realidade conseguimos fugir do tradicional, onde o prematuro que permanecia *a priori* dentro de incubadoras, passa também a desfrutar do contato pele-a-pele com sua mãe.

Em contraposição, o Método substituto, batizado de Mãe-Canguru, surge como um novo alento para a filosofia de atendimento, além de contribuir para eficácia apresentada em termos da sobrevivência dos recém-nascidos. Dentre todos os benefícios, há aqueles que trazem um retorno evidente na formação do vínculo. Vários estudos são unânimes na descrição das vantagens proporcionadas pelo Método<sup>(2,3,5)</sup>. Além disso, destaca-se que “a introdução do Método nas maternidades não exige grandes investimentos, trata-se basicamente de capacitação, uma vez que a figura principal do programa é a mãe”<sup>(3:15)</sup>.

A população indicada para participar do Método inclui, particularmente, as gestantes com alto risco de terem bebês de baixo peso. Então vale lembrar que o início da atenção adequada ao RN antecede o nascimento, assim como o início do Método propriamente dito, uma vez que é aí que são estabelecidas as primeiras bases para a “captação” da clientela do Canguru. Deve-se estar atento para a identificação, durante o pré-natal, de gestantes com um maior risco de terem um filho com baixo peso. O Ministério da Saúde estabelece em minúcias que o MMC inicia formalmente após o nascimento e a partir daí passa a ser aplicado de forma estruturada e organizada, estabelecendo-se etapas para seu funcionamento. A primeira ocorre no período logo após o nascimento do RN de baixo peso que, impossibilitado de ir para o alojamento conjunto, necessita de internação na unidade neo-

natal. Nessa etapa deve-se orientar a mãe e a família sobre as condições de saúde da criança, ressaltando as vantagens do Método, além de estimular o livre e precoce acesso dos pais à unidade neonatal, propiciando sempre que possível o contato tátil com a criança.

Nessa etapa deverão ser iniciadas as medidas para estímulo à amamentação. É de extrema importância implantar a co-participação da mãe no estímulo à sucção e na administração do leite ordenhado, além dos adequados cuidados de higienização. Nas situações em que as condições clínicas da criança permitirem, deverá ser iniciado o contato pele-a-pele direto entre mãe e criança, progredindo até a colocação do RN sobre o tórax da mãe ou do pai.

A segunda etapa ocorre quando o recém-nascido encontra-se estabilizado e poderá ficar com acompanhamento contínuo de sua mãe. Nessa etapa, a mãe e a criança estarão aptas a permanecerem em enfermaria conjunta, onde a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível.

A terceira e última etapa consiste no adequado acompanhamento da criança no ambulatório, após a alta e, assim como as etapas anteriores, requer vários elementos que abrangem tanto dados sobre a família, quanto as características clínicas do RN, para que o acompanhamento seja desenvolvido em ambiente seguro e terapêutico, sempre com o seguimento da assistência profissional.

No Brasil, tem sido relativamente comum que equipes interdisciplinares realizem avaliações e visitas periódicas aos centros que praticam o MMC. Entende-se que tal acompanhamento proporciona cada vez mais qualidade, reconhecimento e disseminação do Método em todo o território nacional<sup>(2)</sup>.

#### **4 A MULHER, O EVENTO GESTACIONAL E A GRAVIDEZ DE ALTO-RISCO**

A gravidez é um evento fisiológico na vida da mulher, em que seu organismo e todo o seu ser sofre modificações, em processo lento e adaptativo<sup>(6)</sup>. Embora a gravidez seja um fenômeno biologicamente normal e um acontecimento especialmente significativo na vida da mulher, a mesma irá passar por algumas transformações importan-

tes que certamente terão reflexos sobre si, seu conceito e sua família<sup>(7)</sup>. A gravidez, bem como a adolescência e o climatério, são períodos críticos de transição no ciclo vital da mulher, influenciando no desenvolvimento de sua personalidade. Estes períodos caracterizam-se, muitas vezes, por “mudanças complexas, estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudanças de identidade”<sup>(7:23)</sup>.

Acreditamos que estes períodos são importantes no desenrolar da vida da mulher, quando os momentos experimentados farão com que a mesma defronte-se com novas questões e desafios, os quais requerem adaptações e geram, com frequência, o reaparecimento de conflitos não resolvidos em fases anteriores de sua vida. Sendo assim, com-preendemos que os mesmos podem oferecer a possibilidade de um maior crescimento e amadurecimento pessoal, através da superação dos conflitos existentes, ou, em contrapartida, um desajustamento da personalidade, dependendo da forma como é encarado e trabalhado este período de transição, seja pela mulher ou pelas pessoas que são significativas para ela, podendo incluir-se aí os profissionais de saúde que a acompanham. “Além de toda esta conotação social, esta mulher vive também um momento cultural importante, que faz parte dos ciclos cerimoniais da vida”<sup>(8:40)</sup>.

No decorrer da gravidez poderão ocorrer situações de desagrado, tanto físicas quanto emocionais, acarretando, para algumas mulheres, a percepção de que estão doentes; transformando, portanto, suas visões fisiológicas em sentimentos contraditórios, instáveis e, muitas vezes, a sensação de que a própria gravidez é uma doença.

O decurso da gravidez poderá sofrer transformações intensas, impulsionadas por algumas intercorrências físicas e psicológicas, em que a mulher, introjetada com esta condição de doente, tende a ficar mais ansiosa e dependente, gerando mais distúrbios de saúde. Alguns aspectos emocionais vão então se destacando no decorrer da gravidez, levando a gestante a experienciar diferentes modalidades de reações, inclusive aquelas que correspondem à expectativa do papel materno<sup>(6,9,10)</sup>.

O primeiro trimestre de gestação se constitui no momento da percepção, consciente ou inconsciente da gravidez, tendo início a formação do vínculo mãe-filho e incluindo a família em mais uma etapa da vida<sup>(11,12)</sup>. Ocorre também neste trimestre, para muitas mulheres, de maneira mais intensa do que nos demais, a ambivalência afetiva, ou seja, a balança entre o querer ou não esta gravidez, que por estar no início, às vezes, parece não ser tão concreta e real. Vale lembrar que não existe uma gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada, o que pode ocorrer é o predomínio de um dos sentimentos, no entanto, o outro jamais estará ausente. O segundo trimestre tem sido considerado como sendo o mais estável do ponto de vista emocional, destacando-se a percepção dos primeiros movimentos fetais como sendo a primeira vez que a mulher sente o feto como uma realidade concreta dentro de si. As fantasias e as representações mentais que a mulher faz, de si própria como mãe, e de seu futuro bebê, podem influenciar no vínculo que ela formará com o filho. Com o transcorrer da gravidez, as mulheres se deparam então com o terceiro trimestre. Para muitas delas, ocorre uma nova elevação no nível de ansiedade, devido à proximidade do parto e à necessidade de mudanças na rotina de vida após a chegada do bebê<sup>(7)</sup>.

Além dos aspectos colocados, devemos acrescentar ainda o fato de esta mulher, muitas vezes, “cobrar-se” com relação ao tempo certo para concluir a gravidez, bem como se seu filho nascerá saudável e fisicamente perfeito. Ao mesmo tempo reflete em como será o cotidiano de sua vida, devendo inserir mais uma responsabilidade em seu dia-a-dia e se terá capacidade para realizar todos os cuidados exigidos pela presença do novo integrante da família, bem como criá-lo e educá-lo da maneira “ideal”.

Frente às alterações biopsicossociais que envolvem esta mulher no transcorrer de sua gestação, vê-se a necessidade e a importância de acompanhá-la em um pré-natal assistido por profissionais habilitados e qualificados, que possam auxiliar a mesma no enfrentamento e na busca de soluções saudáveis durante a vivência desta fase, denominada por alguns autores de **crise de vida**, devido a tamanhas modificações provocadas.

Mas se a vivência da gravidez em “si mesma” – isto é, considerando-se os aspectos mul-

tifacetados das transformações normais esperadas do processo fisiológico da gestação – já é um período de experiências múltiplas, críticas e emocionalmente densas, imagine-se então se a mulher que é sujeito ativo de sua vivência gestacional experimental, de forma quase sempre inesperada, uma crise adicional em termos biopsicoemocionais, como é a gestação de alto risco. Isto sem dúvida fará com que a mulher tenha novas preocupações, e não apenas com a relação às vicissitudes que terão forçosamente que serem ultrapassadas para levar essa gravidez até o final (o mais saudável possível), mas também com relação aos sentimentos que serão extravasados num futuro próximo, quando tiver diante de si um bebê quase sempre prematuro, necessitado de cuidados especializados e provavelmente distante daquele filho idealizado e sonhado.

Algumas dessas mulheres, ao perceberem sua real situação, e tendo que permanecer fora de casa por período indeterminado, sentem-se culpadas por deixarem seus filhos em casa, ausentando-se de suas responsabilidades, tanto maternas como de esposa/companheira, perdendo muitas vezes sua autonomia e poder de decisão. Neste período poderá ocorrer certa revolta com o Ser que está sendo gerado, pois o mesmo é o principal motivo de seu afastamento.

A gestação de alto-risco apresenta algumas interferências patológicas e/ou sociais que são fatores de agressão ao binômio gestante-feto<sup>(11)</sup>.

## 5 O RECÉM-NASCIDO PREMATURO E/OU DE BAIXO PESO

A prematuridade sempre representou um grave problema, não apenas para os profissionais de saúde, como também sócio-econômico, especialmente nos países mais pobres.

Para podermos descrever as características de um bebê prematuro, faz-se necessário classificá-lo quanto a sua maturidade. O pré-termo é aquele em que a gestação teve duração menor do que 37 semanas, sendo considerado com “viabilidade” os prematuros com idade gestacional de 23 semanas em diante e com peso superior a 500 gramas<sup>(11)</sup>. Reforça-se ainda que a possibilidade de sobrevivência dos prematuros entre 23 e 26 semanas de gestação aumenta cerca de 2 % a cada

dia que conseguem sobreviver<sup>(11)</sup>. A classificação precisa da maturidade fetal é fator determinante para sua adaptação e reestruturação, bem como eficácia no tratamento. A Organização Mundial da Saúde adotou o peso ao nascer e a idade gestacional como padrão de classificação internacional<sup>(12)</sup>.

Além da classificação propriamente dita, os bebês pré-termo possuem características físicas e neurológicas que diferem dos nascidos a termo, e que necessitam ser consideradas para os propósitos a que nos lançamos. A escassez do tecido adiposo, por exemplo, é visível e responsável por uma maior labilidade térmica. O sistema imunológico é extremamente imaturo, predispondo o prematuro a infecções. Além disso, os reflexos arcaicos (tais como o de deglutição e sucção) encontram-se muitas vezes ausentes ou fracos, provocando reações adversas no processo de amamentação, para citar apenas um aspecto dentre os tantos envolvidos na instalação do Método.

De igual importância neste período está a condição de amadurecimento dos sistemas corporais, como a termorregulação, o sistema respiratório, o sistema nutricional e a adequação maturacional dos órgãos dos sentidos, pois são características que ainda não estão completamente formadas quando o RN ingressa no MMC. A idade gestacional também deve ser levada em consideração para a compreensão do comportamento do prematuro. Poucas semanas de imaturidade geram diferenças comportamentais que influenciam nas reações dos pais ao bebê caso estes não compreendam os motivos pelos quais estas ocorrem.

## 6 INTERAÇÃO ENTRE MÃE E FILHO: a formação do apego

A formação do vínculo afetivo entre mãe e bebê tem seu início já no transcórre da gravidez, em especial durante o desenvolvimento do segundo trimestre, onde, devido a um evento poderoso que consiste na manifestação dos primeiros sinais de vida do bebê, ou seja, a sensação do movimento fetal, a maioria das mulheres toma consciência do bebê em seu útero, como este sendo um indivíduo independente. Tal estado estabelece as bases para um relacionamento com a criança<sup>(13)</sup>.

Com o evento do nascimento, normalmente, a relação afetiva tem continuidade. Podemos observar pela expressão facial e exteriorização de sentimentos, que é neste momento que tudo se concretiza e nada mais é abstrato. A mulher está vendo, ouvindo e tocando o ser que tanto esperou.

De acordo com a literatura, existe um período após o nascimento chamado de **período materno sensitivo**<sup>(13)</sup>, onde tem início o processo de afeiçoamento. Manter a mãe juntamente com seu bebê, logo após o nascimento, propicia o início e o estímulo de mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, que possivelmente vinculam a mãe ao seu filho<sup>(12)</sup>. O primeiro cuidado materno representa a continuação das ligações intra-uterinas, onde é adicionado o toque e o contato. O RN necessita de um ambiente que o aproxime da realidade que vivenciava dentro do corpo de sua mãe, precisa ser embalado, carregado, de forma a fortalecer a sensação de pertencer a alguém. A formação do vínculo requer contato íntimo entre mãe e filho, pois esse calor substitui a conexão física anterior ao nascimento.

No entanto, sabemos que as condições de um recém-nascido prematuro nem sempre permitem a concretização deste contato, diferentemente do nascimento de um bebê a termo e perfeitamente saudável, trazendo muitas vezes desamparamentos, sentimentos de incapacidade, culpa e medo da perda. Tais sentimentos geram estresse, podendo levar ao distanciamento entre os pais e seu filho.

Além disso, o apego ao RN é focado principalmente em relação ao recém-nascido normal, o que nos faz perceber as variações e mudanças que ocorrem na formação do apego entre recém-nascido prematuro e sua mãe. Reações de fuga, afastando-se dos cuidados com seu bebê, são previsíveis e não são consideradas anormais. “O surpreendente não é que muitas mães se defendam contra tal sentimento avassalador, mais sim, que possam superá-lo e começar tudo novamente vinculando-se afetivamente ao bebê que sentem ter posto em perigo”<sup>(14:24)</sup>.

Os pais, por sua vez, podem apresentar dificuldades em expor seus sentimentos e comportamentos de maneira espontânea, visto que o ambiente de uma unidade neonatal, com toda sua

paramentação e tecnologia, pode parecer hostil e assustador. Além disso, a aparência de extrema fragilidade deste recém-nascido causa temor em quem deseja tocá-lo.

A literatura aponta ainda que o desenvolvimento do apego em mães que tiveram seus filhos prematuros é menos suave e calmo, porém o resultado final pode ser gratificante, pois o esforço da mãe supera as dificuldades, dando força ao apego<sup>(15)</sup>. Durante a longa caminhada em direção à formação do vínculo afetivo, os pais enfrentam e agem contra a reação de luto que muitas vezes é inevitável, devido ao nascimento prematuro de seu bebê.

Como podemos perceber, o nascimento de uma criança prematura implica na existência de alguns “obstáculos” para o envolvimento entre o mesmo e sua mãe/pai, o que reflete diretamente na formação dos laços afetivos e do vínculo. As reações e respostas do prematuro aos estímulos de sua mãe são mais débeis e menos gratificantes do que aquelas demonstradas por um bebê a termo e alerta, o que pode desestimular esta mãe e gerar na mesma uma sensação de incompetência onde ela sente que não tem importância para seu bebê e que nada pode fazer para ajudá-lo<sup>(15,16)</sup>.

## 7 REFLEXÕES E RECOMENDAÇÕES COMO POSSIBILIDADES DE SUPERAÇÃO DO PROBLEMA LEVANTADO

O estudo realizado teve o intuito de ensaiar algumas possíveis respostas ao problema levantado na nossa prática profissional, ou seja, quais os fatores que poderiam estar influenciando na aparente desmotivação da puérpera para “canguruzar” seu filho pré-termo e/ou de baixo peso, o que nos conduz, neste momento, ao correlacionamento dos conhecimentos teóricos obtidos, com a prática vivenciada na nossa realidade assistencial.

A revisão teórica sobre o ingresso do binômio no MMC, a vivência da mulher grávida com relação a uma provável ou potencial situação de risco, o nascimento de um RN prematuro ou de baixo peso, bem como os informes teóricos acerca do processo de desenvolvimento do apego entre pais e filho, nos conduzem a lançar um novo olhar sobre o tema, buscando fazer uma reflexão crítica sobre como estes fatores estão sendo tra-

balhados na nossa unidade neonatal, e então sugerir algumas alternativas de superação para o problema levantado.

Diante do evento de uma gravidez, toda mulher deseja que sua vivência seja livre de complicações e que a duração complete os nove meses, de modo que tudo corra bem, levando a um parto tranqüilo e o nascimento de um bebê saudável. Quando, por alguma razão, ocorrem alterações no transcorrer deste processo, e esta mulher passa a ser considerada e tratada como uma gestante de alto risco poderá ter início alguns conflitos de caráter psicoemocional. Estes conflitos, mais à frente, possivelmente, influenciarão na formação do vínculo desta mulher/mãe com seu filho.

Caso essa gestante não se sinta amparada pelos profissionais que a acompanham no programa de pré-natal, principalmente no que diz respeito às informações sobre a existência do MMC, os sentimentos negativos de ansiedade e medo poderão ainda ser exacerbados, diante das inúmeras responsabilidades que ela pressente que terá que assumir.

As mulheres que vivenciam esta experiência e que têm a probabilidade de terem seus filhos nascidos precocemente necessitam de um acompanhamento durante o pré-natal desenvolvido por profissionais qualificados e habilitados e que conheçam em profundidade os passos, os objetivos e as ações assistenciais que envolvem o MMC, a fim de que possam prepará-las, precoce e devidamente, para o cuidado de si e do seu bebê. Portanto, a entrada do binômio no programa governamental deve começar ainda no período de atenção pré-natal, e não somente no momento pós-parto.

Sugerimos ainda que seja disponibilizado a estas gestantes a possibilidade de participação em um grupo de gestantes de alto risco, onde poderão compartilhar suas angústias e ansiedades, bem como trocar experiências e aprender com aquelas que já vivenciaram esta situação anteriormente.

No que diz respeito ao período pós-parto propriamente dito, já em ambiente hospitalar, acreditamos que o processo de separação do binômio durante o período materno sensitivo deve ser repensado, haja vista a produção de conhecimentos existentes sobre a formação do apego. Sugerimos

assim que nos casos em que este RN prematuro não esteja correndo risco de morte iminente, que o mesmo possa ser apresentado aos seus pais e colocado junto ao peito de sua mãe ou em contato o mais próximo possível, pelo tempo que suas condições hemodinâmicas permitirem. Salientamos a importância de introduzir o pai ou alguém importante para a parturiente/puérpera nos primeiros cuidados junto à criança recém-nascida, uma vez que essa pessoa poderá, além de dar início precoce ao apego e formação do vínculo afetivo com o bebê, auxiliar a mãe a “canguruzá-lo” na unidade neonatal, sempre que ela se sentir cansada ou desmotivada por qualquer motivo. Isso certamente incluiria abrir as portas para que este acompanhante efetivamente acompanhe o RN e sua mãe na unidade neonatal, reforçando assim a sensação de proximidade e permitindo o fortalecimento e a continuidade da ligação afetiva já iniciada durante o processo de gestação.

Não devemos esquecer de que muitas destas mulheres ainda estão vivenciando um processo de luto e que o mesmo poderá perdurar por tempo indeterminado, sendo que a aproximação com seu RN é essencial e deve ser trabalhada de maneira sensível e gradativa. Sugerimos que haja um trabalho em equipe e que o mesmo aconteça efetivamente de maneira interdisciplinar. Os profissionais devem oferecer um acolhimento para a nova família, buscando compreender que as reações apresentadas pela mesma diferem muitas vezes daquelas por nós esperadas. Somente uma assistência prestada de maneira humanizada, por uma equipe que “fala a mesma língua”, e que sabe a importância de se respeitar o tempo desta mãe/pai/accompanhante em relação à aproximação gradativa junto ao seu RN, poderá auxiliar na superação dos obstáculos e no fortalecimento da ligação afetiva entre mãe/bebê/pai/família.

O ambiente de uma unidade neonatal muitas vezes traz aos pais a impressão de frieza e insensibilidade, representando um cenário assustador sendo que, inserido nisto tudo, encontra-se o seu filho, pequeno e frágil, à mercê de toda esta tecnologia. Ressaltamos aqui nossa responsabilidade em propiciar a esta família o conhecimento de certos aparelhos e sua importância, bem como o manuseio correto e adequado (como por exemplo, das portinholas da incubadora), com o objetivo de diminuir esta impressão negativa frente

ao ambiente hospitalar. Devemos aproveitar este momento para oportunizar o toque em seu bebê. Sempre que for viável devemos oferecer para que esta mãe realize cuidados de higiene e conforto, alimentação, dentre outros, buscando amenizar a sensação de incompetência e auxiliando na superação do medo em manusear um ser aparentemente tão frágil e pequenino. É necessário elogiarmos seus progressos e mostrar o valor de sua presença junto ao filho. Porém, igualmente importante, é a equipe reconhecer que em muitas ocasiões essa mulher estará cansada, fragilizada e mesmo desmotivada para cuidar de seu bebê. No contexto em que se encontra, é quase impossível demonstrar afeto, reconhecimento, amor, transferir calor, alimentar, tocar e acariciar em tempo integral. Parece-nos que mais importante do que a equipe avaliar que a mãe não tem motivação para “canguruzar”, é analisar de modo interdisciplinar que a mulher “canguruza” o filho na maior parte do tempo e que está encontrando prazer em fazê-lo.

Nós, profissionais, devemos olhar para as relações mãe/pai/RN/família de maneira integral e respeitosa, sendo flexíveis e adaptando nossa assistência de acordo com suas percepções e expectativas. Precisamos ter sempre em mente que melhor do que falar muito é ouvir, para que assim possamos prestar um cuidado a partir das necessidades de cada família. Neste processo interativo torna-se essencial o uso e a observação tanto da linguagem verbal quanto da não verbal. A comunicação entre a equipe que presta o cuidado e a puérpera visa o sucesso do atendimento, uma vez que uma informação interpretada de maneira errônea pode interferir no desenvolvimento da ligação afetiva e até mesmo no alcance dos objetivos mais amplos do Método, como obter ganho ponderal, controle térmico e a própria sobrevivência do RN, em muitos casos.

Muitas vezes torna-se difícil definirmos, de maneira unânime, o momento em que a mãe está apta a ingressar no MMC, assim, sugere-se que se elabore um *check list* contendo pré-requisitos necessários ao ingresso no Método. Tal documento deverá ser preenchido diariamente, pelos profissionais que acompanham o binômio, até que tais pré-requisitos sejam alcançados.

Consideramos essencial que o ambiente de uma Unidade Canguru forneça a oportunidade, caso seja de interesse da mãe, de realização de

trabalhos manuais. A interação entre as mães que estão realizando o Método é algo extremamente positivo, pois nestes momentos ocorrem trocas de experiências, sendo que muitas vezes a fala de uma das puérperas acaba por estimular as demais. Trazendo para perto de si a sua realidade cotidiana, torna-se mais fácil a superação dos desafios.

Durante a estadia desta mãe na Unidade Canguru, devemos procurar nos inteirarmos quanto aos seus aspectos macro-culturais, ou seja, sua vida fora do ambiente hospitalar e quais as pessoas que constituem sua rede de apoio enquanto esta se encontra ausente de sua casa, devido à situação da hospitalização. É importante sermos flexíveis quando a puérpera solicitar permissão para retirar-se temporariamente da unidade indo visitar seus filhos que ficaram em casa, pois muitas vezes ela não consegue “mergulhar” nas atividades relacionadas ao MMC devido à constante preocupação com tudo o que deixou lá fora.

O trabalho diário com estas mães traz, muitas vezes, a nós, profissionais, sentimentos de angústia, pois quase sempre não dispomos de tempo, nem local adequado para expormos e compartilhar tais sensações. Sugerimos então que se crie um ambiente para encontro entre os componentes da equipe multidisciplinar, para discussão das situações vivenciadas e trocas de experiências.

Sabemos que para que certas atitudes e pontos de vista sejam modificados, há um longo caminho a ser percorrido, e ainda há muito que ser repensado e discutido. Muitas vezes, o aparente desinteresse destas mães em “canguruzar” está fortemente relacionado à forma como é proposto e desenvolvido o Método, bem como a toda situação que a mesma está vivenciando. A abordagem dos profissionais e a interdisciplinaridade são fatores determinantes na superação dos obstáculos e alcance do objetivo final.

Esperamos com este estudo poder despertar nos profissionais que prestam cuidados a famílias como estas, a necessidade de constante reflexão sobre sua realidade, buscando alternativas para modificações na atenção neonatal, a partir do conhecimento adquirido sobre todo o processo de enfrentamento e adaptação pelo qual passa esta puérpera que hoje se encontra vivenciando o MMC com seu bebê prematuro.

## REFERÊNCIAS

- 1 Guimarães GP, Schneider KLK, Monticelli M. Motivação da puérpera para praticar o Método Mãe-Canguru: uma reflexão crítica a partir da literatura [resumo]. In: Anais do 4º Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, 15º International Congress on Women's Health Issues; 2004 nov 7-10; São Pedro, Brasil. [Em CD-ROM]. São Pedro: ABEn; 2005. p. 2.
- 2 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Mulher e da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso. Brasília (DF); 2002.
- 3 Carvalho MR. Método mãe-canguru de atenção ao prematuro. Rio de Janeiro: BNDES; 2001.
- 4 Joaquim MCM. Como o Brasil trabalhou o método mãe-canguru. Informativo Método Mãe-Canguru 2003;(8):2.
- 5 Charpak N, Calume ZF, Hamel A. O método mãe-canguru: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1999.
- 6 Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
- 7 Aspectos psicológicos da gravidez, do parto e do puerpério. In: Maldonado MT. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 15ª ed. São Paulo: Saraiva; 2000. p. 114-30.
- 8 Alonso ILK. Buscando caminhos para viver saudável: uma proposta educativa de enfermagem voltada às mulheres "mães de primeira viagem" e seus enfrentamentos cotidianos [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1994. 204 f.
- 9 Ziegel EE, Cranley MS. Enfermagem obstétrica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.
- 10 Lemos BO. As representações sociais do grupo familiar da gestante sobre a gravidez: uma referência para melhorar a qualidade da assistência pré-natal [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1994. 119 f.
- 11 Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
- 12 Oliveira ME, Monticelli M, Brüggemann OM. Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais. 2ª ed. Florianópolis: Cidade Futura; 2002.
- 13 Klaus MH, Kennell J. Pais e bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- 14 Barbosa VL. O vínculo afetivo na unidade neonatal: uma questão de reciprocidade na tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem [tese de Doutorado em Enfermagem]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1999. 166 f.
- 15 Brazelton TB. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
- 16 Cunha MLC. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. Revista Gaúcha de Enfermagem 2000;21(n esp):70-83.

## AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Karine Larissa Knaesel Schneider pela parceria na construção do trabalho.

---

### Endereço da autora/Author's address:

Gisele Perin Guimarães  
Av. Osni João Vieira, 237, aptº 301  
Bairro Campinas  
88.101-270, São José, SC

Recebido em: 19/01/2006

Aprovado em: 29/11/2006