

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM
COMUNICAÇÃO

**BEM-VINDO, BEBÊ: GUIA DE COMUNICAÇÃO
ACOLHEDORA NO PRÉ-NATAL COMO ESTRATÉGIA DE
FORTALECIMENTO DO MÉTODO CANGURU**

LUCIANA MACHADO CARVALHO NUNES

São Luís

2024

LUCIANA MACHADO CARVALHO NUNES

**BEM-VINDO, BEBÊ: GUIA DE COMUNICAÇÃO
ACOLHEDORA NO PRÉ-NATAL COMO ESTRATÉGIA DE
FORTALECIMENTO DO MÉTODO CANGURU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Comunicação da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do título de Mestre em Comunicação - Modalidade Profissional.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Melissa Silva Moreira Rabelo

São Luís

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Machado Carvalho Nunes, Luciana.

BEM-VINDO, BEBÊ: : GUIA DE COMUNICAÇÃO
ACOLHEDORA NO PRÉ-NATAL COMO ESTRATÉGIA DE
FORTALECIMENTO DO MÉTODO

CANGURU / Luciana Machado Carvalho Nunes. - 2024.

157 p.

Orientador(a): Melissa Silva Moreira Rabelo. Dissertação
(Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Comunicação - Modalidade Profissional/ccso, Universidade Federal do
Maranhão, São Luís, Ma, 2024.

1. Método Canguru. 2. Prematuridade. 3. Práticas Comunicativas.
4. Comunicação e Saúde. I. Silva Moreira Rabelo, Melissa. II.

LUCIANA MACHADO CARVALHO NUNES

**BEM-VINDO, BEBÊ: GUIA DE COMUNICAÇÃO
ACOLHEDORA NO PRÉ-NATAL COMO ESTRATÉGIA DE
FORTALECIMENTO DO MÉTODO CANGURU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Comunicação da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do título de Mestre em Comunicação - Modalidade Profissional.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Melissa Silva Moreira Rabelo
Presidente - Orientadora

Prof.^a Dr.^a Flávia de Almeida Moura
Membro Interno

Prof.^a Dr.^a Marynéa Silva do Vale
Membro Externo ao Programa

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”
(Arthur Schopenhauer)

DEDICATÓRIA

A Deus, pois é ele quem cuida de cada detalhe para a concretização dos nossos sonhos. Ele planta em nosso coração o desejo de transformar, sempre para melhor, a realidade ao nosso entorno.

AGRADECIMENTOS

Ao longo das mais distintas trajetórias de vidas, acredito que se conclui que não é possível construir nada de relevante sozinho, ao longo do caminho encontramos pessoas para contribuir, construir e nos motivar a seguir a diante. Por isso, minha gratidão em primeiro plano é a Deus, por ter guiado meus passos, dando-me força e saúde para seguir em frente diante de momentos difíceis, colocando em meu caminho pessoas sem as quais esse importante passo na minha vida pessoal e acadêmica não seria possível.

A minha família construída, onde encontro, na figura do meu esposo Alexandre, o meu maior incentivador, companheiro; a minha âncora que me mantém firme e segura nos propósitos que devo seguir.

Aos meus filhos, Manuela e João Alexandre, que com um simples sorriso me enchem de coragem e reafirmam todos os dias em meu coração, que a alegria e a beleza da vida podem se fazer presentes nas coisas simples do nosso dia a dia. Eles me oportunizam vivenciar um amor pleno e desmedido, o que me motivou ao desenvolvimento dessa pesquisa: ao despertar o desejo de contribuir e melhorar as experiências de outras mulheres na vivência da maternidade. A eles devo o melhor de mim!

À família que nasci, meus pais Maria do Carmo e José Valmir, minha irmã Iveline e sobrinha e afilhada Isabela, pois foram eles que me tornaram quem eu sou e me incentivaram a seguir em frente com a convicção de que estariam sempre na torcida pelas minhas conquistas e escolhas.

À família que tive a sorte de ganhar quando constituí família e que me acolheu como se eu sempre tivesse feito parte do seu convívio, meus sogros Willian, Maria e minha cunhada Adriana.

Aos amigos do trabalho, em especial, Alexsandra, grande encorajadora para que eu desse início a essa jornada, Danielle e Beatriz pelos conselhos, leituras e apoio que tornaram mais leve a exaustiva conciliação entre trabalhar intensamente pelo menos 40 horas semanais, cuidar de filhos pequenos e dar seguimento a rotina de estudos.

Aos amigos conquistados ao longo do tempo, que me alegram o coração, torcem e apoiam as minhas conquistas. Celebro a todos em nome dos meus compadres Luiz e Walline, e do meu afilhado Luizinho, que se tornaram uma família escolhida para partilhar a vida.

Aos companheiros da turma quatro, em especial o amigo Rafael, que em meio a alegrias e dificuldades, sempre estiveram presentes, estendendo a mão e dando forças uns aos outros nesta desafiadora caminhada acadêmica.

Ao PPGCOMPRO, incluindo professores que contribuíram para minha evolução acadêmica, em especial a professora Flávia Moura, supervisora de estágio com a qual muito aprendi e a minha professora e orientadora Melissa Rabelo, pela compreensão, apoio e orientação na condução e construção deste trabalho.

Por fim, à Universidade Federal do Maranhão, que por meio de um ensino público e gratuito de qualidade, me oportunizou aprimoramento pessoal, acadêmico e a chance de contribuir de forma prática com a sociedade por meio da minha pesquisa.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo promover o conhecimento e a apropriação de informações sobre o Método Canguru para as famílias em acompanhamento pré-natal, considerando que esse âmbito do conhecimento contribuirá para o fortalecimento da Política de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso, na medida em que gera impactos positivos na experiência de atendimento, apropriação de informações e exercício de direitos das famílias atendidas. Para isso, buscou-se compreender como a interface entre Comunicação e Saúde, pode potencializar a participação cidadã, para promoção de um cuidado mais humanizado, na medida em que facilita o acesso a informações sobre o método e seus benefícios; otimiza o fluxo de orientações para as famílias e gera identificação e compreensão. Para iniciar a pesquisa, foi realizado um levantamento bibliográfico para aprofundamento nos conteúdos relacionados à realidade estudada, a saber: Comunicação e Saúde, contemplando a interrelação entre as duas áreas para a centralidade no cidadão; Comunicação Comunitária, como embasamento para a construção de uma comunicação que fomenta a participação e a construção coletiva; Conceito de Políticas Públicas, para apresentar o “universo” em que o Método Canguru está Inserido, bem como pesquisa documental para conhecer as políticas, manuais, normas e legislação que se relacionam com o Método Canguru. O campo empírico para o desenvolvimento da pesquisa foi o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HU-UFMA, com o intuito de identificar os conteúdos técnicos abordados e as condições que favoreceram a implementação e manutenção da prática comunicativa e traçar o perfil do usuário, promovendo maior aproximação, conhecendo a realidade e as expectativas para contemplá-las na elaboração do produto. A partir dos achados da pesquisa, o artefato desenvolvido é o “Guia de Comunicação Humanizada e Acolhedora no pré-natal: roda de conversa bem-vindo, bebê”, que oferece um recurso de incentivo ao diálogo entre profissionais e famílias, de maneira simples, objetiva e com foco, principalmente, nas necessidades das mulheres/mães, que foram identificadas como as mais impactadas na rotina de cuidados com um bebê.

Palavras- chave: Método Canguru, Prematuridade, Práticas comunicativas, Comunicação e Saúde.

ABSTRACT

This study aims to promote knowledge and the appropriation of information about the Kangaroo Method for families undergoing prenatal care, considering that this scope of knowledge will contribute to strengthening the Humanized Care Policy for Low Weight Newborns, in to the extent that it generates positive impacts on the service experience, appropriation of information and exercise of rights of the families served. To this end, we sought to understand how the interface between Communication and Health can enhance citizen participation, to promote more humanized care, as it facilitates access to information about the method and its benefits; optimizes the flow of guidance for families and generates identification and understanding. To begin the research, a bibliographical survey was carried out to delve deeper into the contents related to the reality studied, namely: Communication and Health, contemplating the interrelationship between the two areas for citizen-centeredness; Community Communication, as a basis for building communication that encourages participation and collective construction; Concept of Public Policies, to present the “universe” in which the Kangaroo Method is inserted, as well as documentary research to learn about the policies, manuals, standards and legislation that relate to the Kangaroo Method. The empirical field for the development of the research was the University Hospital of the Federal University of Maranhão – HU-UFMA, with the aim of identifying the technical contents covered and the conditions that favored the implementation and maintenance of communicative practice and tracing the user profile, promoting greater rapprochement, knowing reality and expectations to take them into account when preparing the product. Based on the research findings, the artifact developed is the “Humanized and Welcoming Communication Guide in prenatal care: conversation circle welcome, baby”, which offers a resource to encourage dialogue between professionals and families, in a simple way, objective and focusing mainly on the needs of women/mothers, who were identified as the most impacted in the routine of caring for a baby.

Keywords: Kangaroo Care, Prematurity, Communicative practices, Communication and Health

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Campanha relacionada à saúde da mulher do acervo do Ministério da Saúde;

FIGURA 2 – Capa do Manual técnico do Método Canguru, foto do HU-UFMA que ilustra a participação familiar durante o processo de Assistência;

FIGURA 3 – Imagem publicada no Manual Técnico do MC, feita nas instalações do HU-UFMA, ilustra membro da equipe assistencial representando a incubadora com uma boneca e um recipiente para ajudar na preparação de irmãos para visita ao recém-nascido no ambiente da UTI;

FIGURA 4 – Infográfico organizado pela autora, com base nas Diretrizes do Cuidado do Método Canguru (MS, 209109);

FIGURA 5 – Fachada da Unidade Materno Infantil do HU-UFMA, que concentra os atendimentos relacionados à saúde das mulheres, bebês e crianças. Fonte: acervo HU-UFMA;

FIGURA 6 - UTI Neonatal na Unidade Materno Infantil. Fonte: acervo HU-UFMA;

FIGURA 7 – Ambulatório de ginecologia e pré-natal especializado do HU-UFMA;

FIGURA 8 – A imagem ilustra o contato pele a pele entre mãe e bebê. Foi retirada no HU-UFMA e ilustra o Manual técnico do Método;

FIGURA 9 - Foto de bebê em interação com a mãe – acervo da pesquisadora;

FIGURA 10 - Profissional da equipe prestando cuidados a um bebê – acervo da pesquisadora;

FIGURA 11 - Registro de um pai realizando a posição canguru durante a visita – acervo HU-UFMA;

FIGURA 12 – Pesquisadora entrevistando uma das mães de bebês da UCI;

FIGURA 13- Print da mensagem enviada para os colaboradores da Unidade de Obstetrícia;

FIGURA 14 - Print da mensagem enviada para os colaboradores da Unidade de Cuidados;

FIGURA 15 - Arte feita pela pesquisadora para divulgação da pesquisa;

FIGURA 16 - Projeção da arte em evento para os profissionais das áreas;

FIGURA 17 – Capa do guia de comunicação acolhedora;

FIGURA 18 – Capa do “Guia bem-vindo, bebê!”;

FIGURA 19 – Apresentação da Roda de Conversa bem-vindo, bebê para as mães e acompanhantes da UCI – Acervo da pesquisadora

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- Faixa etária das cidadãs entrevistadas;

GRÁFICO 2- Faixa de renda Familiar das entrevistadas;

GRÁFICO 3- Escolaridade das Entrevistadas;

GRÁFICO 4- Ocupação das entrevistadas;

GRÁFICO 5- Melhores estratégias para abordar o Método Canguru no pré-natal para as Entrevistadas;

GRÁFICO 6- Faixa etária dos colaboradores da Unidade Neonatal;

GRÁFICO 7- Gênero dos colaboradores da Unidade Neonatal;

GRÁFICO 8- Categoria profissional dos colaboradores participantes da Unidade Neonatal;

GRÁFICO 9- UTI NEO - Falta de informações sobre o MC causam prejuízos para as famílias?

GRÁFICO 10- UTI NEO – Quais as melhores estratégias para orientar as famílias?

GRÁFICO 11 – Gênero dos Colaboradores da UTI NEO;

GRÁFICO 12 – Faixa etária colaboradores da UTI NEO;

GRÁFICO 13 – Categoria profissional dos pesquisados na Unidade de Obstetrícia -UO;

GRÁFICO 14 – UO- Você compartilha informações sobre o MC?

GRÁFICO 15 – UO- Quais fatores dificultam o compartilhamento de informações sobre o Método Canguru no pré-natal?

GRÁFICO 16 – UO- Qual a melhor estratégia para levar informações sobre o Método Canguru para as famílias em acompanhamento pré-natal?

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 - REVISÃO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA.....	23
1.1 Políticas públicas direcionadas para a saúde feminina e infantil no Brasil e suas perspectivas	23
1.2 Apanhado histórico da Saúde da criança no Brasil	25
<i>1.2.1 Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)</i>	<i>28</i>
1.3 Apanhado sobre a Saúde da Mulher no Brasil	30
<i>1.3.1 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)</i>	<i>32</i>
1.4 Interface das políticas para o cuidado Materno Infantil.....	36
CAPÍTULO 2 - CONHECIMENTO, DIÁLOGO E APROPRIAÇÃO DE INFORMAÇÃO: Comunicação para o aprimoramento da prática do Método Canguru junto às famílias atendidas no pré-natal	37
2.1 Método Canguru: humanização, protagonismo e engajamento das famílias em prol da saúde do bebê.....	38
2.2 Interface Comunicação e Saúde: eixo de sustentação para o fortalecimento da primeira etapa da política de cuidado Humanizado ao recém-nascido de baixo peso	46
2.3 Comunicação comunitária como suporte para a inserção de novas práticas comunicativas para a consolidação da participação do cidadão e fortalecimento do Método Canguru no pré-natal	50
<i>2.3.1 Contextos e aplicações do Método Canguru no campo empírico: Hospital Universitário da UFMA</i>	<i>52</i>
CAPÍTULO 3 - ESTRATÉGIA DE ORIENTAÇÃO E INFORMAÇÃO PARA FAMÍLIAS EM ATENDIMENTO PRÉ-NATAL: metodologia de pesquisa e desenvolvimento do produto.	56
3.1 Relato de observação.....	58
3.2 Coleta de dados e aproximação das mulheres assistidas por meio de entrevistas	61
3.3 Coleta de dados com os profissionais de saúde.....	72
<i>3.3.1 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</i>	<i>74</i>
<i>3.3.2 Aplicação de questionários na Unidade de Obstetrícia</i>	<i>78</i>
<i>3.3.3 Comunicação acolhedora, humanizada e empática no acompanhamento pré-natal: a centralidade nas necessidades das famílias para uma orientação efetiva</i>	<i>82</i>
3.4 Execução do produto: Guia de Comunicação Afetiva e Humanizada no pré-natal: roda de conversa Bem-vindo, bebê!	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	901
REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICE 1	100
APÊNDICE 2	102

APÊNDICE 3	104
APÊNDICE 4	106
APÊNDICE 5	108
APÊNDICE 6	110
APÊNDICE 7	112
APÊNDICE 8	144
ANEXO A.....	150

INTRODUÇÃO

Comunicar faz parte da essência do ser humano, que desde que nasce inicia um esforço constante para aprimorar as formas de comunicação e assim alcançar melhores conexões com seus pares. No entanto, a comunicação também é ciência, por sinal, um campo de estudo multidisciplinar que interage com as mais diversas áreas e com resultados de grande impacto, dando luz e proporção ao que é mais importante. Essa característica sempre trouxe fascínio e me instigou a escolher a área da comunicação para minha formação e, mais tarde, ao ingressar no mercado de trabalho como técnica da área, me deparar com um universo de atuação, até então, novo para mim: a saúde.

Comunicação e saúde, para muitos podem parecer campos distintos ou que se relacionam de maneira superficial. Para outros, ainda, a comunicação pode ser confundida apenas como instrumento ou ferramenta a serviço da melhoria de desempenho da assistência e da pesquisa em saúde, no entanto, a inter-relação entre essas duas áreas é muito mais profunda, podendo-se dizer até indissociável.

Essa complementação se fortalece a ponto de ligá-las em um único campo de conhecimento, que não reporta conjuntura de inferioridade da primeira em detrimento da segunda, mas sim uma condição de igualdade em importância e impacto nos resultados alcançados na sociedade. (Araújo e Cardoso, 2007, p.21).

O campo da ‘comunicação e saúde’, que a partir daqui designaremos por C&S, é constituído pelos elementos de cada campo separadamente – da comunicação e da saúde –, porém, na sua interface. Não é uma perspectiva que vê a comunicação como um conjunto de instrumentos a serviço dos objetivos da saúde. As formas ‘comunicação em saúde’, ‘comunicação para a saúde’, ‘comunicação na saúde’, bastante utilizadas, refletem em geral a visão instrumental de comunicação, mais corrente nas instituições de saúde. Falar em comunicação ‘e’ saúde aponta para uma distinção e uma opção teórica (Araújo and Cardoso, 2007, p.21).

Após extensa atuação, ao longo de 10 anos, em assessoria de comunicação na área da saúde, pude vivenciar que muitas vezes a comunicação organizacional se sobrepõe à interpessoal nas instituições de saúde em razão da grande necessidade de difusão de informações. Entretanto, a partir da linha de pensamento, de Araújo e Cardoso (2007), fica evidente que essa inter-relação é muito mais profunda e capaz inclusive de aprimorar as experiências dos cidadãos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas mais diversas áreas. Quando se fala em serviços de saúde, inicialmente associamos a alguma condição desafiadora, no entanto, algumas situações de assistência não estão necessariamente vinculadas às condições de dor, tensão e sofrimento, mas sim de renovação da vida, em que a

mais evidente delas é o nascimento.

Entre tantas temáticas importantes a serem trabalhadas no campo da saúde, a experiência da maternidade me trouxe o interesse premente em colaborar com essa esfera de maneira mais direta, por compreender o quanto esse período é significativo e também desafiador na vida de uma mulher, onde apoio e conhecimento podem contribuir para uma vivência muito mais segura. Surgiu, a partir desse *insight*, uma inquietude para colaborar com o processo de assistência e acolhimento das famílias e entender de que maneira a comunicação pode oportunizar o apoio e o empoderamento necessários para essa fase.

A chegada de uma criança é um momento culturalmente concebido como de festa e alegria. Essa expectativa corrobora para desencadear uma tensão abrupta e intensa quando surgem intercorrências que venham a modificar as expectativas do fluxo naturalmente esperado: mãe e bebê retornarem para suas casas dentro de poucos dias após o parto. Uma dessas possíveis intercorrências é a prematuridade, a qual segundo o Ministério da Saúde, se configura como a principal causa de morte em menores de cinco anos no Brasil.

Famílias que passam por essa condição no Brasil, são amparadas pela Política de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso, que de acordo com o manual técnico publicado pelo Ministério da Saúde (2019), preconiza o acolhimento das mulheres e famílias desde a gestação até o acompanhamento após a alta hospitalar. Esse processo é dividido em três etapas que envolvem ações desde o pré-natal até o acompanhamento da criança/família nos anos seguintes ao do nascimento. No que concerne às gestantes e famílias, os procedimentos descritos pelas Diretrizes do Método orientam a necessidade de receber informações no tocante a possibilidade da prematuridade durante o pré-natal, o que ajudará a puérpera caso haja a necessidade de atuar de maneira participativa no processo de atenção à criança juntamente com a equipe multidisciplinar. Entre essas informações está o esclarecimento sobre o Método Canguru, como direito de atenção perinatal humanizado que inclui, entre outros pilares, a participação da família nos cuidados neonatais e o contato pele a pele.

Segundo o Manual Técnico de Atenção ao Recém-nascido de baixo peso (Ministério da Saúde, 2019), o Método Canguru é uma Política Nacional de Saúde que se configura como uma boa prática de atenção ao recém-nascido de baixo peso, baseada em evidências científicas e com benefícios comprovados. A implementação do método contribui para a recuperação dos bebês e fortalecimento de vínculo com as famílias, que podem e devem participar ativamente de todo o processo, incentivadas pela equipe de saúde e pelo aprimoramento das práticas comunicativas.

Estratégia utilizada para orientar, divulgar e, sobretudo, contribuir para que pessoas ou comunidades possam reconhecer efetivamente a necessidade da promoção e da educação em saúde e da participação coletiva nas decisões de matérias relacionadas à saúde. (Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru, 2017).

Segundo o Manual, o acompanhamento da mulher e sua família deve iniciar ainda durante a gestação, o objetivo primordial é orientá-los e prepará-los para atuar diante do acontecimento de um parto prematuro, conhecendo o trajeto a ser percorrido pelo bebê, assim diminuindo a insegurança e o medo gerados pela situação. Nessa perspectiva, para que esse processo se desenvolva por meio da interação, deve existir a apropriação de informações por parte das famílias assistidas, para que elas conheçam esse direito e atuem de maneira participativa para a melhor recuperação do seu bebê. Assim, nos debruçamos sobre o desenvolvimento de uma nova prática comunicativa, construída com a participação dos cidadãos que vivenciaram essa experiência.

Para alcançar o propósito, surgiu a necessidade de pesquisar sobre como a comunicação pode contribuir para que as famílias se apropriem de informações, ressignifiquem a sua condição e assim possam estar preparados para participar como agentes engajados e atuantes junto à equipe multidisciplinar no cuidado do seu recém-nascido prematuro, para assim fortalecer a relação de vínculo e o cuidado de maneira integral.

Ser mãe me fez perceber de maneira mais direta o desafio gigantesco que é trazido naturalmente pela maternidade/paternidade na rotina de uma família, e refletir sobre o quanto isso pode ser mais delicado quando é necessário lidar com alguma intercorrência de saúde do bebê e seu encaminhamento para cuidados intensivos. Nessa perspectiva, com o intuito de contribuir para um melhor acolhimento e interação com as famílias assistidas nesse cenário, este trabalho tem como objetivo contribuir por meio de prática comunicativa, para aprimorar a compreensão e consequentemente o envolvimento e engajamento das famílias com o Método Canguru - MC. O objetivo não se resume a contribuir tecnicamente para a implementação de mais uma ferramenta com o propósito informativo, mas colaborar para a construção, a partir de uma relação dialógica, de uma **prática comunicativa** que possa de fato conversar com o cidadão e a partir daí, gerar sentido ao que é comunicado.

Podemos, no entanto, também falar de um outro conhecimento, igualmente necessário, que vai além do conhecimento operacional, que complementa o saber-fazer, e constitui um saber sobre o fazer, sobre os “fazeres” e sobre os “feitos”. Trata-se de um conhecimento mais global, que vem indagar sobre o alcance e o significado das próprias práticas comunicativas, sobre a intervenção e a criação dos indivíduos no terreno das imagens e dos sentidos, sobre a produção das representações e dos mundos imaginais. (França e Simões, 2016, p 13).

França e Simões (2016) enfatizam o caráter de geração de sentidos e construção social

a partir da implementação de práticas comunicativas, enfatizando sua força e capacidade de gerar conexões. As autoras compreendem as práticas comunicativas como inerentes à pesquisa em comunicação e construção das teorias do campo. Nessa linha de pensamento, como base teórica neste estudo, trabalharemos as práticas comunicativas no seu caráter dialógico para a construção social e geração de sentidos no âmbito da saúde, o que vai além dos meios que utiliza ou do seu caráter transmissivo.

O campo empírico escolhido para a pesquisa foi a unidade Materno Infantil do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA, localizada na cidade de São Luís - MA. Nessa estrutura, que se insere na rede municipal de saúde, dois serviços contemplam as três etapas do Método Canguru. O serviço responsável pelo atendimento de recém-nascidos e suas famílias: a Unidade de Cuidados Intensivos Perinatais, que engloba a Unidade de Cuidados Intensivos - UTI Neonatal; a Unidade de Cuidados Intermediários - UCI, onde o bebê mais estabilizado pode permanecer integralmente com sua família e o Alojamento Conjunto, onde ficam os bebês e mães sem intercorrências.

O serviço de UTI Neonatal, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), só é oferecido em São Luís por três instituições públicas, atendendo ainda outros municípios do estado. Outros serviços voltados para a assistência a bebês recém-nascidos que apresentam alguma condição que afeta a saúde também são oferecidos nessa Unidade em que se dá grande parte da coleta de dados, pois nela se encontravam as famílias que precisaram ser assistidas pelo Método Canguru e assim podem opinar sobre os passos desse processo.

No atendimento às gestantes, o serviço responsável é a Unidade de Obstetrícia - UO, que é referência para o Ministério da Saúde no Maranhão em assistência para gestações de alto risco, sendo responsável assim, na rede de saúde em que se insere, pelo acompanhamento de gestantes que apresentam condições pré-existentes que podem aumentar as possibilidades de um nascimento pré-termo (antes do tempo) ou outras complicações no parto/nascimento. Nesse serviço, deve ser iniciada a primeira etapa do Método Canguru, por isso, observar seu funcionamento e possibilidades, tornou-se importante para garantir a aplicabilidade do trabalho.

Na área da saúde, historicamente, a comunicação tem o desafio de buscar sempre alternativas para alcançar o maior número de pessoas para oportunizar o acesso a informações necessárias para a prevenção de doenças ou cuidados com a saúde, mas somente isso não reflete a complexidade de seu verdadeiro papel. A comunicação em sua interface com a saúde tem a capacidade de aperfeiçoar estratégias para que se os indivíduos se sintam valorizados

e reconhecidos em suas necessidades de atenção, para produzir sentido e assim gerar ações e mudanças que podem efetivamente contribuir com a sociedade. (Araújo, is., and Cardoso, 2007, p.21)

Não obstante, de acordo com Inesita Araújo e Janine Cardoso (2007), apesar de a comunicação ocupar, reconhecidamente, um papel de relevância nesse ambiente, sua contribuição muitas vezes se torna resumida diante do seu potencial de transformação e incentivo à participação popular, na medida em que se dedica quase que integralmente ao objetivo de difundir uma quantidade exorbitante de informações importantes elencadas a partir das instituições e temáticas de saúde.

Do ponto de vista histórico, a comunicação sempre foi prerrogativa das instituições de saúde, que dela se valeram para apoiar a implantação de suas políticas, divulgando ações e prescrevendo comportamentos. À população não foram facultados meios e canais de expressão, cabendo-lhe o lugar de ‘receptores’ da comunicação institucional. (Araújo and Cardoso, 2007, p.23).

Nessa concepção teórica, insere-se o processo comunicacional que é base deste trabalho, que se desmembra do organizacional para desenvolver uma comunicação com e para o cidadão, buscando contextualizar e conhecer as nuances do ambiente, para a partir delas entender a melhor forma de desenvolver uma comunicação que centraliza o foco nos indivíduos que serão assistidos.

A comunicação se apresenta como uma possibilidade não só de potencializar o alcance e agregar conhecimentos relevantes aos pacientes, mas também de fixar significados e contribuir para a mudança de atitude a partir de sua interação. Ao serem produzidas com uma linguagem adequada e voltada para as necessidades do público a qual se destina, a comunicação possibilita uma maior motivação e engajamento nos tratamentos, contribuindo para a apropriação de informações e direitos que venham a propiciar uma participação cidadã. (Araújo, 2007).

Segundo ARAÚJO, 2007, “No campo da saúde, a comunicação não se dissocia da noção de direito, é dirigida a ‘cidadãos’, objetiva o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas suas dimensões e a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade.”. Ou seja, utilizar esses recursos para oferecer orientação, estabelecer diálogo, visa estimular os usuários a conhecer seus direitos e possibilidades que podem surgir ao longo de seu atendimento, e também a reconhecer a sua importância enquanto agente ativo no processo, estabelecendo uma relação de confiança e segurança com a assistência prestada, desta forma, contribuindo para o fortalecimento e consolidação dos pilares do Método Canguru no pré-natal.

Em contrapartida, pensamos que a luta deve ser por uma abordagem da comunicação que procure pautar as políticas e práticas comunicativas pelos princípios e diretrizes do SUS, tais como descentralização, participação e controle social, integralidade, universalidade. Que tome o direito à saúde como ponto de partida e que considere o direito à comunicação como parte indissociável deste direito; que opere com a ideia de produção social dos sentidos, que confira relevo à pluralidade de vozes que expressam os muitos modos de perceber, pensar e praticar a saúde. (Araújo, 2007, p 113).

A partir desse pensamento, constatamos em campo que, apesar de apresentar condutas bem estruturadas em suas diretrizes, observou-se que as informações sobre o Método Canguru direcionadas para o pré-natal são oferecidas de forma pontual, de maneira que as ações ainda não conseguiram obter a constância necessária para abranger a totalidade das famílias, corroborando com a indagação sobre como as informações sobre a metodologia canguru podem chegar de maneira mais efetiva até as famílias durante o pré-natal e alcançar os pacientes de forma que venha a fortalecer a participação, aumentar o engajamento nos cuidados e no tratamento do bebê.

Outro ponto a ser destacado, é que a grande maioria das acompanhantes dos bebês em atendimento na Unidade Neonatal são as mães e não é incomum que nas ocasiões em que a figura materna não pode se fazer presente, por motivos de força maior, são as avós que assumem o protagonismo no cuidado. Esse fator demonstra que mesmo diante do fato da política incentivar e preconizar o incentivo e a responsabilidade de toda a família, especialmente dos pais para o cuidado com os bebês, muito ainda deve ser percorrido para que na prática o cuidado seja igualmente compartilhado, surgindo aí o interesse de compreender os contextos que levaram a esse cenário e assim contribuir para o incentivo ao protagonismo familiar seja efetivado e minimize a sobrecarga materna.

Nesse cenário, a proposta de artefato tem o intuito fomentar o diálogo e a participação das famílias, oportunizando que o conhecimento seja acessado de forma confiável e imediata às suas necessidades. A proposição é que durante o acompanhamento pré-natal, as equipes estabeleçam uma rotina de diálogos direcionados para esse propósito. As abordagens foram elaboradas a partir das contribuições das mulheres em acompanhamento de seus filhos, oferecendo o suporte para que os profissionais promovam o conhecimento de forma constante e em tempo oportuno para que as famílias assistidas se apropriem das informações com mais segurança.

Como fundamentação teórica para isso, além da pesquisa em documentos e legislações para conhecer o universo em que se dá a pesquisa, bem como as nuances sociais que contribuíram na sua construção enquanto políticas públicas, nos debruçamos no campo da comunicação e saúde para compreender a interface mais profunda entre as áreas, buscando na

comunicação comunitária o arcabouço necessário para promover a participação do cidadão.

A coleta de dados se deu na Unidade Materno Infantil do Hospital Universitário da UFMA (HU-UFMA), mencionado no manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica (MS, 2018) como um dos seis centros nacionais de referência para o Método Canguru, sendo responsável pela atuação na implementação e disseminação do método, por meio da realização de cursos de capacitação para grupos de profissionais de outras localidades.

As informações obtidas em campo foram essenciais para a construção desse propósito. A abordagem de pesquisa quantitativa, no pensamento de Kauark, (2010), se faz presente para validação de conteúdos técnicos e compreensão do ambiente e dos agentes que serão responsáveis pela implementação do produto: os profissionais de saúde.

O grande diferencial, está na abordagem que coloca o cidadão como centro dessa construção e principal orientador para o processo de criação. O “Guia de Comunicação Acolhedora no pré-natal: roda de conversa bem-vindo, bebê!”, foi desenvolvido com base em informações obtidas a partir de pesquisa qualitativa, por meio de entrevista. Essa aproximação promoveu um canal de escuta junto as mulheres que vivenciaram a condição de nascimento prematuro de seus bebês e de encaminhamento para o serviço especializado, para assim perceber seus contextos, aspirações e contemplá-las na elaboração da estratégia. Todas as pessoas ouvidas, indicaram os profissionais de saúde como as fontes mais confiáveis e efetivas de informação e orientação, fator que não pôde ser desconsiderado e originou a ideia da construção de um guia de comunicação que ofereça suporte aos profissionais para o estabelecimento de uma rotina de diálogo, ao mesmo tempo em que disponibiliza o conteúdo para que as famílias possam obter os direcionamentos de cuidado.

O guia aliou os assuntos de maior interesse das famílias aos conhecimentos básicos sobre prematuridade e método canguru. O foco principal é orientar sobre direitos do recém-nascido e incentivar à participação de toda a família no cuidado com o bebê, com mais segurança e autonomia e diminuindo a sobrecarga materna, sabendo que isso trará benefícios comprovados para a recuperação da criança. Os conteúdos foram organizados considerando o que é relevante para as famílias, respeitando o seu protagonismo e interesse, o que visa contribuir para a melhoria da experiência no atendimento pré-natal.

No que concerne ao acesso a informações sobre o Método Canguru, consideramos que este deve ser trabalhado de maneira leve e não alarmista, para que o conhecimento não se torne fonte de tensão desnecessária para as gestantes. Vale salientar, que o objetivo não é produzir uma ferramenta de comunicação unidirecional, a partir da qual os profissionais transmitem as informações que julgam necessárias para aqueles indivíduos, mas sim

desenvolver uma estratégia que promova interação e participação, conhecendo o público ao qual se destina, ouvindo-os e levando em consideração seus anseios e necessidades para o estabelecimento da conexão e compreensão mútua, que se espera da interface comunicação e saúde.

Esse propósito inicia-se no capítulo 1, com a apresentação do conceito de Política de Saúde a partir do pensamento da cientista política Sônia Fleury (2008), que enfatiza que a existência das mesmas se dá pela necessidade de contemplar as demandas sociais e assim promover ações para mitigar as mazelas existentes em prol da sociedade. Após esse conceito inicial, seguimos para o estudo das políticas públicas de saúde direcionadas para os públicos diretamente envolvidos na estratégia do método canguru, que são: mulheres e crianças. Conhecer o histórico e o contexto que levou à criação e estruturação do cuidado para esses públicos, bem como estão dispostos na atualidade, traz um olhar mais crítico e amplo ao observar as nuances de comunicação presentes e o contexto que porventura puderam originar os desafios ainda existentes na atualidade, a exemplo da centralidade do cuidado ainda atribuído à figura materna, entendendo assim que essa construção sofre a interferência das demandas e também das relações sociais.

No capítulo II, depois de conhecermos o contexto de implementação e criação das políticas de saúde direcionadas para mulheres e crianças no Brasil, apresentaremos a estratégia de saúde foco deste estudo: o Método Canguru. Para, enfim, nos debruçarmos sobre de que maneira a interface entre comunicação e saúde pode contribuir para o seu fortalecimento. Buscamos compreender também, como foi estabelecida a participação do cidadão no processo de comunicação, para que o relacionamento seja estabelecido de forma efetiva e que os direitos possam ser exercidos de maneira plena. Após isso, apresentaremos de maneira mais detalhada o campo empírico da pesquisa, a unidade Materno Infantil do HU-UFMA, compreendendo as aplicações práticas do Método Canguru nesse espaço e possibilidades de aprimoramento que podem ser trabalhadas pela comunicação.

No capítulo III, apresenta-se o desenvolvimento do produto, discorrendo sobre as metodologias de pesquisa trabalhadas para o delineamento do trabalho e os dados obtidos por meio da pesquisa de campo que combinou os métodos qualitativos e quantitativos, perpassando pela importância da comunicação humanizada na assistência à saúde.

Para obtenção de dados mais completos, coletamos informações junto aos profissionais que atuam na assistência das famílias por meio de aplicação de questionários, com a meta de integrá-los ao processo e obter validação dos conteúdos técnicos de saúde trabalhados no artefato. Para maior interação e oportunidade de conexão, a escuta com as

famílias atendidas foi realizada por meio de entrevistas, a partir de um roteiro estabelecido previamente. Após a coleta e análise de dados, os achados da pesquisa nortearam a estratégia para elaboração e execução do produto propriamente dito e a finalização do seu protótipo.

Vale destacar que o hospital, campo de pesquisa, está inserido em uma rede que contempla 41 hospitais universitários federais, além de ter vinculação com a rede de atenção básica na sua localidade, o que não descarta a possibilidade e compartilhamento de experiências para que a iniciativa possa ser ampliada para outras unidades da federação e assim promover uma comunicação participativa em prol de uma melhor assistência para as famílias que vivenciam o mesmo processo.

Após a validação do produto junto às mulheres e às famílias atendidas, ele estará apto para ser implementado nos serviços de atendimento pré-natal, levando mais esclarecimento, incentivo e acolhimento para as famílias assistidas, na medida em que corrobora com o fortalecimento do Método Canguru a partir de uma comunicação com foco em quem mais precisa: o cidadão.

CAPÍTULO 1 - REVISÃO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

1.1 Políticas públicas direcionadas para a saúde feminina e infantil no Brasil e suas perspectivas

Antes de nos debruçarmos sobre as políticas direcionadas para mulheres e crianças no Brasil, iremos primeiramente discorrer um pouco sobre o conceito de política de saúde e o que ela contempla. De maneira geral, de acordo com a cientista política Sonia Fleury, a política de saúde tem, como conceito mais difundido, o conjunto de decisões e ações adotadas por um governo, organização ou instituição com o objetivo de promover, proteger e melhorar a saúde da população. Essas políticas geralmente abrangem diversas áreas, incluindo a prevenção de doenças, promoção da saúde, acesso a serviços de saúde, dentre outras, a depender dos objetivos a serem alcançados. (Fleury, Ouverney. 2008, p 18.).

Segundo Sônia Fleury, as políticas de saúde podem ser desenvolvidas em níveis diferentes, como nacionais, estaduais ou regionais, e podem variar de acordo com as necessidades e prioridades específicas de uma determinada região ou país. Elas são frequentemente formuladas com base em evidências científicas, considerando dados inerentes à realidade de cada local, como epidemiologia das doenças, disponibilidade de recursos e demandas da população.

As políticas de saúde desempenham um papel fundamental na determinação do acesso das pessoas aos serviços de saúde, na qualidade desses serviços e no alcance de metas de saúde públicas, como a redução da mortalidade infantil, o controle de doenças infecciosas, o combate às epidemias, entre outros aspectos. Essas políticas também podem influenciar questões socioeconômicas de maneira geral como desigualdades de saúde, equidade no acesso aos serviços e sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Portanto, podemos entender que as políticas de saúde, suas estratégias, instrumentos e planos produzem uma ação que não se limita ao campo da saúde, uma vez que, podendo influir em diversos outros aspectos da dinâmica social (econômica, política, cultural), também podem, igualmente, cumprir vários outros papéis, ou funções, além de seu objetivo básico de resolver problemas de saúde. (Fleury, Ouverney. 2008, p 18.).

Dando seguimento ao pensamento de Sônia Fleury, compreendemos que as políticas de saúde têm como principal razão, conhecer a realidade e estabelecer medidas que contemplem as necessidades de saúde e bem-estar dos cidadãos. Assim, seguindo a linha de pensamento do pesquisador, na área de políticas de comunicação e saúde pública, Luiz Felipe Stevanim, para a garantia disso na prática é primordial considerar a sua interrelação com o campo da comunicação, para que, partir dessa perspectiva, seja estabelecido um diálogo com a população de maneira efetiva, a fim de alavancar temáticas importantes e oportunizar a apropriação de informações necessárias para a garantia de direitos.

A cidadania, bem como o exercício da comunicação, constrói-se com políticas institucionais, mas não pode prescindir das demandas sociais concretas e da luta política, assim como dos saberes, práticas, anseios e vivências da sociedade. A própria experiência do campo da comunicação e saúde nos traz esse ensinamento, porque se formou historicamente em interlocução com os atores sociais que davam vida ao movimento pela concretização do SUS e por uma comunicação mais democrática. (Stevanim, 2021, p. 147).

De acordo com as pesquisadoras no campo de comunicação e saúde, Inesita Araújo e Janine Cardoso (2007. p 26), a participação da comunicação se dá desde o início da construção das políticas de saúde. Inicialmente, o objetivo era atender a necessidade de disseminação de conteúdo com a intenção de modificar hábitos e ensinar condutas que poderiam contribuir com a saúde dos indivíduos. Nesse sentido, esse papel vem sendo estudado ao longo do tempo e a partir daí já obteve o reconhecimento de que representa possibilidades muito mais profundas. “Deste modo e por diversos caminhos, chegamos ao tempo presente, com as políticas de saúde sendo atravessadas pelo discurso do direito à informação e à comunicação como indissociável do direito à saúde”. (Araújo e Cardoso, 2007. p 26).

A política de atenção ao recém-nascido de baixo peso integra as ações direcionadas para o cuidado infantil, pois se destina às crianças recém-nascidas, público específico o qual ainda

não é possível estabelecer diretamente práticas de comunicação social, o que não nos exime da necessidade de conhecer a sua realidade e contexto para planejarmos as melhores estratégias comunicacionais. Além dos bebês, a saúde de outro público, a mulher, sofre interferências diretas e necessidade de maior cuidado após um nascimento.

O Manual Técnico do Método Canguru (MS, 2017), considera o fato de que mulheres que passam por um parto, normalmente, já vivenciam uma modificação de rotina incontestável. Ademais, quando se trata de um parto prematuro, surge um turbilhão de mudanças que é somado às expectativas conflitantes com a realidade, pois em vez de levar sua criança para casa, essa mulher e sua família precisarão se adaptar a uma rotina intensiva de cuidados hospitalares. Tornando o momento ainda mais delicado, ao mesmo tempo em que lida com o puerpério e os cuidados necessários para recuperação de sua saúde no pós-parto, também precisa administrar e se apropriar de informações importantes para o cuidado e garantia de direitos do seu bebê.

Consoante ao que foi posto, compreendemos que conhecer e contextualizar a realidade a qual os indivíduos se ambientam são atos primordiais para a estruturação de estratégias no campo da comunicação e saúde, pois somente a partir daí se torna possível estabelecer diálogo, aproximação e identificação com o público. Por isso, para abranger a constituição do Método Canguru e onde ele se configura nas políticas de saúde, anteriormente, buscaremos conhecer e resgatar os caminhos e construções das políticas de saúde para os principais agentes as quais essa estratégia se direciona, que são as crianças e mulheres.

1.2 Apanhado histórico da Saúde da criança no Brasil

No período do Brasil colônia, a situação da saúde da criança no Brasil era extremamente precária. O país enfrentava altas taxas de mortalidade infantil, principalmente devido às condições de pobreza, falta de saneamento básico, desnutrição e falta de acesso a serviços de saúde. (Araújo. J.P. et al. 2014).

Segundo artigo “História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas”, publicado na Revista Brasileira de Enfermagem, nesse período colonial, as condições de vida nas áreas urbanas eram difíceis, com habitações insalubres, o que favorecia a propagação de doenças infecciosas que frequentemente atingiam crianças de forma mais severa. Os índices de abandono eram alarmantes e entre os motivos para tal fato, pode-se elencar a extrema pobreza dos genitores, e também o abandono dos filhos de mulheres escravizadas a fim de que estas pudessem amamentar os bebês das famílias para as quais trabalhavam, o que acontecia em suas

próprias residências em condições precárias de higiene e alimentação insuficiente, além da falta de informação e condições de cuidado. (Araújo. J.P. et al. 2014).

A assistência à saúde era praticamente inexistente para a maioria da população. Não havia um sistema de saúde organizado e os poucos serviços disponíveis eram geralmente oferecidos por entidades religiosas ou filantrópicas, com alcance limitado e recursos insuficientes. Nesse cenário, as crianças se encontravam envoltas em uma cultura de vínculos frágeis no cerne familiar, além do não reconhecimento de sua natureza como indivíduos detentores de direitos, o que muitas vezes acabava por deixá-las abandonadas à própria sorte. (Araújo. J.P. et al. 2014)

As crianças eram vistas como um instrumento para as famílias, agentes passivos, amedrontadas pelos cruéis castigos físicos, permanecendo constantemente submetidas ao serviço e ao poder paternos, quando não abandonadas em casas de caridade ou hospitais.

Como se não bastasse a indiferença e as crueldades a que essas crianças eram submetidas, as precárias condições sanitárias e sociais colaboraram com o processo de adoecimento, pois, muitas viviam em um único cômodo, sem arejamento ou sol, colaborando para o quadro crítico da morbimortalidade infantil. (Araújo. J.P. et al. 2014).

A mortalidade infantil era uma realidade devastadora, com muitas crianças morrendo de doenças facilmente evitáveis ou tratáveis para a realidade atual. As condições de vida e saúde das crianças eram profundamente influenciadas pela pobreza, falta de acesso à água potável, saneamento básico e nutrição adequada, além de um papel social considerado inferior aos dos adultos. Nesse contexto, as políticas de saúde da criança eram praticamente inexistentes, e a preocupação com a mortalidade infantil era muitas vezes deixada de lado diante das condições socioeconômicas desfavoráveis e das prioridades políticas da época. (Araújo. J.P. et al. 2014)

As condições de saúde da criança no século XIX foram caracterizadas por uma grande precariedade e altas taxas de mortalidade infantil, que mantinham o patamar alarmante próximo a 70%. Foi somente ao longo do século XX que o Brasil começou a desenvolver políticas e programas mais estruturados para a saúde da criança, com avanços significativos na prevenção de doenças, promoção do aleitamento materno, campanhas de vacinação e melhoria das condições de vida, mas ainda com uma preocupação relacionada em primeiro plano ao interesse de mitigar os impactos do acometimento de crianças por doenças, na vida funcional de seus pais. (Araújo. J.P. et al. 2014)

Na década de 1920, as autoridades públicas e privadas demonstraram preocupação com o adoecimento infantil, deixando de ser apenas preocupação de entidades caritativas. Especificamente em 1920, a criança, por ser considerada dependente dos trabalhadores das indústrias, recebia assistência médica de acordo com as propostas impostas pelos médicos contratados por proprietários destas indústrias. Nessa época, iniciaram-se discussões a respeito do aleitamento materno, visto que, se as crianças menores permanecessem doentes,

aumentaria o número de faltas entre trabalhadoras nas indústrias (Araújo. J.P. et al. 2014).

De acordo com Araújo. J.P. et al, no início do século XX, o Brasil continuava a enfrentar altas taxas de mortalidade infantil, resultado do histórico de condições precárias de saúde e da falta de acesso a serviços básicos. Todavia, ainda nesse período, a situação começou a despertar a preocupação governamental de forma mais contundente, e, em consequência disso, surgiram iniciativas isoladas de assistência à infância, somadas às anteriores que majoritariamente eram promovidas por entidades filantrópicas e religiosas.

Nas primeiras décadas, foi possível notar a movimentação governamental relativa à preocupação com os altos índices de mortalidade infantil, que passou a ganhar contornos necessários para o atendimento da população em geral. Foi instituído o Departamento Nacional da Criança (DNCr) e junto com ele as primeiras políticas direcionadas para a proteção à maternidade e à infância. Na década de 1950, os ministérios da educação e saúde, que até então dividiam a mesma pasta, foram separados, ficando a cargo do Ministério da Saúde (MS) a responsabilidade sobre o DNCr. (Araújo. J.P. et al. 2014).

A partir de 1960, houve um notável aumento dos investimentos em saúde e educação, com a criação de políticas que nasceram inicialmente direcionadas para o binômio mãe-bebê, a exemplo da Política de Atenção à Saúde Materno-Infantil, que precedeu marcos específicos para a assistência a infância, como o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Também foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, estabelecendo os direitos fundamentais das crianças. (Araújo. J.P. et al. 2014).

Ainda no início dos anos 2000, foi criado e implantado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, por meio da Portaria nº 569/2000, tendo como base a garantia do direito à cidadania, portanto, ao acesso, por parte das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de baixo como de alto risco, assegurando a integralidade da assistência. (Araújo. J.P. et al. 2014).

A partir dos anos 2000, houve avanços significativos na política de atenção à criança no Brasil, com a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), mais precisamente em 2005, com vistas a garantir ações integradas para promover a saúde e o desenvolvimento infantil. Outros programas importantes, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e a implementação da estratégia de Rede Cegonha, também foram lançados para contemplar ações direcionadas para a promoção de uma atenção ao parto e nascimento com segurança, informação e acolhimento, e também representaram ganhos importantes, mesmo diante de grandes desafios ainda a serem enfrentados.

O eixo de sustentação das políticas de saúde para a infância, se encontravam dispostos a partir do PNAISC, um grande marco para a saúde infantil, com vigência até os dias atuais, o qual discorreremos um pouco mais a seguir.

1.2.1 Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

O PNAISC foi instituído pela Portaria Ministerial nº 1.130/GM, de 5 de agosto de 2015. Esta iniciativa foi uma resposta do Ministério da Saúde do Brasil para fortalecer e coordenar as ações voltadas para a saúde infantil dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, o PNAISC tem sido uma diretriz importante para garantir a atenção integral à saúde das crianças no país, dentro do contexto do SUS.

De acordo com a portaria de sua instituição, a PNAISC busca garantir ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde infantil, abrangendo aspectos físicos, mentais e sociais. Ele inclui estratégias para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, promoção do aleitamento materno, prevenção de doenças, imunizações, atendimento ambulatorial e hospitalar, além de ações de educação em saúde para pais e cuidadores, promovendo a integralidade do cuidado, como versa seu artigo segundo:

Art. 2º A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. (PNAISC).

O programa também enfatiza a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, integrando ações realizadas na atenção básica, especializada e hospitalar, visando garantir uma assistência contínua e de qualidade para as crianças brasileiras.

Tanto na PNAISC quanto no ECA, a comunicação surge em alguns pontos evidenciando a preocupação com a difusão de informações, a exemplo do Art. 265- A do ECA, incluído no ano de 2016, que diz “O poder público fará periodicamente ampla divulgação dos direitos da criança e do adolescente nos meios de comunicação social”. Nessas inserções, observamos o entendimento de que a comunicação é compreendida como necessária para informar a população sobre a existência das políticas, divulgar seus resultados e treinar profissionais para a obediência às suas diretrizes, mas que ainda não está posicionada pela portaria do programa como protagonista para a apropriação dos conteúdos por quem de direito e assim o estabelecimento de uma relação que de fato possa interferir na realidade.

A noção de contexto afeta diretamente o acesso das pessoas às informações e a possibilidade da apropriação dos inúmeros produtos comunicacionais das instituições de saúde, sejam impressos (cartazes, folhetos, livretos, filipetas, entre outros), televisivos, radiofônicos ou veiculados em meios digitais. O acesso não está garantido pela oferta ou pela simples adequação de códigos a um perfil médio dos desejados receptores, mas pela articulação dos contextos de circulação e apropriação. (Araújo, 2007, p. 67).

Vale destacar também, que a PNAISC em seu artigo 7º, aborda as estratégias preconizadas para a qualificação do cuidado humanizado, mencionando expressamente em seu parágrafo terceiro, que a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, deve ser prestada com a utilização do Método Canguru, estratégia de cuidado abordada neste estudo, bem como em seu parágrafo quarto, que menciona a qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, como prática a ser difundida na atenção à gestação, parto e nascimento, relacionando, assim, o cuidado da mãe ao cuidado da criança, aspecto que já se fazia presente também em outras diretrizes.

Em consideração ao grande número de nascimentos prematuros e nascimentos com baixo peso anualmente em todo mundo, cerca de 20 milhões de crianças e, ao fato de que as principais causas de mortes infantis serem originárias do período perinatal e prematuridade (cerca de 40%), o MS lançou, pela Portaria Ministerial nº 693 de cinco de julho de 2000, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – o Método Canguru. Esta proposta de atenção permitiu o maior contato, ou seja, o contato pele a pele do bebê com sua mãe, de forma crescente e com liberdade de tempo, o qual proporciona uma maior participação da família nos cuidados com o recém-nascido, obtendo melhores resultados em sua recuperação (Araújo. J.P. et al. 2014).

As políticas de saúde direcionadas às crianças continuam em construção e aprimoramento, segundo dados divulgados no site do MS em 2023, no referido ano o país apresentou uma baixa significativa nos índices de mortalidade neonatal e infantil.

Brasil registrou em 2023 a menor taxa de mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis dos últimos 28 anos. Segundo o Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, em 2023 (dados preliminares), foram registradas 20,2 mil mortes, o menor número de uma série histórica desde 1996. À época, o total de óbitos contabilizado foi de 53,1 mil, portanto 62% a mais que no ano atual. (MS, 2023).

Apesar de ainda se buscar uma redução ainda maior para a mortalidade, o resultado expressivo representa um avanço importante, mesmo após um grande período de não reconhecimento da criança como um ente de direitos. As políticas iniciais, que se confundiam com as de assistência à mulher/mãe, atualmente são construídas com foco específico nos pequeninos, considerando a integralidade da criança e a garantia de seus direitos, mas ainda assim, continuam convergindo com o cuidado direcionado à mulher em um ponto indissociável, que é o binômio mãe-bebê no que se relaciona ao parto e nascimento. Para identificar se essa

convergência também acompanha o histórico da saúde da mulher, partiremos neste momento para sua contextualização das políticas a elas direcionadas.

1.3 Apanhado sobre a Saúde da Mulher no Brasil

As políticas de saúde da mulher no Brasil têm uma história marcada por avanços significativos ao longo do tempo, embora também tenham enfrentado desafios persistentes. O contexto de saúde se relaciona com o contexto social e histórico, pois se organiza para atender as demandas sociais, dessa maneira iremos de maneira breve, contextualizar a história da saúde feminina no país.

No Brasil colônia, as mulheres experienciaram um convívio social de dominação, eram consideradas, socialmente, como inferiores aos homens. As mulheres nesse contexto, poderiam ser divididas entre as “mulheres de bem”, responsáveis pelo lar e a família e as mulheres escravizadas e amas de leite, que eram consideradas objeto de posse dos seus senhores. As escravas eram responsáveis pela amamentação e cuidados com os filhos dos senhores, o que em condições precárias, resultou em adoecimento e altos índices de mortalidade entre as crianças a elas entregues, além do abandono e perecimento dos próprios filhos.

O acometimento dos filhos de famílias abastadas por doenças, ao longo do tempo ocasionou a condenação dessa prática, e até mesmo a culpabilização dessas mulheres, com a alegação de que elas levavam doenças não só físicas, como também morais aos filhos de seus senhores. (Mendonça e Ribeiro, 2010)

Como as crianças, no século XIX, as mulheres também continuavam posicionadas à margem da sociedade, em uma condição considerada inferior à dos homens e na obrigatoriedade de viver de acordo com a moral e os bons costumes, o que significava obedecer ao marido e cuidar do lar e da criação dos filhos, obedecendo aos direcionamentos das instituições dominantes, como a igreja. No campo da saúde, o poder médico passava a se configurar como mais um poder de dominação, juntamente com o pai/marido e a igreja.

Outro controle historicamente reconhecido sobre a mulher, além da Igreja e do marido é o da tutela e controle do pai e posteriormente a esses atores sociais, surge o controle e o poder do médico. O discurso médico sustenta o religioso, naturalizando a condição da mulher como aquela que procria. (Mendonça e Ribeiro, 2010).

Com o fortalecimento da figura do médico, as mulheres que, pela impossibilidade anterior de acesso à assistência à saúde institucionalizada, aprenderam a confiar seus corpos a curandeiras, parteiras e aos cuidados instituídos culturalmente para o combate a doenças. Passaram, ainda, por um processo de transição para a aceitação do conhecimento médico, como o responsável pelo seu cuidado e orientação. O médico da família, no entanto, se posicionava como mais uma forma de dominação e imposição do papel socialmente atribuído às mulheres

de zelar pelo ambiente doméstico e pela sua função reprodutiva e de principal responsável por gerar filhos e pelo cuidado de saúde da família. (Mendonça e Ribeiro, 2010)

Todo esse esforço não será em vão; os médicos irão até o final do século XIX prevalecer sobre a população feminina suas verdades e conceitos. A mulher detentora dessa investida se tornará controlada e sua vida regulada pela ciência médica. Essa intervenção não significará necessariamente para a mulher uma relação de prazer e visibilidade de seu próprio sentido; aliás, os sentidos serão compreendidos por aquele que tem agora a compreensão e domínio do que seja uma 'verdadeira mulher', o médico. (Mendonça e Ribeiro, 2010).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), traz uma contextualização para apresentar a evolução histórica da saúde da mulher no Brasil e afirma que, como política de saúde, a saúde feminina começou a ser formalmente inserida no século XX, mas seguindo o contexto histórico no qual a mulher era posicionada ao longo do tempo, trazia um caráter direcionado para a mulher na sua qualidade de mãe, responsável pelos filhos e pelo lar.

Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. (MS. Pnaism, P. 15).

Nas primeiras quatro décadas do século XX, surgiram as primeiras iniciativas governamentais voltadas para a saúde da mulher, com a criação de serviços de maternidade e assistência ao parto. No entanto, o foco continuava principalmente na saúde reprodutiva e na prevenção da mortalidade materna, o que contemplava mulheres somente em um período da sua vida. (De Freitas, 2009). Por volta das décadas de 60 e 70, com o desenvolvimento das políticas de saúde e o fortalecimento do movimento feminista, houve uma maior conscientização sobre as questões de saúde da mulher. Surgiram iniciativas para ampliar o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo a oferta de métodos contraceptivos e a garantia do direito ao aborto em casos de risco à vida da mulher ou de estupro. (De Freitas, 2009).

A PNAISM discorre sobre as constantes reivindicações dos movimentos feministas, que traziam para a discussão as desigualdades entre homens e mulheres impostas culturalmente, bem como a sobrecarga de responsabilidade nos cuidados com a família e o lar, entre outras questões, afetam de maneira diferenciada a saúde feminina e causava problemas de saúde que deveriam ser considerados e ter cuidados direcionados em fases da vida que vão além do período de gestação e parto.

Com base naqueles argumentos, foi proposto que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da

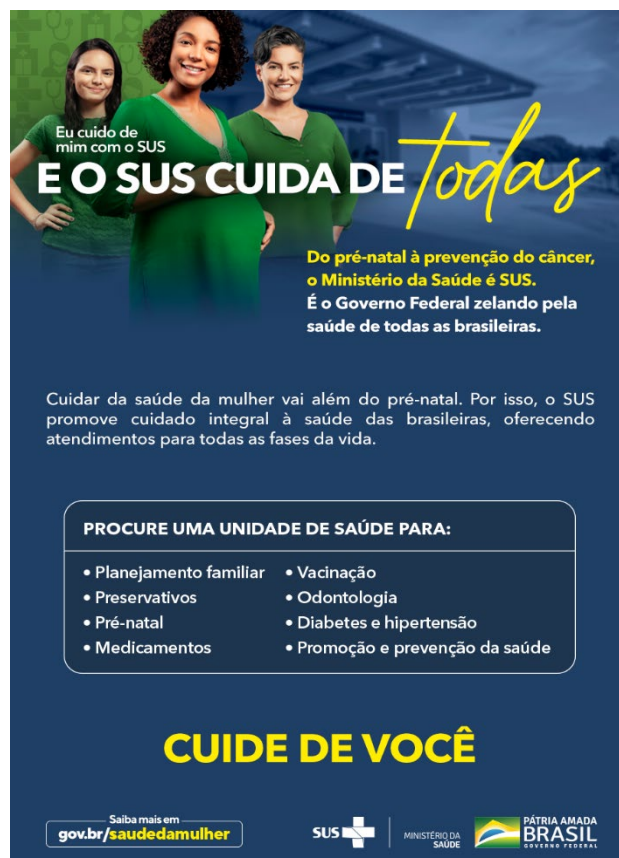
mulher. As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos. (MS. Pnaism. P. 16).

No final dos anos 90, o Brasil passou por uma série de mudanças políticas e sociais, incluindo a redemocratização do país e a promulgação da Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado. A saúde da mulher passou a ser abordada de forma mais abrangente, incluindo não apenas questões reprodutivas, mas também a prevenção e tratamento de doenças específicas, como câncer de mama e colo do útero. (Souto e Moreira, 2021). Nas últimas décadas, houve avanços significativos nas Políticas de Saúde da Mulher no Brasil, com a implementação de programas como o Programa de Saúde da Mulher e o Programa de Saúde da Mulher e da Criança. Esses programas já visavam garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade ao longo do ciclo de vida da mulher, desde a adolescência até a menopausa. A partir de 2004, um grande marco foi a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que surgiu com o propósito de enxergar e promover a saúde da mulher de maneira integral e representou um grande ganho para a luta do movimento das mulheres. (Souto e Moreira, 2021)

1.3.1 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi instituída em 2004, por meio da Portaria Ministerial nº 1.459/GM, de 24 de junho de 2004. Essa política foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde do Brasil com o objetivo de promover ações integradas e específicas para garantir a saúde integral das mulheres em todas as fases de suas vidas, abordando não apenas a saúde reprodutiva, mas também outras questões de saúde. A análise aqui disposta se dá a partir da leitura da própria Política, em sua atualização publicada em 2004, bem como de artigos publicados sobre a sua implementação. Nota-se a partir daí a preocupação com a divulgação de serviços destinados a mulheres, bem como de evidenciar o discurso de integralidade que contempla várias etapas da vida e perfis diferentes de mulheres, como na campanha ilustrada abaixo:

Figura 1



Campanha relacionada à saúde da mulher do acervo do Ministério da Saúde

A PNAISM foi um marco importante no reconhecimento da saúde da mulher como uma questão de saúde pública, e na promoção da equidade de gênero no acesso aos serviços de saúde e participação social para a garantia de direitos, o que é preconizado pelo SUS. Com uma abordagem mais abrangente, o desafio é considerar as diversas áreas da saúde feminina, almejando a integralidade na assistência prestada.

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

A PNAISM traz como uma das diretrizes a proposição de descentralização, e regionalização dos serviços, considerando a diversidade e a regionalidade bem como a tão esperada integralidade, que consideram mulher em suas diversas vertentes, modos de vida e realidade diferentes, e a equidade da atenção, sendo construída em consonância com o próprio SUS. A Política traz enfoques diversos relacionados à saúde feminina, pontuando cada um enquanto ponto de atenção a ser considerado na oferta de serviços de saúde.

Entre as temáticas trabalhadas pela Política, podemos destacar a atenção à saúde mental feminina, reconhecendo a necessidade de acesso a serviços de saúde mental; o combate à violência de gênero, reconhecendo a violência contra a mulher como uma questão de saúde pública que deve garantir acolhimento e assistência, além de medidas de prevenção; a prevenção e tratamento de doenças com maior prevalência ou que afetam especificamente as mulheres, como câncer de mama, câncer do colo do útero, osteoporose, endometriose e condições de saúde ginecológicas; e a promoção da equidade de gênero, com foco no combate ao machismo e às desigualdades de gênero que afetam a saúde e o bem-estar das mulheres.

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar. (PNAISM, p. 59).

Seguindo os direcionamentos constitucionais, a participação social das mulheres e de toda a sociedade também é incentivada para contribuir com a implementação e avaliação das ações de saúde voltadas para o público feminino. A participação é de suma importância por permitir que, de maneira próxima, os maiores interessados possam observar e garantir que suas necessidades e demandas sejam consideradas e assim chegamos a um ponto que converge com a comunicação como estratégia fundamental para o alcance dos objetivos das políticas de saúde, pois somente por esse meio, é possível a apropriação de conhecimentos que dão condições para o exercício dos direitos.

O acesso à informação tem sido objeto de muitas iniciativas, embora a maioria situe-se no âmbito da transparência da gestão e utilize-se basicamente de recursos da informática, como dados disponibilizados em terminais de computador e páginas criadas na Internet para oferecer informações. Poderíamos perguntar se isto, além de necessário, resolve o problema do ‘acesso’ e a resposta teria que passar não só pela questão da exclusão digital, mas pelo conceito de ‘apropriação’: apropriar-se de algo é tornar este algo próprio e isto só é possível na medida em que o dispositivo de comunicação é adequado aos seus destinatários. (Araújo, 2007, p. 63).

No âmbito da saúde, segundo Stevanim (2021), a comunicação e saúde se destaca levando em consideração que vai além do acesso a informações sobre temáticas relevantes para a prática de prevenção, cuidado e obtenção de diagnósticos que permitam a busca por tratamentos precoces de doenças, possibilitando maiores chances de cura. Seu alcance permeia também a construção de valores e conhecimentos necessários para o exercício da cidadania e garantia de direitos, a partir do conhecimento adquirido. A comunicação é um direito essencial para a promoção e apropriação de outros direitos e a participação é uma mola propulsora que possibilita por meio da identificação e reconhecimento, a apropriação dessas informações.

De acordo com Stevanim (2021), a Constituição de 88 traz questões fundamentais que são (ou deveriam ser) norteadoras das ações de gestão e administração pública, entre elas a Comunicação e a Saúde surgem como premissas de relevância. A saúde, por sua vez, legalmente reconhecida enquanto direito que deve ser garantido pelo estado a todos os cidadãos, já obtém regulamentações e uma estrutura mais robusta que evidencia o papel do Sistema Único de Saúde enquanto prestador de serviços de assistência a todos sem distinção. A comunicação, no entanto, ainda carece de direcionamentos mais robustos para orientar a sua prática.

Não há saúde sem condições democráticas para a participação nas decisões que influenciam toda a coletividade, bem como não é possível garantir bem-estar físico, mental e social sem o exercício do direito a voz e a ser ouvido quanto a seus anseios, demandas e opiniões. (Stevanim, 2021, p. 25).

Em relação à saúde feminina, até os dias de hoje podemos notar o quanto ela está permeada por estigmas socialmente construídos que podem vir a interferir nas condutas individuais. Somente a apropriação do conhecimento pode realmente contribuir com a desconstrução de valores que podem interferir de maneira negativa ou limitante no que concerne também a saúde das mulheres.

Fatores como o excesso de medicalização, discriminação no atendimento de saúde e estigmas e tabus relacionados à sexualidade, contracepção e saúde mental, podem vir até mesmo a inviabilizar o acesso a serviços de saúde, a exemplo de recentes polêmicas relacionadas à educação sexual nas escolas e até mesmo oferta de vacina contra o HPV para adolescentes. Por situações como as citadas, o objetivo de uma comunicação efetiva vai além de promover o acesso a informações de forma unilateral, mas de garantir sua compreensão e identificação de maneira a contribuir com a transformação de condutas e ações.

Em consequência, não pode se limitar a ter a persuasão como estratégia, nem trabalhar apenas com a ideia de divulgação: o objetivo deve ser, minimamente, estabelecer um debate público sobre temas de interesse e garantir às pessoas informações suficientes para a ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde. (Araújo, p. 62, 2007).

No contexto da PNAISM, podemos observar o incentivo à participação e a proximidade com a necessidade de contemplar a mulher em sua integralidade. No entanto, por retratar ainda uma fase importante para a vida das mulheres e que traz grandes impactos sociais, a saúde sexual e reprodutiva continua a ser um dos pontos trabalhados, mas agora, além da atenção ao período de gestação e puerpério, também objetiva atuar na promoção de acesso a serviços de planejamento familiar, contracepção, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), além do acompanhamento do climatério e menopausa.

Mesmo não contemplando a totalidade do universo feminino, a atenção à gestação e ao parto continuam sendo necessidades assistenciais que não podem ser negligenciadas. Além disso, são pontos de convergência que tornam indissociáveis a complementaridade entre as políticas de atenção à saúde de mulheres e crianças, por se tratar de um momento decisivo e marcante para a vida e a história de ambas.

Nesse eixo de convergência, o método canguru se encaixa para atender as demandas que atribuem maior qualidade e humanização na assistência ao parto e ao nascimento de recém-nascidos de baixo peso, por isso, a partir de agora, trataremos como foco os programas e ações relacionadas ao parto e nascimento a fim de nos aproximarmos do objeto de estudo. Tanto a PNAISM quanto a PNAISC, preconizam a assistência humanizada, segura e de qualidade para mulheres na atenção ao período de gestação e puerpério para a garantia de uma atenção qualificada para a mulher e para o recém-nascido. Segundo as políticas, essa garantia se dá por meio da promoção de práticas de cuidado humanizado, que respeitem os direitos da mulher e do bebê, suas escolhas e sua autonomia durante o processo de parto, o que inclui o direito à informação e evidência a comunicação essencial para que as mulheres possam conhecer, se apropriar e assim exercer os seus direitos.

1.4 Interface das políticas para o cuidado Materno Infantil

A partir da leitura e análise da PNAISM e da PNAISC, observa-se que no que concerne a oferta de uma assistência qualificada e universalizada para mulheres e crianças, ambas abordam questões relacionadas à saúde materno-infantil que são essenciais para o bem-estar dos seus públicos direcionados.

Ambas as políticas mencionam em seus objetivos o intuito de garantir um pré-natal de qualidade e humanizado para as gestantes, com acompanhamento adequado durante a gravidez e assistência ao parto segura, contribuindo para a saúde da mulher e do recém-nascido.

A promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e de maneira complementar até dois anos ou mais, também recebe atenção nas duas políticas, por se tratar de uma prática com evidências científicas que comprovam benefícios para a saúde da criança e para o vínculo mãe-filho. Ambas as políticas incluem ações de prevenção e tratamento de doenças que afetam tanto mulheres quanto crianças, como as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), infecções respiratórias, diarreias, entre outras.

Essas são apenas algumas das interfaces entre a PNAISM e a PNAISC que evidenciam a complementaridade das duas no que se relaciona a oferta de assistência ao período de

gestação, parto e nascimento de qualidade para mulheres e crianças, contribuindo para o bem-estar e o desenvolvimento saudável de toda a família.

O Manual Técnico de Atenção ao Recém Nascido Prematuro: Método Canguru (MS.2017) discorre sobre como as conquistas relacionadas as políticas de saúde da mulher e da criança, bem como o desenvolvimento de pesquisas e evidências científicas que traziam resultados que comprovaram os benefícios promovidos para a mãe e para o bebê, a partir do cuidado aliado às práticas de atenção humanizada durante a assistência ao parto e nascimento, as quais contribuíram com a consolidação do Método Canguru como estratégia de saúde para melhores desfechos clínicos nos casos de prematuridade.

No entanto, a implementação dessa estratégia em sua totalidade na prática envolve diversos atores, como: instituições, profissionais de saúde e rede de apoio da mulher no puerpério. Essa realidade se configura como mais um desafio, que para ser vencido deve contar com o campo da comunicação e saúde como aliados.

Outro desafio, é dialogar com as mulheres (mães) sempre atentando para que o peso das questões de gênero que tanto ocasionaram discussões sobre o respeito a individualidade feminina diante da maternidade, não reforce alguns estigmas socialmente construídos de que a responsabilidade sobre os cuidados com um recém-nascido, diz respeito somente a ela, mas sim, reforçando o papel de protagonismo de toda a família para que a fase seja vivenciada da maneira mais tranquila possível. Nesse intuito, conheceremos um pouco mais sobre as diretrizes do Método Canguru, suas aplicações no campo empírico e de como a comunicação pode contribuir para sua consolidação na prática.

CAPÍTULO 2 - CONHECIMENTO, DIÁLOGO E APROPRIAÇÃO DE INFORMAÇÃO: Comunicação para o aprimoramento da prática do Método Canguru junto às famílias atendidas no pré-natal

Já foi anteriormente exposto que o Método Canguru é uma abordagem de cuidado neonatal que promove o contato pele a pele entre o bebê prematuro ou de baixo peso ao nascer e sua família. A comunicação desempenha um papel fundamental nesse método, pois ajuda a estabelecer e manter uma conexão significativa entre os atores, além de facilitar a colaboração entre os pais e a equipe de saúde.

Uma comunicação clara e empática pode reduzir a ansiedade e o estresse dos familiares, tornando sua experiência no hospital mais positiva e significativa. Dessa maneira, a necessidade de estabelecer conexões torna a comunicação intrínseca ao processo de ressignificação desse período desafiador. De todo o modo, para que a comunicação possa atuar nesse processo de

maneira desejada, ela precisa estar integrada ao contexto de maneira efetiva, além de conhecer a realidade, para isso aprofundaremos os conhecimentos no que se refere ao Método Canguru, suas prerrogativas, relações com a comunicação e aplicação no campo empírico da pesquisa.

2.1 Método Canguru: humanização, protagonismo e engajamento das famílias em prol da saúde do bebê.

O Método Canguru, conforme descrito no Manual Técnico de Atenção ao Recém-Nascido do Ministério da Saúde (2019), é uma política nacional de saúde que se destaca como uma boa prática eficaz de cuidado para bebês de baixo peso, fundamentada em evidências científicas e com benefícios comprovados. A aplicação desse método ajuda na recuperação dos bebês, enquanto fortalece a relação familiar e incentiva o engajamento e participação das famílias em todo o processo.

Figura 2



Ao lado, temos a capa do Manual técnico do Método Canguru, foto do HU-UFMA que ilustra a participação familiar durante o processo de Assistência.

Quando ocorrem nascimentos prematuros ou com baixo peso (menos de 2,5 kg), o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece o Método Canguru como uma abordagem de cuidado humanizado não apenas para os bebês, mas também para suas famílias. Isso permite que os familiares se envolvam diretamente nos cuidados com a criança e enfrentem essa fase com mais confiança e tranquilidade.

São considerados partos prematuros, aqueles que ocorrem antes das 37 semanas de gestação, de acordo com informações do site do Ministério da Saúde, alguns fatores de risco podem aumentar as chances desse acontecimento. Ainda segundo os dados do MS, cerca de 20 milhões de bebês nascem prematuros e com baixo peso a cada ano, e aproximadamente um terço desses bebês não sobrevivem até completar um ano de idade. No Brasil, cerca de 10% dos bebês nascem prematuramente.

Figura 3



Imagem publicada no Manual Técnico do MC, feita nas instalações do HU-UFMA, ilustra membro da equipe assistencial representando a incubadora com uma boneca e um recipiente para ajudar na preparação de irmãos para visita ao recém-nascido no ambiente da UTI.

Segundo as Diretrizes do Cuidado do Método Canguru, publicada pelo MS em 2017, a implementação do método ocorre em três etapas, adaptadas às necessidades individuais de cada criança e sua família. A primeira fase começa durante o pré-natal, com a identificação de possíveis riscos que possam exigir cuidados especiais para a mãe, que por sua vez podem ou não levar à internação do bebê em uma Unidade Neonatal. A segunda etapa ocorre na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais, onde a mãe, com apoio da equipe de saúde, assume a maior parte dos cuidados com seu bebê. A terceira fase envolve o acompanhamento ambulatorial do bebê e da família em casa, até que ele atinja o peso de 2,5 kg. Este trabalho se debruça sobre a primeira fase do método, no que concerne a consolidação dele a partir da inserção de nova prática comunicativas ainda durante o pré-natal.

As Diretrizes do Cuidado do Método Canguru (Ministério da Saúde, 2019), também detalham 23 tópicos que compõem a primeira fase, desde a detecção de possíveis riscos durante o pré-natal até a internação do bebê na Unidade Neonatal. Os três primeiros itens concentram-se nos cuidados durante a gestação, incluindo a identificação de mulheres com alto risco de parto prematuro, o fornecimento de orientações básicas para essas gestantes e suas famílias sobre o processo de internação na Unidade Neonatal, e o apoio à presença de acompanhantes durante o parto e o nascimento.

O material destaca ainda, a importância da condução desses processos com uma abordagem respeitosa e o envolvimento adequado das famílias. Partindo desse princípio, seguindo a linha de pensamento de Stevanim (2021), a comunicação desempenha um papel fundamental para garantir que essas famílias, enquanto cidadãos, não só recebam informações, mas também possam usufruir dos seus direitos de maneira positiva e integrada.

A promoção do direito à comunicação é um dos requisitos para se garantir o exercício da cidadania e a participação popular, que são princípios constitutivos do SUS e reivindicações sociais prioritárias desde os anos 1980. (Stevanim, 2021, p.37).

As diretrizes do Método Canguru, mencionam a necessidade de ações de cunho

orientador e norteador como base preponderante para o alcance de resultados esperados. No pré-natal, essa realidade se torna desafiadora pela natureza delicada do momento vivenciado pela mulher e sua família.

Podemos pensar o que significa para a mulher grávida, e também para sua família, receber a notícia de que sua gravidez preocupa a equipe do pré-natal. Receber informações sobre suspeitas na formação de seu filho, a possibilidade de prematuridade, hospitalização e necessidade de intervenções imediatas após o parto, quando ela ainda deveria estar criando representações de seu bebê, chamado por nós como ‘imaginário’ e ‘imaginado’. (Brasil. Ministério da Saúde, 2017. P 49).

As diretrizes do Método discorrem sobre como uma gestação de risco habitual já traz, para as famílias, grandes mudanças e necessidades de realinhamento, isso por si só já torna a situação emblemática, mesmo diante de toda uma expectativa de ganho, amor e felicidade. Quando existe um risco mais elevado de complicações, a ansiedade gerada por esse motivo pode atribuir maior dificuldade na conciliação das emoções e adaptação ao novo momento. Essas questões afetam mais diretamente as mulheres que, além de passar pelo processo de mudanças físicas e hormonais acarretadas pela gestação, historicamente carregam a carga construída socialmente de que a parentalidade é uma responsabilidade majoritária da mulher, como foi abordado no capítulo 1.

No Manual Técnico do Método Canguru a comunicação é mencionada enquanto campo em três momentos, em todos eles o termo “Comunicação em Saúde” está presente, descrevendo sua participação como estratégia a ser utilizada para o alcance dos objetivos assistenciais no Método, mas ainda não como copartícipe desse processo.

Comunicação em saúde: Estratégia utilizada para orientar, divulgar e, sobretudo, contribuir para que pessoas ou comunidades possam reconhecer efetivamente a necessidade da promoção e da educação em saúde e da participação coletiva nas decisões de matérias relacionadas à saúde. (Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico, 2017, p 54).

O Manual técnico, explica ainda que, especialmente em gestações com alto risco de complicações, receber orientações sobre riscos potenciais, prematuridade e possíveis complicações, pode despertar nas mulheres gestantes e famílias, preocupações e ansiedades nada positivas para o andamento do quadro. Por isso, a equipe multidisciplinar deve lançar mão de todo o cuidado e sensibilidade para desenvolver estratégias que alcancem o objetivo de informar e engajar sem gerar mais desconforto e nem despertar uma preocupação excessiva.

Para esta gestante, é necessário que a atenção não se limite apenas a tratar condições clínicas e agentes patogênicos. Ela deve ser cuidada a partir de sua realidade social, econômica, com crenças, valores e fantasias que se integram em sua personalidade dinâmica. Ao mesmo tempo em que a gestante protege sua criança, ainda no

ambiente intrauterino, ela se apropria dessa nova realidade, sendo afetada por ela e concomitantemente a afetando. (Brasil. Ministério da Saúde, 2017. P 50).

Nesse cenário desafiador, que se dá em um ambiente naturalmente complexo e cheio de nuances, como o hospital, o desafio de informar, interagir, engajar e ajudar as mulheres gestantes e famílias a atender suas singularidades num momento muito delicado e se preparar para possíveis intercorrências sem que isso venha a apagar o brilho e suprimir a alegria vivenciada por muitas famílias que esperam pelo nascimento de um bebê.

No contexto descrito, a partir das autoras Inesita Araújo e Janine Cardoso (2007), o campo da Comunicação e Saúde, que integra as duas ciências como protagonistas e complementares para o processo de cuidado e garantia de direitos, se correlaciona com esse propósito por discutir a importância de se construir estratégias, estruturar as melhores abordagens, superar desafios e dialogar com cidadãos, para que eles tenham condições de exercer seus direitos na medida em que recebem uma assistência à saúde que leva em consideração a sua individualidade e necessidades. Incluímos nesse propósito as mulheres gestantes e suas famílias que precisam compreender e participar do processo de cuidado se inteirando de seus direitos e informações de maneira clara, objetiva e assertiva.

As formas ‘comunicação em saúde’, ‘comunicação para a saúde’, ‘comunicação na saúde’, bastante utilizadas, refletem em geral a visão instrumental de comunicação, mais corrente nas instituições de saúde. Falar em comunicação ‘e’ saúde aponta para uma distinção e uma opção teórica e política.

O objetivo a partir dessa premissa é ir além do acesso à informação, pois não se consideraria somente o que os profissionais de saúde indicam como importantes para o conhecimento dos cidadãos, mas também o que o cidadão espera, deseja e precisa para se sentir incluído no processo. Na perspectiva aqui disposta, a partir do pensamento de Wolton, (2010), vale ressaltar que não se trata de invalidar ou minimizar a importância da informação para o processo comunicacional, mas de atentar para as singularidades dos dois conceitos e assim não só direcionar esforços para informar, mas também para construir a relação necessária para se estabelecer de fato uma comunicação.

A informação e a comunicação são inseparáveis da história da emancipação do homem. Foi por meio da liberdade de informação que o conhecimento do mundo e o espírito crítico desenvolveram-se. Foi graças à comunicação que a igualdade entre os indivíduos e a legitimidade do diálogo se impuseram. São as duas faces da grande questão da emancipação. Serão salvas ou perdidas juntas. (Wolton, 2010).

O pensamento de Wolton (2010), corrobora com a ideia de que difundir o máximo possível de informações, não necessariamente significa que a comunicação foi bem estabelecida. O autor reconhece que comunicação e informação são indissociáveis na

construção social, no entanto, chama a atenção para o fato da comunicação representar um caráter mais amplo que engloba informar, estabelecer vínculos e relacionamentos para a apropriação de informações e geração de mudanças do meio e também dos interlocutores.

Algo bem distante do discurso em favor da informação e contrário à comunicação. Não é possível estabelecer uma hierarquia. Devemos pensá-las em conjunto, a comunicação exigindo um tratamento um pouco mais complexo por dizer respeito às questões da relação, da alteridade e do receptor. É a própria vitória da informação nos últimos dois séculos que impõe a redefinição do estatuto da comunicação. Só se fez metade do caminho. (Wolton, 2010).

Wolton (2010), pontua que com a expansão das novas tecnologias, em especial de comunicação de massa e as digitais, o acesso em tempo real a uma grande quantidade de conteúdos começou a fazer parte da rotina e a se confundir ou até mesmo se sobrepor ao processo comunicacional. Essa realidade, para muitos pode acarretar em uma frequente desvalorização da comunicação em relação à informação, embora esta seja inegavelmente fundamental em vários aspectos da vida. As tecnologias modernas desempenham um papel crucial na comunicação e na emancipação das pessoas, destacando que o verdadeiro desafio reside em não deixar de considerar a complexidade da comunicação, em uma sociedade bombardeada de informação.

O autor defende que informar não é o mesmo que comunicar, considerando que enquanto informar trata apenas da transmissão de dados, comunicar envolve uma interação mais complexa entre emissor e receptor, tornando a compreensão da informação sem possibilidades de previsão exata, por sofrer impactos das nuances de cada indivíduo e características dos diversos contextos. Esse entendimento também contribui com a ideia de que comunicar com efetividade exige cuidados não só no manejo de informações, como também na observação dos contextos e no esforço para estabelecer um vínculo entre os sujeitos envolvidos.

Nesse sentido, Vera França (2005), também destaca o caráter relacional enquanto premissa do processo comunicativo, que é construído e influenciado a partir de construções simbólicas dos sujeitos envolvidos, ao mesmo tempo em que influencia e modifica os contextos ao seu redor, mais uma vez reforçando que comunicação não se dá em caráter unidirecional.

O sujeito da comunicação é um sujeito social; ele é também, indubitavelmente, um enunciador de discursos ou um leitor de textos. Mas ser sujeito da comunicação ou em comunicação significa algo mais específico, e nomeia um sujeito enredado numa teia de relações. São as relações que constituem esse sujeito – a relação com o outro, a relação com a linguagem e o simbólico. (França e Simões, 2005).

Ao percorrer as teorias que fundamentaram a construção do campo da comunicação nesse prisma, França e Simões (2005) destacam a Escola de Chicago, que trata das perspectivas sociológicas postas por pesquisadores da Universidade de Chicago no início do

século XX.

De acordo com as autoras, apesar de não apresentar um caráter homogêneo nas linhas de pensamento, as pesquisas puderam ser agrupadas e colocadas em evidência nos estudos sociológicos por suas constituições baseadas em análises qualitativas e valorização das relações cotidianas na construção do pensamento, além do caráter interdisciplinar que rompia com os conceitos generalizadores que, até então, detinham a hegemonia. Partindo dessas premissas, no âmbito da comunicação, segundo França e Simões (2016), essa linha de pensamento trouxe contribuições significativas ao posicionar as “... práticas comunicativas como nexos, mediações, lugar de troca e de construção...”, o que contribuiu para os rumos futuros do paradigma da comunicação e construção do campo considerando-o como um processo relacional e não mais de caráter somente transmissivo.

No que concerne ao entendimento das práticas comunicativas como uma relação dialética, as autoras também pontuam a linha de pensamento denominada comunicação horizontal, que trazia o contraponto em relação ao imperialismo cultural predominante nos anos 70. Essa perspectiva, não coaduna com a visão que tratava a comunicação com um caráter puramente difusor de informações. As autoras ressaltam, o educador Paulo Freire como um nome de destaque nessa linha teórica que trazia a comunicação horizontal como um modelo dialógico que poderia contribuir para a emancipação popular e para a busca por condições sociais mais igualitárias, o que evidenciava uma visão bem mais aprofundada da comunicação em meio às relações sociais.

Apesar de não ter tido sustentação para se consolidar como paradigma, essa linha de pensamento levantou discussões que também foram de contribuição essencial para a desconstrução da visão instrumental e de transmissão de informações até então majoritariamente atribuído a comunicação. Impulsionando assim, novas perspectivas de atuação e relevância social para os estudos das práticas comunicacionais para além de seus meios ou resultados, pensamento que baseia a construção deste trabalho e do artefato proposto.

Ainda de acordo com França e Simões (2016), as linhas de pensamento mencionadas, entre outras, apesar de suas fragilidades, iniciaram discussões fundamentais para o caminhar do campo da comunicação, de maneira que nessa ótica, hoje se busca compreender a comunicação não somente como o meio/ferramenta, nem tampouco pelos resultados alcançados, mas pelas interações sociais e modificações geradas pelo caráter relacional de sua natureza.

O campo da Comunicação e Saúde de aproxima dessa linha de pensamento na medida em que propõe uma inter-relação entre sujeitos que garanta não só acesso a informações e

serviços de saúde, mas também o exercício da cidadania por meio do conhecimento e busca pela aplicação prática dos direitos garantidos pelas políticas de saúde e igualdade de oportunidades.

Enfim, o discurso sobre a relevância da comunicação e sua indissociável relação com a produção dos sentidos da saúde e com os processos de democratização está hoje bem disseminado, não só na área das ciências sociais em saúde, na qual de certa forma a comunicação está inscrita, mas também por outros setores. Muitos, a partir de diversos lugares de fala, ocupam-se do tema e chamam para si parte da responsabilidade de ampliar sua abrangência e transformar as concepções e práticas, movimento este que produz, mas também demanda ainda mais uma definição do que chamamos aqui de campo da C&S, arriscando-nos a antecipar aquilo que pede maior amadurecimento para caracterizar-se como tal. (Araújo, 2007, p.29).

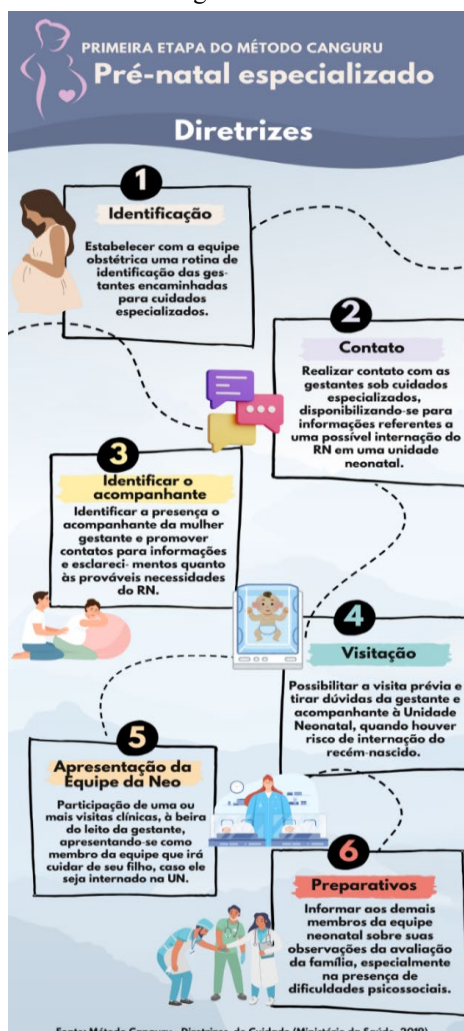
Com base nessas premissas, ainda na linha de pensamento das autoras Inesita Araújo e Janine Cardoso (2007), a ideia é aprofundar na essência da Comunicação como elemento integrante do processo de cuidado com a saúde a partir do estabelecimento de uma relação e geração de sentidos para a sociedade. Esse intuito, contribui na transição da centralidade da instituição, que é observada em grande parte das comunicações desenvolvidas pelas organizações de saúde, para o cidadão assistido no âmbito do SUS, neste estudo, mais especificamente as gestantes e suas famílias em atendimento pré-natal.

Iniciar a primeira etapa do Método Canguru durante o acompanhamento de mulheres e famílias do pré-natal especializado, tem como objetivo levar esclarecimentos, tirar dúvidas, apresentar a ambiência e a equipe que presta assistência neonatal para as crianças de baixo peso. Possibilitando assim, o conhecimento da trajetória de cuidado que será vivenciada pelo bebê e seus cuidadores em caso de necessidade de cuidados intensivos neonatais, bem como os direitos e melhores estratégias para a recuperação diante dessa situação, desse modo, proporcionar um conhecimento que acarretará mais segurança e preparo da família em caso de necessidade. (Diretrizes de Cuidado do Método Canguru – MS, 2019).

Estar ciente de que a trajetória do bebê que nasce com baixo peso está pré-estabelecida com base em evidências científicas que objetivam contemplar os critérios necessários para um prognóstico mais favorável, tende a diminuir o estranhamento e aumentar a segurança da mãe e familiares no cuidado a ser prestado. Além disso, saber que a abordagem humanizada e individualizada no processo assistencial não se trata de uma prerrogativa institucional ou individual dos profissionais e sim de um direito dos bebês, tornarão seus cuidadores mais atentos e aptos a contribuir para que os fluxos sigam os caminhos esperados. (Diretrizes de Cuidado do Método Canguru – MS, 2019).

O Manual de Diretrizes do Cuidado do Método Canguru, apresenta os direcionamentos das condutas a serem iniciadas no pré-natal, no que concerne a primeira etapa do método, que serão dispostas abaixo em formato de infográfico para melhor visualização e compreensão.

Figura 4



Infográfico organizado pela autora, com base nas Diretrizes do Cuidado do Método Canguru (MS, 2019)

No contexto descrito, o planejamento e implementação de novas práticas comunicativas podem contribuir para o alcance de mais famílias e prepará-las para participar como agentes engajados e atuantes, junto à equipe multidisciplinar, no cuidado de recém-nascidos de baixo peso e assim fortalecer a relação de vínculo e o cuidado de maneira integral. A comunicação proposta, não se refere somente a dar acesso a informações com um uso instrumental da comunicação, mas apropriar e posicionar as mulheres e famílias em atendimento pré-natal como protagonistas do processo, gerando sentido e consciência sobre os seus direitos.

2.2 Interface Comunicação e Saúde: eixo de sustentação para o fortalecimento da primeira etapa da política de cuidado Humanizado ao recém-nascido de baixo peso

Comunicação e Saúde vêm estreitando os caminhos ao longo da história de diversas maneiras. De forma mais marcante no Brasil, a partir de 1920 quando a propaganda foi incluída nas ações de educação sanitária e apontada nesse contexto como a grande chave para levar orientações necessárias para a população e assim possibilitar que as pessoas seguissem as determinações de higiene e prevenção necessárias para combater doenças e agravos que preocupavam as autoridades de saúde. (Araújo, 2007, p.23).

A possibilidade de identificar ‘um’ agente causador para cada doença, assim como de estabelecer formas específicas de transmissão (e controle) de algumas, se refletiu no redirecionamento de várias ações de saúde pública, deslocando a atenção dos fatores do meio ambiente para o indivíduo. Em decorrência, o componente educativo passou a ganhar relevância, pois estes indivíduos precisariam corrigir seus hábitos tidos como nefastos à saúde. (Araújo, 2007, p.23).

Essa visão da Comunicação como propósito de difusão de informações, propaganda e persuasão dos cidadãos para a modificação de hábitos nocivos à saúde ganhou espaço por um longo período que se estendeu por todo o século XX e, pode-se dizer que até mesmo nos dias de hoje ainda encontra sustentação nesse meio. Ao longo dos anos, as ideias sobre comunicação foram consistentemente incorporadas no desenvolvimento das políticas de saúde pública, especialmente aquelas que propunham a mudança direta nos hábitos e comportamentos por parte dos cidadãos. Essa correlação teve influência até mesmo na estruturação dos serviços, como o exemplo da inclusão de mediadores nos programas, posteriormente, agentes de saúde – ação que teve sua origem em estudos de comunicação que destacavam a relevância de intermediários entre os emissores das mensagens e seus receptores para melhor compreensão das informações. (Araújo, 2007, p.25).

De acordo com Araújo (2007), hoje, há um amplo reconhecimento da importância da comunicação e sua relação inseparável com a construção de significados em saúde e com os processos de democratização. Muitas pessoas, de diferentes perspectivas, estão engajadas nesse tema e contribuem para ampliar sua influência e transformar conceitos e práticas. Esse movimento corrobora para o desenvolvimento do campo da comunicação e saúde, mas também evidencia a necessidade de uma definição mais clara do seu escopo.

Toda essa construção da C&S se dá em pleno contexto da saúde pública, portanto está sujeita aos mesmos embates da luta por hegemonia, que mobiliza e por vezes contrapõe forças centrípetas e centrífugas que se manifestam nesse espaço multidimensional, como de resto em toda a sociedade. A comunicação é parte importante dessa luta e a natureza e a qualidade de suas práticas podem contribuir para a transformação das estruturas e relações de poder ou para a sua manutenção. (Araújo, 2007, p.33).

Ainda na contextualização do campo da comunicação e saúde, trabalhado pelas autoras, apresenta-se a correlação das teorias das duas ciências separadamente na construção de sua interface, no âmbito da comunicação, com destaque para o modelo informacional, que fincou raízes fortes no campo da C&S durante a sua constituição, e de certo modo permanece difundido até os dias de hoje, na medida em que se observa em muitas comunicações a estratégia prioritária é a de garantir o acesso à informação, com a crença de que esse recebimento de conteúdo é suficiente para o alcance do objetivo proposto de interferir na realidade e gerar mudança na rotina e hábitos dos cidadãos.

Esse modo de pensar é bastante problemático. Entre outras distorções, produz uma prática sem escuta e sem diálogo, que atribui o direito de voz e expressão apenas ao emissor (instituições de saúde ou meios de comunicação), silenciando a maioria. Nessa mesma linha de consequência, uma parte considerável dos materiais informativos/educativos trata a população como carente e ignorante, reafirmando a diferenciação social e aumentando as condições de exclusão. (Araújo, 2007, p.47).

Para Araújo (2007) a comunicação não se desenvolve pela ideia de transmissão de informações e nem para divulgação de ações institucionais, ela se dirige para a transformação social por meio da apropriação pelo cidadão das informações sobre o que lhe é direito, até onde pode ir e como deve agir para a garantia de suas necessidades. Por isso, para dialogar com quem se destina, precisa oportunizar a participação, a escuta e ouvir as necessidades para depois atendê-las e construir estratégias que estejam de acordo com os anseios dos cidadãos.

Para que isso se torne uma realidade, o caráter instrumental da comunicação precisa ser superado e ela não deve ser vista como uma simples transmissora de informações pré-estabelecidas, mas compreendida como um eixo de sustentação do processo assistencial que é construído por meio de participação, escuta e contextualização diante da realidade do seu público.

O que se objetiva é compreender e agir sobre os processos sociais de produção dos sentidos, que afetam diretamente o campo da saúde. Todo o aparato teórico-conceitual e metodológico da comunicação, então, adquire pertinência quando operando sobre esse cenário e articulado a interesses do campo da saúde. (Araújo, 2007, p.21).

A partir daí surge a necessidade de planejamento, desenvolvimento de estratégias que alcancem efetivamente o resultado de gerar mudanças de pensamento e postura em seu público, o que só é possível oportunizando a participação dos interessados para a compreensão de seus contextos, necessidades e promovendo uma escuta qualificada que valide seus pontos de vista e aspirações. Wolton (2010), corrobora com esse pensamento na medida em que discorre sobre a importância de ir além da informação para o estabelecimento de uma comunicação bem

sucedida, pois para isso é necessário aproximação, compreensão e também esforço para conciliar interesses em prol do benefício comum.

O problema não é mais somente o da informação, mas antes de tudo o das condições necessárias para que milhões de indivíduos se comuniquem ou, melhor, consigam conviver num mundo onde cada um vê tudo e sabe tudo, mas as incontáveis diferenças - linguísticas, filosóficas, políticas, culturais e religiosas - tornam ainda mais difíceis a comunicação e a tolerância. A informação é a mensagem. A comunicação é a relação, que é muito mais complexa. (Wolton, 2010).

Nas instituições de saúde, as estratégias de comunicação notoriamente já estão inseridas com tranquilidade como parte da rotina, pois os profissionais e gestores já reconhecem como necessária inclusive para fins de transparência pública, no entanto, de maneira preponderante, os cidadãos assistidos são posicionados na condição majoritariamente de receptores de uma comunicação institucional. (Araújo, 2007, p 63).

Diversas iniciativas têm sido implementadas para promover o acesso à informação, em grande parte focadas na transparência da gestão e utilizando, principalmente, recursos digitais para a disponibilização de dados em páginas da internet. No entanto, se discute se realmente essa ação atua de forma efetiva na resolução do problema de compreensão e agrega em geração de sentidos. Essa resposta não só envolve considerações sobre a exclusão digital, mas também se relaciona a necessidade de desenvolver mecanismos para que as pessoas não só recebam, mas sim se apropriem da informação, e para isso é fundamental que os meios de comunicação sejam adequados às suas necessidades e realidades. (Araújo, 2007, p 63).

No contraponto de uma comunicação linear, bipolar e unidirecional, podemos pensar em uma comunicação em rede, um tecido formado por muitos fios. Os fios da rede correspondem a vozes sociais e circulam em várias direções, conduzindo múltiplos discursos, ideais, propostas, opiniões, saberes, sentimentos... Essa rede é operada por interlocutores, que produzem e fazem circular seus discursos, ao mesmo tempo em que se apropriam de outros discursos circulantes. (Araújo, 2007, p.63).

Para Araújo, 2007, a comunicação não se desenvolve pela ideia de transmissão de informações e nem para divulgação de ações institucionais, ela se dirige para a transformação social por meio da apropriação pelo cidadão das informações sobre o que lhe é direito, até onde pode ir e como deve agir para a garantia de suas necessidades. Por isso, para dialogar com quem se destina, precisa oportunizar a participação, a escuta e ouvir as necessidades para depois atendê-las e construir estratégias que estejam de acordo com os anseios da população a qual se destina.

Coadunando com essa linha de pensamento os autores Luiz Felipe Stevanim Rodrigo Murtinho, consideram que embora muitas vezes a comunicação não seja claramente enxergada como um direito, como o senso comum já percebe a educação e a saúde, por exemplo, ela é sim um direito essencial, pois a partir dela as pessoas detêm as condições para compreender o seu

lugar no mundo, seus direitos e a lutar para garanti-los. Isso na prática só é possível em um ambiente democrático onde as vozes sejam ouvidas e os cidadãos estejam cientes de suas prerrogativas de direitos para que possam ecoar pela luta de uma condição igualitária de oportunidades.

As relações entre direito à comunicação e saúde têm na democratização um de seus eixos centrais, pois é somente em um espaço democrático e participativo que se efetivam as condições necessárias para o exercício pleno da cidadania, do qual depende a garantia da saúde em sentido amplo, como bem-estar físico, mental, emocional e social. (Stevanim e Murtinho, 2021, p 55).

Os autores consideram ainda, que a construção da comunicação ocorre no cotidiano. Para garantir os direitos à comunicação e saúde, é essencial envolver comunidades, movimentos sociais, profissionais de saúde, instituições científicas e cidadãos. A democratização da comunicação começa nos pequenos espaços do dia a dia, valorizando seu caráter público e buscando envolver e dar voz a toda a sociedade, para que de maneira efetiva ela possa se sentir contemplada e participe de todos os processos que dizem respeito a sua vivência social e cidadania.

Por isso, a ideia não é inserir mais uma ferramenta ao processo que por si só não vai garantir o entendimento e o despertar para uma vivência cidadã durante a situação de acompanhamento de um recém-nascido internado, mas estabelecer uma prática comunicativa, que mais uma vez a partir de França e Simões (2016), traz consigo a prerrogativa de criação de elos, colaboração e interação entre interlocutores para a construção do conhecimento.

Para perceber de que maneira é possível alcançar esse resultado, podemos buscar na Comunicação Comunitária um arcabouço teórico que contribui para o fortalecimento da compreensão de que a comunicação deve promover a participação, pois só desta maneira pode favorecer uma relação que de fato irá acarretar impactos práticos na vida dos cidadãos.

Se o direito à informação diz respeito aos outros direitos, pelo seu intuito, relaciona-se diretamente ao movimento do cidadão na sociedade, pois à medida que ele se informa sobre os seus direitos civis, políticos e sociais, torna-se mais esclarecido, crítico e atento e, consequentemente, apto a participar das ações que interessam à coletividade, com poder de posicionar-se, defender suas ideias, discutir as dos outros, trocar informações e formar pontos de vista. (RADDATZ, 2014, p. 110).

A partir desse cenário, a ideia é se aprofundar um pouco mais na essência da comunicação comunitária para garantir a participação as famílias que vivenciaram o processo de assistência neonatal, na formulação da melhor estratégia comunicacional para a consolidação da primeira fase do método canguru no pré-natal especializado. A partir daí estabelecendo a centralidade nas pessoas assistidas, que são majoritariamente mulheres que vivenciam todas as nuances, responsabilidades e incertezas do período gestacional. Somente com a escuta, se torna

possível estruturar uma comunicação que as posicione como protagonistas do processo de cuidado de sua criança, estimulando a corresponsabilidade de toda a sua rede de apoio, para que todos possam se apropriar dos conhecimentos necessários para estarem envolvidos, motivados e conscientes sobre os seus direitos e responsabilidades.

2.3 Comunicação comunitária como suporte para a inserção de novas práticas comunicativas para a consolidação da participação do cidadão e fortalecimento do Método Canguru no pré-natal

A Comunicação Comunitária se desenvolve como maneira de promover o acesso a informações de forma crítica e contra hegemônica no que se refere ao discurso dominante de grandes instituições e grupos políticos que dominam os veículos de comunicação tradicionais. Ela surge com um caráter essencialmente emancipatório e combativo, com vistas a promover a garantia de direitos dos cidadãos e a gerar impactos na transformação social por meio do protagonismo popular. (Peruzzo, 2008. p.370).

A comunicação popular e comunitária pode ser entendida de várias maneiras, mas sempre denota uma comunicação que tem o "povo" (as iniciativas coletivas ou os movimentos e organizações populares) como protagonista principal e como destinatário, desde a literatura de cordel até a comunicação comunitária. (Peruzzo, 2008. p.375).

Segundo Peruzzo, 2008, o viés combativo da comunicação comunitária se dá por sua origem de expressão de lutas por efetivação de direitos das minorias e classes populares. Ao passar do tempo, essa característica foi atenuada com a incorporação de outras temáticas, como a disseminação da cultura popular e outros saberes, o que não significa necessariamente perder as suas raízes de luta. Conteúdos culturais e de interesse público, entre outros, foram incorporados às temáticas de atuação, mantendo sempre a essência de centralidade no cidadão, e na promoção do protagonismo popular para gerar impactos positivos no contexto social.

Desta maneira, a apropriação de conteúdos relevantes por meio de estratégias elaboradas, pensadas e disseminadas por cidadãos que vivem em imersão na realidade do público a ser alcançado, gera identificação, apropriação de conteúdos e impactos na busca pelo exercício de direitos por parte da população. Essa característica, torna a comunicação comunitária mais direcionada e efetiva, de maneira que o cidadão não somente recebe informações produzidas de maneira distante e descontextualizada, mas se sente valorizado ao perceber que a comunicação leva em consideração as suas especificidades e a realidade de cada comunidade. O cidadão também passa a ser produtor de conhecimentos, gestor de informação e a produzir transformação em seu meio social a partir dos conhecimentos adquiridos.

A participação das pessoas na produção e transmissão das mensagens, nos mecanismos de planejamento e na gestão do veículo de comunicação comunitária contribui para que elas se tornem sujeitos, se sintam capazes de fazer aquilo que estão acostumadas a receber pronto,

se fazem protagonistas da comunicação e não somente receptores. (Peruzzo, 1999, p. 219).

No âmbito da saúde, o viés de interesse público se destaca levando em consideração que a comunicação vai além das questões de caráter preventivo e curativo que por si só já são importantes, mas não contemplam toda a complexidade e possibilidades alcançadas por uma comunicação dialógica que realmente pode adquirir força para incentivar mudanças nas condutas e contextos sociais. (Stevanim, 2021).

Na mesma perspectiva em que informar não significa apropriar, o que se observa é que, apesar de serem pontos de partida e de existência essencial para que possamos falar em garantias de direitos e conquistas das classes populares, a legislação, políticas públicas e marcos regulamentadores por si só não garantem as condições de obtenção de benefícios e prática dos direitos por eles concedidos. (Mattelart, 2009).

Nesse sentido, segundo Mattelart (2009), apesar de reconhecer a importância da conquista que é a obtenção de regulamentação de direitos e políticas públicas para a área da saúde e todas as outras, o exercício da cidadania e de obtenção dos benefícios preconizados por eles não se dá pela simples existência, são necessárias as regulamentações, condições e conhecimento para que os cidadãos se posicionem para a exigência do que lhes é de direito. Sendo assim, de acordo com Stevanim (2021) retornamos à importância não só da existência de direitos, mas também do conhecimento sobre eles.

Os meios de comunicação comunitária têm papel central na garantia a todos do direito a voz nas discussões sobre cidadania e saúde: diante da diversidade de atores que compõem o campo da saúde e disputam espaço na formulação das políticas públicas, essas mídias contribuem para ampliar os espaços de fala e escuta, especialmente entre comunidades locais e grupos marginalizados em todo o país. (Stevanim e Murtinho, (2021, p. 116).

Vale destacar que a promoção da participação social é um princípio do SUS e sua implementação na centralidade das lutas pela democratização das informações de saúde, que é evidenciada na participação popular nos conselhos de saúde, mas não se limita a ela, podendo ser ampliada para a construção de estratégias de comunicação de maneira colaborativa, como afirma Peruzzo (2007) “Entendemos que a participação transcende os conselhos de saúde, podendo e devendo manifestar-se de outros modos e por outras vias.”. Podendo assim contribuir com a construção de estratégias comunicacionais no âmbito também da promoção de temáticas de interesse público com centralidade no usuário. Dessa maneira, a comunicação comunitária e as suas características de promoção de participação social, garantia de direitos e protagonismo popular, pode contribuir com a construção de estratégias de comunicação e saúde mais respeitadas e adequadas para a promoção da identificação, engajamento e apropriação de informações por parte dos usuários, para assim gerar impactos nas suas ações, posturas e

iniciativas que irão colaborar para modificações de cenários e para que sejam oportunizadas experiências positivas no acesso ao cuidado e a utilização de serviços de saúde no âmbito do SUS.

É no dia a dia que se constrói a comunicação. Portanto, o planejamento, a implementação e a avaliação de políticas e projetos voltados para a garantia dos direitos à comunicação e à saúde devem ser pensados no diálogo com comunidades, movimentos sociais, trabalhadores e trabalhadoras do SUS, instituições científicas de ambos os campos, gestores e cidadãos e cidadãs em geral. (Stevanim e Murtinho, 2021, p. 147).

Correlacionando essas linhas de pensamento ao Método Canguru no pré-natal, entendemos que somente a escuta e diálogo com os envolvidos pode possibilitar a compreensão da realidade para a definição de abordagens mais adequadas para alcançar mulheres e famílias de maneira respeitosa e efetiva ao mesmo tempo em que fortalece a política de saúde. Impreterivelmente, essa construção deve perpassar pela oportunidade de participação, escuta qualificada e construção coletiva. De acordo com Stevanim (2021) “a compreensão da saúde como um fenômeno ampliado requer ações efetivas que a articulem aos diversos determinantes sociais, como as condições de vida, trabalho e cultura, bem como de comunicação.

A partir dessas premissas, a inserção da prática comunicativa sobre o Método Canguru no pré-natal não pode se dar somente a partir do que os manuais, diretrizes e orientações de profissionais de saúde indicam como informações essenciais e importantes para as mulheres e famílias assistidas, mas principalmente, a partir de uma abordagem construída pela escuta, contribuições e adequação aos interesses dos cidadãos e cidadãs as quais se destina. No cenário descrito, esta pesquisa se apresenta como oportunidade de promover a aproximação e diálogo com as mulheres e suas famílias, observando os contextos e procurando estabelecer a partir daí uma conexão para uma construção coletiva. Para isso, seguindo o propósito deste estudo, primeiramente buscamos conhecer mais a fundo a realidade e contexto do campo empírico em que se dará o desenvolvimento da pesquisa, que se insere no âmbito da assistência prestada pela rede municipal de saúde do município de São Luís do Maranhão, por meio do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA.

2.3.1 Contextos e aplicações do Método Canguru no campo empírico: Hospital Universitário da UFMA

A pesquisa se dará na estrutura do Hospital Universitário da UFMA - HU-UFMA, que é Unidade Acadêmica da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, assim, campo de prática para profissionais de saúde da universidade. O Hospital é vinculado desde 2013 à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, estatal vinculada ao Ministério da Educação

com capital 100% dependente da União, que se configura como a maior rede de hospitais públicos do Brasil, tocando a administração de 45 hospitais espalhados pelo país.

A rede atende cidadãos exclusivamente pelo SUS e por seu caráter acadêmico está incorporada ao Ministério da Educação e não o da Saúde como a maior parte da rede de saúde. A adesão a EBSEH se dá via contrato assinado pela UFMA com a referida empresa. No que concerne à rede de saúde, a prestação de serviços ao SUS se dá por meio de contratualização com gestor municipal de saúde de São Luís.

Em relação à infraestrutura, o complexo é composto por duas Unidades Hospitalares (Unidade Presidente Dutra e Unidade Materno Infantil) que dispõe de mais de 500 leitos de internação, e nove prédios anexos que concentram os atendimentos ambulatoriais. No que diz respeito à assistência à saúde da mulher e da criança, os atendimentos se concentram na Unidade Materno Infantil, que realiza, em média, 4000 partos por ano, sendo referência para a rede de saúde para acompanhamento de gestações de alto risco.

Figura 5



Fachada da Unidade Materno Infantil do HU-UFMA, que concentra os atendimentos relacionados à saúde das mulheres, bebês e crianças. Fonte: acervo HU-UFMA

A Unidade Materno Infantil, recebeu da UNICEF o título de "Hospital Amigo da Criança", e do Ministério da Saúde o status de Cuidado Amigo da Mulher e Centro de Referência para o Método Canguru, tornando-o campo apto para o desenvolvimento da pesquisa.

Figura 6



UTI Neonatal na Unidade Materno Infantil. Fonte: acervo HU-UFMA

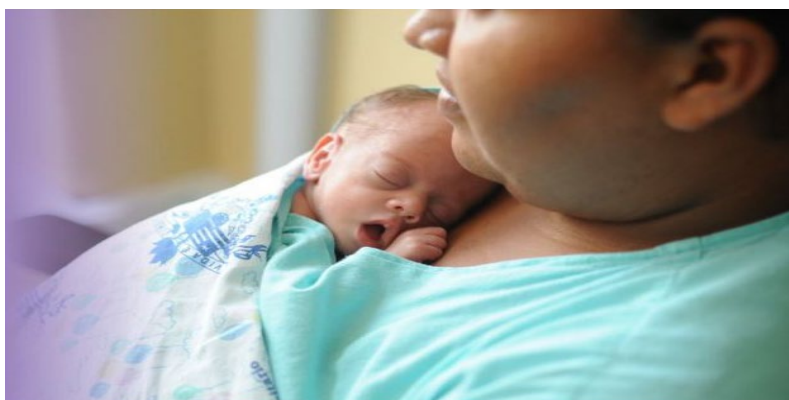
Figura 7



Ambulatório da ginecologia e do pré-natal especializado do HU-UFMA. Fonte: acervo HU-UFMA

A prática do Método Canguru se dá em dois setores especificamente: a Unidade Neonatal e a Unidade de Obstetrícia. Segundo o Manual do residente na área de atuação da neonatologia (HU-UFMA, 2024), a Unidade Neonatal compreende cinco áreas distintas: atendimento durante o parto, alojamento conjunto, unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), unidade de cuidados intermediários neonatais (UCINCo), unidade de cuidados intermediários neonatais canguru (UCINCa) e clínica de acompanhamento de bebês prematuros. O acompanhamento do bebê começa durante a gestação de alto risco na enfermaria e continua até os sete anos de idade, quando ele é liberado do acompanhamento especializado.

Figura 8



A imagem acima ilustra o contato pele a pele entre mãe e bebê. Foi retirada no HU-UFMA e ilustra o Manual técnico do Método.

Em média, 500 recém-nascidos são admitidos na UTIN anualmente; eles e suas famílias são assistidos pela equipe multidisciplinar. Na unidade neonatal, as aplicações do Método Canguru estão formalizadas e organizadas de maneira clara no manual destinado aos residentes da área, incluindo orientações sobre sua aplicação.

Quando o bebê nasce com problemas e não tem condições clínicas de permanecer com sua mãe no alojamento conjunto, é encaminhado para a UTI, onde é assistido obedecendo aos protocolos assistenciais e segurança do paciente. O foco é o atendimento humanizado, respeitando a individualidade e a subjetividade de cada bebê e sua família. O trabalho de todos esses profissionais é voltado para inserção do bebê em sua família e pautado nos pilares do Método Canguru. (Manual do residente na área de neonatologia – HU-UFMA, 2024, p.10)

Segundo o manual, quando o bebê é admitido na UTI Neonatal, sua mãe recebe visitas de membros da equipe até que ela possa visitá-lo pessoalmente. A equipe atua como mediadora, fornecendo informações, esclarecendo dúvidas e preparando-a para o ambiente da UTI. A partir da análise do manual, percebe-se que os fatores individuais e sociais das famílias também são observados.

De modo geral, em casos de recém-nascidos cujas mães não têm condições clínicas ou em caso de óbito materno, é realizado esforço no sentido de identificar um familiar que possa maternar o bebê ou ficar com ele no Alojamento Conjunto até que tenha condições clínicas de alta. Quando a mãe não pode permanecer por questões sociais, o trabalho é conduzido buscando parcerias junto ao conselho tutelar ou à rede de apoio familiar, com orientação da assessoria jurídica do HU-UFMA. Quando a dificuldade identificada é emocional é iniciado o acompanhamento psicológico. (Manual do residente na área de neonatologia – HU-UFMA, 2024, p 11).

Essa unidade se torna representativa para o desenvolvimento do trabalho, pois nela se dá o acolhimento da família e do bebê que precisa de cuidados intensivos, portanto, nesta unidade que será permitido o contato e a aproximação com os cuidadores de recém-nascidos internados e perceber as vivências, necessidades e contribuições de quem já passou pelo pré-natal de alto risco e se encontra em atendimento especializado, podendo assim opinar sobre todas as nuances do processo. Além disso, nessa unidade atuam os profissionais responsáveis pela capacitação sobre o método em outras localidades e poderão assim, validar o conteúdo técnico no que concerne a informações da área da saúde.

As etapas que envolvem a admissão do bebê na Unidade Neonatal, de acordo com as Diretrizes do Método Canguru, ainda contemplam a sua primeira fase, no entanto, os primeiros passos da estratégia iniciam ainda do pré-natal especializado, cujo serviço responsável é denominado como unidade de obstetrícia, que engloba o pré-natal especializado, o acolhimento à gestante e a sala de parto, além do Banco de Leite Humano.

Durante o acompanhamento pré-natal, as informações e diálogos sobre o Método Canguru ocorrem, mas sem estratégia definida, sendo oferecida de maneira mais incisiva somente em caráter pontual, em datas comemorativas ou ações programadas, dessa maneira, as ações ainda não conseguiram obter a constância necessária para abranger a maior parte das famílias atendidas. O perfil de atendimento, que é de referência para gestações de alto risco, enquadra as gestantes, ou pelo menos a maioria delas nos quesitos de necessidade evidente de

inserção no método ainda durante o pré-natal, pela maior ocorrência de complicações possível nessas situações. Diante disso, nessa unidade buscaremos compreender como fortalecer essa comunicação, envolvendo a equipe que será responsável pela manutenção da estratégia a longo prazo, para compreender o contexto e tentar mitigar as questões que podem dificultar a aplicabilidade do produto a ser proposto.

No cenário descrito, por meio do diálogo com as famílias que vivenciaram o processo de cuidados intensivos com seus recém-nascidos, iremos iniciar a coleta de dados que irá nortear o desenvolvimento do produto, envolvendo também os profissionais atuantes no serviço, que serão os multiplicadores e mantenedores da implementação junto às famílias. Assim, a partir de agora discutiremos sobre a metodologia para coleta e análise de dados, passo a passo para o desenvolvimento e a estratégia de execução do protótipo e sua aplicação, que irá reverberar em benefícios para quem vivencia a situação descrita no âmbito do SUS.

CAPÍTULO 3 - ESTRATÉGIA DE ORIENTAÇÃO E INFORMAÇÃO PARA FAMÍLIAS EM ATENDIMENTO PRÉ-NATAL: metodologia de pesquisa e desenvolvimento do produto.

Desenvolver um artefato com o intuito de ampliar o acesso ao conhecimento para as famílias durante a primeira etapa do Método Canguru, que inicia no pré-natal, envolve várias nuances, sobretudo, por não se tratar de uma produção de caráter institucional, mas sim um material esclarecedor e que possa interessar e instruir as famílias. Para isso, inicialmente o caminho teórico se construiu por meio de pesquisa bibliográfica para aprofundamento nos conteúdos relacionados à implementação do produto, a saber: Comunicação em Saúde, Práticas Comunicativas, Políticas Públicas de Saúde e Comunicação Comunitária, bem como pesquisa documental para conhecimento das normas, relatórios técnicos e legislações que regem as políticas que são o foco da pesquisa.

A partir de agora, nos debruçaremos sobre as metodologias utilizadas para condução da pesquisa e a execução do produto, tendo em vista que a base teórica indicou a elaboração de uma estratégia de comunicação que dialogue e represente o cidadão ao qual se destina, passando segurança e compreensão da orientação recebida. Para não recair no caráter instrumental da comunicação, oferecendo mais uma ferramenta que não necessariamente atenda aos anseios dos cidadãos e cidadãs, mostrou-se necessário o levantamento de informações com diferentes públicos envolvidos no processo, a partir daí se iniciou a imersão da pesquisadora em campo, para conhecer o público, o ambiente e as necessidades dos bebês e suas famílias.

Para isso, foram combinadas as abordagens de pesquisa quantitativa e qualitativa, para obter as informações de cada segmento envolvido (cidadãos atendidos e profissionais de saúde) e um arcabouço mais completo de dados, entendendo que a relação entre os métodos tem grande potencial para enriquecer o trabalho de pesquisa. “Entre eles há uma oposição complementar que, quando bem trabalhada teórica e praticamente, produz riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa”. (DESLANES, 2009, p. 22).

Para levantamento do conteúdo técnico sobre o Método Canguru a ser trabalhado no Guia e compreensão sobre como as condições e possibilidades de implementação e efetivação da ferramenta foi realizada a coleta de dados junto à equipe da Unidade de Cuidados Intensivos Perinatais - UCIP e da Unidade de Obstetrícia do HU-UFMA, nosso campo de estudo empírico. Na primeira, o intuito foi obter validação do conteúdo técnico a ser inserido no material. Já na Unidade de obstetrícia, se encontram os profissionais que atuarão como mediadores do processo, por isso, o objetivo maior foi compreender as nuances do ambiente em que o produto será implementado a fim de perceber e orientar a condução de maneira que favoreça a sua aplicabilidade.

A aplicação de questionários com as duas unidades, no entanto, apresentou grande dificuldade de adesão por parte da equipe, levando à necessidade de várias abordagens, tentativas de sensibilização e investigação sobre as possíveis causas para essa recusa. Em relação aos cidadãos atendidos, se tornou necessário oportunizar uma aproximação mais significativa, para favorecer o diálogo e a observação com os indivíduos mais importantes para o desenvolvimento do produto: as mulheres e famílias atendidas. Para isso o método de entrevista semiestruturada ou conversa guiada foi o escolhido, de maneira que, de acordo com Fonseca (2002):

O entrevistador confere mais importância à informação, do que à estandardização. Contudo, é necessário que no fim da conversa sejam atingidos uma série de objetivos precisos. Um roteiro define quais os principais temas a explorar, e prevê eventualmente certas perguntas, mas a forma como os temas serão conduzidos ao longo da conversa, o modo como as perguntas serão formuladas e a ordem pela qual aparecerão os temas e as perguntas não são fixados previamente. (Fonseca.2002. p.68).

No entanto, antes de iniciar a aplicação de questionários e realização de entrevistas, se fez necessária a inserção da pesquisadora no ambiente da Unidade Neonatal, para isso utilizamos a metodologia da observação não estruturada, que de acordo com Kauark, 2010, consiste na imersão em campo que não se utiliza de um controle ou instrumental elaborado, mas insere o pesquisador no ambiente e promove a integração e geração de sentido. A

metodologia de observação utilizada também se configurou como participante, onde o pesquisador procura se inserir na realidade estudada para se aproximar da situação.

Na observação participante o pesquisador participa da situação que está estudando, sem que os demais elementos percebam a posição dele, que se incorpora ao grupo ou comunidade pesquisada de modo natural (quando já é elemento do grupo) ou artificialmente. (Fabiana Kauark, 2010).

Esse processo foi fundamental, pois ao tentar inicialmente se aproximar e interagir com as cidadãs presentes na UCI, a pesquisadora não recebia muita abertura diante do ambiente repleto de atividades e, por vezes, tensão. A partir dessa oportunidade, respeitando o tempo de cada mulher, foi possível compreender com mais propriedade a rotina e a complexidade do ambiente de pesquisa.

3.1 Relato de observação

A observação do campo consistiu em uma vivência riquíssima que ampliou as perspectivas e aguçou o olhar para a experiência vivenciada pelas famílias que passam pelo nascimento prematuro de um filho. Como esperado, o momento é muito desafiador, e a forma de lidar com essa realidade muda por diversos fatores que vão desde o perfil de cada indivíduo, a presença de rede de apoio e as peculiaridades de cada história. Com os pontos principais descritos abaixo.

Nas primeiras visitas, foram agendadas conversas com os profissionais responsáveis pela gestão da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, a fim de esclarecer a pesquisa e obter autorização para acessar o ambiente que é controlado. Nessa conversa inicial foram envolvidos profissionais da Medicina, Enfermagem, Assistência Social e Psicologia, que prestaram esclarecimentos sobre o funcionamento, horários e situações possíveis que poderiam interferir ou impedir o acesso.

Entre as orientações, o acesso deveria ser evitado em caso de apresentação de sintomas gripais ou outras doenças por parte da pesquisadora, para evitar contaminações dos pacientes já muito frágeis ou de seus acompanhantes, que participam diretamente de seus cuidados. Outro fator considerado foi a de possíveis situações as quais bebês assistidos se encontrassem em estado crítico de saúde, pela tensão que poderia ser gerada tanto na equipe, quanto em todas as famílias que convivem de maneira integrada no ambiente.

Além disso, deveria ser respeitado o horário das dietas dos bebês para que a rotina fluísse de maneira favorável e tudo ocorresse dentro do esperado, pois esse momento envolve toda a atenção dos profissionais e dedicação das mães para a extração do leite materno e a alimentação dos pequenos. Por esses motivos, os acessos para a pesquisa foram restringidos

nos horários de 9 h, 12 h, 15 h e 18 h (incluindo, pelo menos, meia hora antes e meia hora depois), necessitando-se de ajuste junto à rotina pessoal e de trabalho da pesquisadora, para obter disponibilidade durante as duas horas pela manhã e duas horas durante a tarde que se faziam viáveis, observando respeitar os momentos de sono e alimentação também das mães e acompanhantes presentes.

O ambiente direto de observação é a Unidade de Cuidados Intermediários – (UCI), onde são acolhidas as famílias as quais os bebês já saíram dos cuidados intensivos (UTI) e puderam continuar a sua recuperação no salão que se localiza em frente e permite a presença integral da mãe e do pai e, ainda, promove a participação da família no manejo e cuidados com o bebê, fortalecendo também a segurança e o vínculo. Nesse ambiente, o contato pele a pele juntamente com a posição canguru, que tanto marca a aplicação do método, pode ser intensificado e as famílias já têm mais tempo de permanência com os bebês e maior tranquilidade para direcionar foco a outra atividade em alguns momentos, permitindo a abordagem para a pesquisa.

A escolha da UCI, se deu por ser um ambiente no qual o bebê já saiu do risco iminente, na maioria dos casos, e precisa de menos suporte de aparelhos, além de possibilitar a presença integral dos acompanhantes. Ainda assim, durante uma visita ocorreu uma situação não prevista: uma das famílias se encontrava com o bebê recebendo direcionamentos de cuidados paliativos. No caso em questão, o bebê foi retirado dos cuidados intensivos por não ter mais opção de tratamento para o seu quadro. Dessa maneira, mesmo estando em um ambiente de cuidados intermediários, o desfecho não estava sendo positivo para a família e desfavorecia qualquer abordagem no ambiente.

Após as visitas com as situações mencionadas, a pesquisa de campo precisou ser descontinuada por um período por motivo de quadro viral da pesquisadora, que contraindicava o acesso ao ambiente por representar riscos para os bebês e suas famílias, reforçando as peculiaridades do campo. Após isso, na visita seguinte, a pesquisadora compareceu ao ambiente em um momento crítico e ao observar a tensão, teve a informação de que um dos bebês estava em processo de óbito. Nessa ocasião, foi nítida a mudança do ambiente e o estresse evidenciado tanto dos profissionais, quanto das famílias presentes.

A situação descrita se deu no ambiente da UTI, ainda assim, as famílias presentes nos cuidados intermediários (ambiente da pesquisa) também estavam imersas àquela situação desafiadora, por se tratar de ambientes próximos. Sendo, mais uma vez, desaconselhada qualquer abordagem naquele momento e nos dias que se seguiram.

Todas essas experiências foram importantes para vivenciar e compreender algumas variáveis inerentes ao campo e me aproximar da equipe para favorecer a inserção no ambiente. Em campo, foi possível identificar que as mães representavam a totalidade das cuidadoras dos bebês presentes integralmente na UTI, motivo pelo qual a partir de agora faremos referência ao público entrevistado pelo substantivo feminino: cidadã.

Ao recomençar as visitas, a aproximação das mães foi favorecida após alguns dias de presença, acompanhando o funcionamento e observando a rotina. Em dado momento, dialogou-se com as mães e foi proposto a elas obter registros fotográficos com seus bebês durante a permanência na UCI. A maioria das mães mostrou entusiasmo com essa possibilidade o que permitiu observar os comportamentos, as rotinas e possibilitou maior aproximação para dialogar com mais naturalidade sobre as situações vivenciadas por cada família presente.

Figura 9



Foto de bebê em interação com a mãe – acervo da pesquisadora

Figura 10



Profissional da equipe prestando cuidados a um bebê – acervo da pesquisadora

Após essa aproximação, foi observada maior aceitação da presença da pesquisadora no campo, a estranheza percebida inicialmente tanto por parte das famílias quanto por profissionais da ponta, deu lugar a diálogos, vivências e oportunizou a compreensão mais aprofundada da rotina de cada família. Esse período durou aproximadamente 30 dias, respeitando os intervalos e dias de acesso não propícios à pesquisa, como algumas situações expressas acima.

Durante as visitas, um fator novo chamou a atenção, foram observados bebês sem a presença de nenhum acompanhante, o que se seguiu em outras oportunidades. Esses mesmos familiares, quando presentes, não davam abertura para abordagens ou diálogo.

Essa constatação foi exposta por profissionais da unidade, que surpreendentemente relataram ser bastante frequente que bebês fiquem sozinhos, mesmo nesse ambiente que permite

a presença integral do acompanhante. Diversos fatores foram apontados para justificar essa situação, entre questões socioeconômicas, falta de rede de apoio das mães com filhos fora da UTI e até mesmo falta de interesse ou vínculo aparente com a criança. São variados os motivos pelos quais deixam os bebês sem acompanhamentos: a existência de outros filhos que não têm com quem deixar, falta de apoio da família ou do parceiro ou falta de interesse em permanecer na UTI ou UCI.

Em outro momento, a pesquisadora se posicionou no posto de enfermagem e em conversa com as profissionais do plantão, a interação reforçou que algumas famílias não são presentes no ambiente de cuidados intermediários. Foram relatados momentos em que, aos finais de semana, poucas famílias permaneciam com o acompanhamento, e para a equipe, era perceptível que as famílias presentes obtinham uma recuperação mais rápida e desfechos mais favoráveis dos seus bebês. Outro comentário, fez referência ao estabelecimento de vínculo, pois famílias não presentes, para as profissionais, aparentavam demorar mais para estabelecer vínculo afetivo com a criança.

Outro fator que chamou bastante atenção, foi o relato de que, em alguns casos, até mesmo a aparência dos prematuros, que muitas vezes não se aproxima da fisionomia de um bebê nascido a termo (que era esperado pelo imaginário familiar), segundo as profissionais, parece levar a dificuldades de aceitação daquela criança por parte da família. Os profissionais demonstraram preocupação com esse fator e ponderaram que esses casos são trabalhados com bastante diálogo, para compreender cada caso e assim tentar fortalecer a presença da família para colaborar na consolidação do afeto com os bebês.

Essa aproximação permitiu uma compreensão mais aprofundada sobre a realidade estudada. A partir dessas vivências em campo, a pesquisadora compreendeu que já tinha sido estabelecido um ambiente favorável para o início das abordagens individuais das mães presentes para a coleta de dados por meio de entrevista, iniciando então uma nova etapa da pesquisa.

3.2 Coleta de dados e aproximação das mulheres assistidas por meio de entrevistas

O instrumento escolhido para a coleta de dados primários junto às cidadãs assistidas na UCI, foi a entrevista semiestruturada, que apesar de conduzida a partir de um roteiro, pelo seu caráter exploratório, não se limita a ele de forma rígida, podendo ter acréscimos ou exclusões a depender da realidade e comportamento de cada indivíduo. (Kauark, p. 64. 2010). A pesquisadora solicitou autorização para a gravação de todas as entrevistas, o que permitiu

que o foco estivesse integralmente direcionado para a interação com a entrevistada e favoreceu a análise dos dados posteriormente.

A metodologia da observação continuou a ser utilizada nesse processo, pois, segundo Fonseca (2002), a observação se configura como um instrumento substancial para a coleta de dados, que “Poderão ser usados isoladamente ou suplementando dados recolhidos através de outros instrumentos de pesquisa, como por exemplo a entrevista”. Dessa maneira, foi utilizado o instrumento da observação sistemática no momento das entrevistas, estando a pesquisadora atenta aos comportamentos, emoções e condições individuais que podem influenciar nas respostas e expectativas de cada mãe. De acordo com Kauark, 2010, “Na observação, são aplicados atentamente os sentidos a um objeto, a fim de que se possa, a partir dele, adquirir um conhecimento claro e preciso. A observação deve ser exata, completa, imparcial, sucessiva e metódica.”.

No que se reporta aos riscos, os apresentados pela pesquisa foram mínimos. Atentando sempre para a possibilidade de dano emocional e social no momento da abordagem e direcionamento das perguntas, uma vez que a pessoa pode ficar constrangida em responder às perguntas ou não se sentir confortável. Porém, os riscos foram reduzidos pela orientação para suspensão da entrevista de maneira imediata em caso de intercorrências, dando a liberdade para que a pessoa fique à vontade para não responder questões que considere constrangedoras. Foi dada também a possibilidade de realizar a entrevista em um ambiente mais isolado, no qual a pessoa pudesse sentir mais conforto. Tudo isso, primando também pela garantia do respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como, os hábitos e costumes, sempre observando os sinais de desconforto.

O objetivo inicial era alcançar, pelo menos, 51% dos acompanhantes dos bebês da UCI, os participantes incluídos na amostra deveriam ser os responsáveis pelo acompanhamento dos bebês e ter participado do acompanhamento pré-natal, de modo a poder contribuir com o que foi vivenciado a partir dessa experiência. Durante os períodos de presença na UTI constantemente era perguntado pela pesquisadora a quantidade de leitos ocupados, constatando que no intervalo da pesquisa estiveram internados entre 11 e 19 bebês, incluindo duas famílias com gêmeos, que permaneceram internados durante todo o período da pesquisa. Dessa maneira, tivemos entre 9 e 17 acompanhantes, pela média desses números, para alcançar 51% dos acompanhantes da UTI, seriam necessárias sete entrevistas. Entretanto, foram entrevistadas 9 mães em acompanhamento integral de seus filhos na UTI, incluindo duas mães de gêmeos, o que superou as expectativas estabelecidas.

A maioria das genitoras optaram pela conversa próximo ao berço/incubadora dos filhos, com exceção de uma, que preferiu se dirigir a uma área de vivência disponibilizada com bancos e plantas na área da UCI. Todas as entrevistas foram realizadas com as mães, que durante o dia representavam 100% dos acompanhantes. Durante esse período foi observada a visita de alguns pais (normalmente os mesmos), mas por se tratar de apenas “visitas pontuais” ao longo do dia, dificultavam a abordagem, porquanto o foco primordial era atender as demandas dos bebês e de suas companheiras.

Figura 11



Registro de um pai realizando a posição canguru durante a visita – acervo HU-UFMA

As mães entrevistadas já passaram pela experiência do pré-natal e da internação de sua criança recém-nascida em ambiente de UTI, vivenciando na prática o que o acesso ao conhecimento ou a falta dele, podem acarretar. Para todas elas, foi pedida a assinatura do termo de consentimento (Apêndice 2), bem como a autorização verbal para a gravação da conversa. Após as entrevistas (Apêndice 1), as gravações foram transcritas e os apontamentos feitos para que o mínimo de informações fosse perdido. As respostas foram analisadas e organizadas em gráficos para facilitar a compreensão e destacar os pontos de maior relevância.

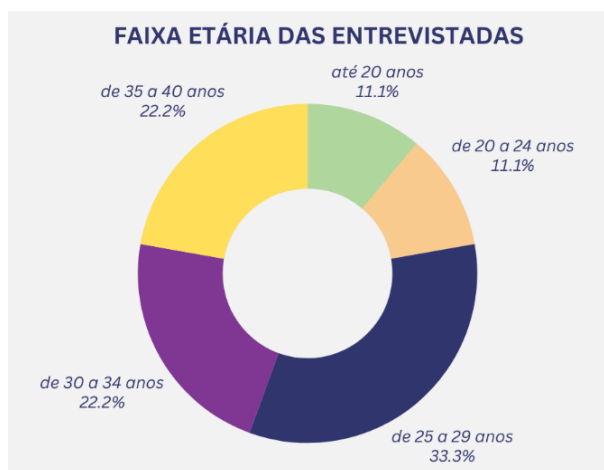
Figura 12



Registro de uma das entrevistas – acervo da pesquisadora

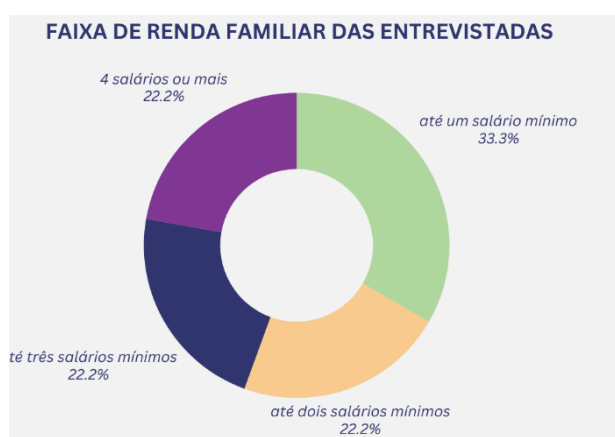
A abordagem com todas as mães se deu da mesma maneira. Inicialmente a pesquisadora entrava na UTI e observava a rotina. Aquela mãe que estivesse mais tranquila, interagindo, amamentando ou com o bebê dormindo, era abordada. Após perguntar se a mãe aceitava a conversa, a pesquisadora se apresentava, explicava o objetivo da pesquisa e como se daria a conversa, deixando claro que a participação seria livre e não obrigatória. Com algumas foi necessário retornar em outro horário ou dia indicados como mais oportunos. Após o aceite, a assinatura do termo (Apêndice 2), era pedida a autorização para a gravação da entrevista (Apêndice 1) e iniciada a conversa com base nas perguntas de caracterização do entrevistado dispostas no roteiro, obtendo os seguintes resultados:

Gráfico 01



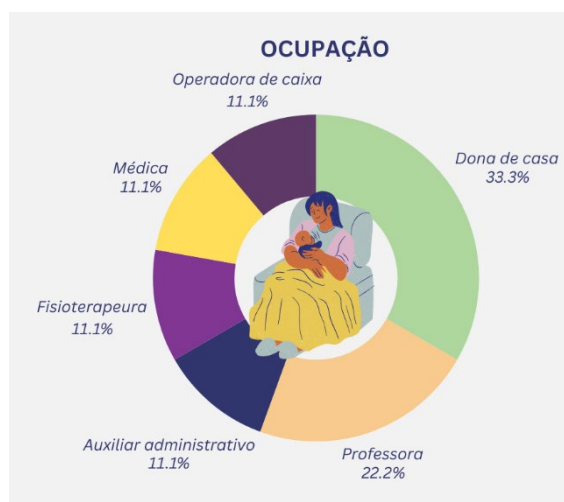
A maioria das mães entrevistadas se enquadrava na faixa etária de 25 a 29 anos, a mãe mais velha tinha 40 anos e a mais jovem 18 anos. Duas delas já tinham perdido bebês depois do nascimento em gestações anteriores e todas mencionaram o companheiro como principal apoiador, indicando que todas elas ainda se encontravam em relacionamento afetivo com os pais dos bebês. A renda familiar declarada pela maioria foi de até um salário-mínimo, mas tivemos entrevistadas distribuídas nas quatro faixas selecionadas.

Gráfico 02



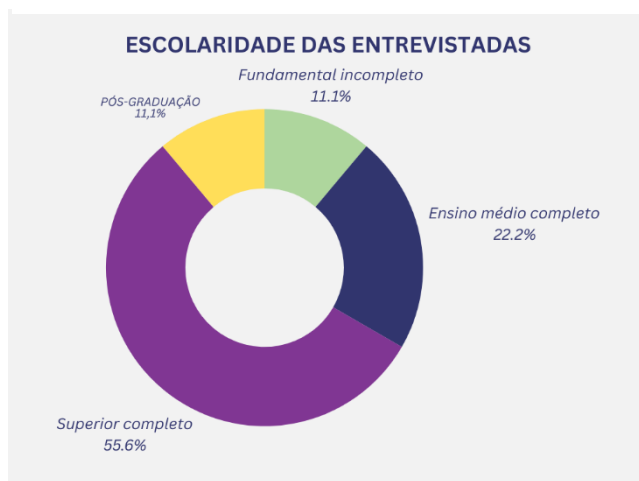
A escolaridade da maioria era o nível superior completo, somando a pós-graduação, totalizavam 66,7 %, o que levou a constatar que mais da metade das mães tiveram condições de acesso ao ensino e condições de obter boa compreensão em caso de recebimento de orientações e informações sobre o seu quadro de saúde e de seu bebê, bem como de opinar e participar do processo se assim quisessem. Apenas uma das mães declarou ter ensino fundamental incompleto, ainda assim, afirmou ser alfabetizada e ter compreendido bem as orientações repassadas.

Gráfico 03



A respeito das ocupações, três das entrevistadas se declararam donas de casa, entre elas as mais jovens e sem formação de nível superior. As 5 mães com graduação e/ou pós-graduação, tinham ocupação remunerada e, embora duas delas atuassem na área da saúde, nenhuma afirmou ter conhecimento prévio aprofundado sobre o Método Canguru, mesmo a que relatou atuar no pré-natal em um posto de saúde.

Gráfico 04



Quando indagadas sobre qual momento foi-lhes oportunizado o acesso a mais informações sobre o método canguru, todas as mães responderam que obtiveram esse conhecimento somente na chegada da UTI. Durante a gestação nenhuma delas recebeu informações ou orientações sobre prematuridade e as condutas de cuidado com o bebê em caso de nascimento prematuro, mesmo algumas delas apresentando gestações de alto risco ou gemelares, que por esses motivos, têm chances mais elevadas de ter um parto prematuro.

Quando questionadas se o recebimento antecipado de informações ajudaria a vivenciar essa experiência, a maioria delas afirmou que sim, mesmo as que anteriormente alegaram não ter sentido falta de nenhuma informação, reforçando o pensamento das autoras Inesita Araújo e Janine Cardoso, 2007, quando afirmam que as Políticas Públicas só saem de fato do papel quando sua existência é de conhecimento e ganha sentido para o público ao qual se destina. Dessa maneira, ao compreender que a informação poderia ter chegado de maneira mais antecipada, as mães manifestaram que isso teria contribuído para aumentar a segurança no processo e a confiança na condução do cuidado de seus filhos, como apontam os trechos das transcrições dispostos a seguir:

Eu acho que ajudaria sim, porque a gente já vai com preocupação. Acho que se tivessem dito: Olha, pode correr o risco de ter um parto prematuro, provavelmente lá para 30 semanas. Mas quando tem isso, tem o método Canguru. Eu acho que eu tinha me sentido mais segura”. (Mãe 1, entrevista 1. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

Olha. Em relação ao meu problema, que eu tive e por conta disso que ela nasceu prematura, que foi a pré-eclâmpsia, eu acho que deveriam ter me falado mais sobre, mesmo sendo médica, mas a gente às vezes passa por um lapso. Quando é com a gente, com os outros é diferente, mas quando é com a gente, a gente acha que não vai acontecer. (Mãe 2, entrevista 2. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

Eu acho que teria me ajudado, sim. Porque na realidade, quando eu realizei meu pré-natal, nem todos os médicos que eu passei foram os daqui. E me diziam que estava tudo bem. Que estava tudo bem, que era só eu diminuir a ingestão de sal, não me estressar muito. E aí eu não tive noção da real gravidade. A minha gestação poderia ter eclâmpsia, podiam falar que eu estava numa gestação de risco. Então para mim eu estava com um problema na minha gestação, mas algo que eu poderia lidar e levar a gestação sem nenhuma complicação, nem consequência. (Mãe 5, entrevista 5. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

Um ponto que não foi desconsiderado pelas entrevistadas, foi a importância de uma abordagem adequada. Uma das mães relatou que o profissional médico que a acompanhou seu pré-natal, chegou a mencionar a possibilidade de prematuridade para a sua gestação, no entanto,

a forma com a qual o assunto foi abordado gerou negação, preocupação e ansiedade que foram prejudiciais para a sua experiência. Sem maiores esclarecimentos, o assunto foi assimilado como um problema grave que iria afetar de forma substancial a saúde do bebê esperado.

E eu acho que falando antes e explicando de uma forma que a gestante não se sinta apreensiva assim, não se sinta nervosa, porque querendo ou não a gente fica. Lembro que na minha primeira gestação, quando o médico falou da possibilidade, eu saí de lá chorando, achando que minha filha ia nascer prematura, né? E que ela não resistiria, a primeira coisa que a nossa cabeça. Deu ansiedade. (Mãe 1, entrevista 1. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

Outra entrevistada, entendendo todo o processo, considera que as informações sobre o Método Canguru e cuidados em caso de nascimento prematuro devem ser passadas para a família somente nos casos em que o nascimento se concretiza nessas condições, manifestando preocupação com possíveis repercussões psicológicas, como ansiedade, que podem ser desencadeadas em algumas gestantes ao receber informações sobre possíveis desdobramentos inesperados em sua gestação. Para ela o assunto não parece característico de pré-natais, portanto se a informação se fizer necessária, deve ser com bastante cautela.

Em períodos de gestação, embora seja uma possibilidade para todas (a prematuridade). Acho que é um tema mais delicado. Não é um tema comum em pré-natais, né? E talvez devesse entrar. Mas também eu acho que careceria de um estudo mais no âmbito da psicologia multidisciplinar para ver sobre isso, né? Eu recebi as informações depois do nascimento, mas também quando as informações vieram. A gente foi acomodando elas e ajustando no tempo certo. (Mãe 4, entrevista 4. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

A mesma mãe, pontuou que a mobilização social e os desdobramentos das orientações em leis e regulamentos, seriam uma maneira de reforçar a obrigatoriedade do Método, não cabendo às famílias a responsabilidade de atentar para o recebimento do que lhe deveria ser garantido. Consciente de que a realidade atual não se constrói dessa maneira, ponderou que, a alternativa mais favorável seria informar de uma maneira geral que esse processo existe, para todas as gestantes, sem rotular uma ou outra situação como mais suscetível à prematuridade. Focando sobre os benefícios do contato pele a pele e nos desdobramentos de cuidado que podem ser úteis para todas as gestantes.

Corroborando com essa contribuição, ao serem indagadas sobre as informações que gostariam de ter recebido durante seus pré-natais, outras mães também citaram um anseio por mais orientações de cuidado, sendo esse um ponto detectado como oportuno para despertar a atenção das gestantes no conteúdo sem focar em primeira mão na prematuridade, evitando gerar impactos negativos para essa comunicação.

O que eu mais queria saber era da necessidade do bebê, sobre cuidar dele e entender. Eu sou mãe de primeira viagem, não é? Então não faço ideia. As coisas a gente vai descobrindo no decorrer do tempo. (Mãe 9, entrevista 9. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

Queria receber sobre os conhecimentos para cuidar melhor dele, porque é primeiro filho, aí ainda estou aprendendo. (Mãe 7, entrevista 7. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

Sim. não houve nada como a gente aprendeu aqui, e eu acho que mesmo se ele não fosse prematuro, tivesse nascido na data melhor para ele. Era importante fazer Canguru por conta da temperatura após banho, como eles falaram. A gente teve uma aulinha aqui, como seria a forma de banhar, botar no Canguru. Fora os outros aspectos, entendeu? Ajudar a cólica, ajudar ele ficar mais quentinhos. Isso não foi me passado desde o começo, entendeu? Eu fiquei 6 meses lá (no pré-natal) e durante esses 6 meses não passaram nada.(mãe 6, entrevista 6. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

O caráter apontado como mais desafiador para a maioria das mães entrevistadas, foi a experiência de ver o bebê na UTI. O ambiente, os aparelhos, o distanciamento, desfechos negativos de outros bebês, o tamanho pequeno e as intervenções, geraram na maioria das mães um grande medo, ansiedade e preocupação ao saber que o bebê precisava indispensavelmente de todo aquele aparato para a sua recuperação.

Quando o bebê nasce, que ele não está dentro do período que é para nascer, a gente sabe dos riscos que tem. E quando falam assim: vai pra UTI, a gente já sabe que é porque o teu bebê corre risco de vida. Mesmo que ele tenha nascido estável, mesmo que ele não tenha, não teve necessidade de ser entubado, ficou só no oxigênio, mesmo assim a gente já pensa, será que vai resistir? Dá medo, entendeu? E aí a gente fica nessa apreensão mesmo”. (Mãe 1, entrevista 1. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

Porque assim, a gente sempre pensa o pior caso, né? Eu estava com a pressão alta. Eu estava com muito medo. Era a minha primeira filha já. E olha, foi uma experiência muito assustadora para mim. Porque na minha cabeça minha filha ia ser entubada. Eu já tinha feito várias tentativas de engravidar, nunca tinha engravidado. Então a minha gestação foi algo que eu já queria há muito tempo, porém, só veio agora. E aí veio de um jeito que não era planejado. (Mãe 5, entrevista 5. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

Eu ficava muito tensa, me preocupava com o meu também, mas eu continuava orando e eu também não só orava pelo meu filho, orava por todas as crianças também, entendeu? Estávamos todos no mesmo barco. Tinha medo do que poderia acontecer com ele, poderia acontecer com todos também, mesmo com moderação diferente. (Mãe 6, entrevista 6. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A

entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

Todas as entrevistadas se identificavam com o gênero feminino e relataram estar se dedicando integralmente ao cuidado dos bebês desde o nascimento. As mães entrevistadas, considerando diferenças comportamentais como timidez ou maior facilidade de comunicação, apresentavam receptividade com a interação. Foi possível observar que todas elas apontavam o companheiro como principal apoio durante a experiência. Nas acompanhantes não abordadas ou que apresentaram negativa na participação, foi observado o comportamento de desconforto e fuga, chegando a se cobrir com o lençol ou fechar os olhos a qualquer movimentação para o diálogo. Levantando a indagação se naqueles casos de mais aparente exaustão, existia também apoio paterno, ou de outro familiar.

Sobre a relevância do Método Canguru para as famílias, todas as mães entrevistadas reconheciam os benefícios e, apesar de associarem na maioria das vezes todo o método à posição canguru e ao contato pele a pele, declararam que puderam observar de maneira nítida a evolução no desenvolvimento e recuperação do bebê e, mesmo sem perceber que toda a estrutura estava organizada para promover outras prerrogativas do método, usufruíam do espaço de maneira plena, permanecendo com seus filhos e se tornando protagonistas do cuidado.

Sim e eu acredito que isso ajudou muito no ganho de peso, que era o principal motivo da gente estar aqui. Foi muito bom para ela sentir que tem o afeto, tanto o meu, quanto do meu esposo também. Ele realizou muito. Todos os horários da dieta, a gente fazia com ela no Canguru. Ficava de 2 a 3 horas lá na UTI. Até hoje eu fico, quando ele chega, ele fica também. E aí eu passo o dia sempre quando dá, né? Aí às vezes aperta para fazer alguma coisa, mas tento ficar o máximo de tempo possível, porque eu acredito que isso ajudou ela emocionalmente a lutar pela vida”. (Mãe 5, entrevista 5. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

Depois o desenvolvimento deles foi outro. Eles começaram a ficar mais ativos, porque até então o (nome da criança) estava sedado. E aí a gente sempre ia e colocava no Canguru pelo menos 2 vezes ao dia, né? Na UTI e aqui também. (Mãe 3, entrevista 3. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

Na pergunta direcionada para as melhores estratégias para apresentar as informações sobre o Método Canguru para as gestantes, a maioria delas demonstrou o anseio para que o assunto fosse abordado de maneira geral pelos profissionais durante o acompanhamento. Assim, rodas de conversa, diálogo, palestras e abordagem profissional foram unanimidade para as entrevistadas, surgindo a partir daí o desafio de agregar essa tática ao desenvolvimento do produto, de maneira a fomentar e incentivar que os profissionais que acompanham às gestantes possam esclarecer as dúvidas, informar e tranquilizar as mães durante o pré-natal, pois em caso

de prematuridade, existem profissionais capacitados e tecnologia disponível para promoção da recuperação do bebê.

A conversa ajudaria muito. Eu não tive essa conversa em lugar nenhum, por isso que eu estou dizendo. Eu vim ter conhecimento do Canguru aqui, eu não conhecia. Até na minha primeira gestação eu não ouvi falar porque eu não fiz método Canguru, até por conta da cabecinha dela, que era muito grande. Eu não fiz método canguru. Tanto que quando eu cheguei aqui a enfermeira disse: vamos fazer o método canguru? E eu disse: o que é Método Canguru? Eu fiz a pergunta, ela me explicou. E na mesma hora eu fiz, e a partir daí criamos um vínculo muito grande. (mãe 2, entrevista 2. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

Vídeos porque é importante, né? Nem toda mãe é alfabetizada, mas também colocar palestras, na maternidade. Na questão do pré-natal e fazer uma roda de conversa. Falar sobre o método Canguru, demonstrar como é. Eu creio que é saúde pública mesmo. (Mãe 3, entrevista 3. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

Acho que pode ser nas consultas pré-natais, né? Campanhas também podem ajudar bastante, mas eu acho que o fortalecimento maior é com o profissional ali no pré-natal, explicando que existe o método Canguru, que ajuda na amamentação e na recuperação do bebê. (Mãe 5, entrevista 5. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

Acho que a equipe é maior. É porque mesmo com vários tipo plaquinhas, eu não ficaria tão interessada e também acho que muitos nem iriam entender, né? Então melhor falar, explicar, mostrar a forma certa. (Mãe 6, entrevista 6. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

Então acho assim, que se a gente tivesse tido um acompanhamento para falar sobre isso no pré-natal, da importância do contato com o bebê, do contato com o pai também, a gente só vai saber quando chega aqui. A equipe conversando e um vídeo também é bem explicativo, sabe? (Mãe 9, entrevista 9. [agosto,2024]. Entrevistadora: Luciana Nunes. São Luís, 2024. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice 7 desta Dissertação).

A constatação mais interessante é que, por mais que estejamos inseridos em uma realidade repleta de informação que se propaga por diversas mídias e tecnologias constantemente, para as entrevistadas, durante a gestação, quem detém a maior autoridade para orientar, esclarecer e dar relevância para alguma temática, é o profissional de saúde e predominantemente por meio de diálogo. Durante as entrevistas, as gravações permitiam que a pesquisadora focasse atenção nas expressões e comportamentos, e as demonstrações de maior decepção e descontentamento se davam pelas mães que tiveram complicações mais severas. Essas consideravam que não tinham sido alertadas ou informadas de forma clara sobre a real situação durante seus acompanhamentos de pré-natal.

Uma das entrevistadas chegou a pontuar que acredita que se as orientações e esclarecimentos dos profissionais fossem mais claros sobre a sua real situação, ela poderia ter intensificado os cuidados e assim, teria a oportunidade de poder prolongar a gestação por mais tempo. Dessa maneira, percebe-se que por mais que as mães temessem as implicações psicológicas que uma abordagem negativa sobre prematuridade e Método Canguru pudessem gerar antecipadamente, ao passar pela situação, se sentiram descontentes por não terem tido conhecimento prévio sobre o seu real quadro e o segmento para possíveis complicações, sempre indicando os profissionais de saúde como principais agentes responsáveis por esses esclarecimentos.

Além disso, vídeos explicativos também foram indicados como uma estratégia positiva a ser utilizada, por facilitar a compreensão e por dar a possibilidade de, além de orientar, demonstrar os processos comunicados, para melhor compreensão mesmo das pessoas não alfabetizadas. Duas das entrevistadas pontuaram ainda que todas as estratégias possíveis deveriam ser incorporadas a esse propósito, pois cada indivíduo tem suas preferências e receptividade maior ou menor a cada ferramenta. Para facilitar a compreensão, as estratégias apontadas pelas entrevistadas foram organizadas no gráfico abaixo:

Gráfico 5



A partir desses resultados, ficou evidente a necessidade de adaptação do artefato inicialmente proposto: elaboração de vídeos educativos. Os achados indicam que a abordagem audiovisual e outras possíveis, para maior efetividade devem estar inseridas na rotina assistencial, sendo o profissional de saúde o emissor principal e mais efetivo para as conversas com as gestantes, de modo que são percebidos enquanto representação de propriedade e autoridade de fala. O grande desafio, se tornou pensar em uma estratégia que conseguisse

incentivar esse diálogo, oportunizar interação e ao mesmo tempo, atentar para uma abordagem leve e positiva sobre uma temática delicada.

Para essa finalidade, surgiu a proposta de elaborar um Guia estruturado que possibilita aos profissionais, mesmo diante da rotina intensa, se utilizar desse recurso para conduzir o processo de orientação, esclarecimento e fortalecimento do Método Canguru, agregado a outras informações de interesse das gestantes e suas famílias, como orientações sobre cuidados básicos com o bebê, para gerar mais envolvimento e interesse.

Nesse contexto, para verificar os posicionamentos e contribuições dos profissionais, além das indicações técnicas das informações a serem inseridas, partimos para a coleta de dados via questionários (Apêndice 3 e 4), cujos achados mais relevantes serão apresentados a seguir.

3.3 Coleta de dados com os profissionais de saúde

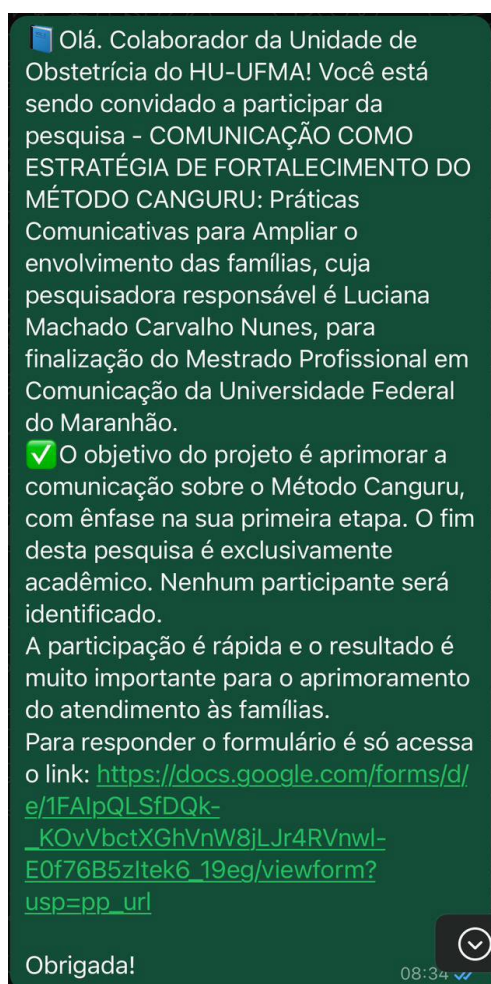
Para o delineamento dos conteúdos técnicos a serem abordados no artefato, foi iniciada a aplicação de formulários com perguntas abertas e fechadas. Os questionários (apêndice 3 e 4) foram criados pelo *google forms*, com texto explicativo, mais a obrigatoriedade de concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 5 e 6) para seguimento para as questões. A partir daí foi iniciado um intenso trabalho de divulgação, conversa e convencimento para buscar uma maior adesão à participação.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Perinatais, o objetivo principal foi identificar quais os conteúdos técnicos essenciais a serem disponibilizados para os usuários sobre o Método Canguru, bem como as maiores dificuldades observadas nas famílias que chegam à unidade e que podem ser trabalhadas por meio da comunicação. O questionário aplicado se encontra no apêndice 3, sendo composto por 8 perguntas, sendo quatro questões fechadas de múltipla escolha, e outras quatro com espaços para digitação das respostas, oportunizando a indicação de conteúdos não apontados nas opções anteriores.

Com a equipe da Unidade de Obstetrícia do HU-UFMA, o objetivo é compreender as nuances do campo onde o artefato proposto será implementado. Para isso, a proposta também foi de aplicação de questionário, apêndice 4, com o objetivo de compreender a realidade de trabalho destes profissionais que são os responsáveis pela implementação e manutenção da prática comunicativa sobre o Método Canguru no pré-natal. O formulário foi composto por nove perguntas (quatro perguntas abertas e 5 fechadas), com o intuito de caracterizar o público, coletar contribuições e observar de que maneira seria possível ampliar a aplicabilidade do

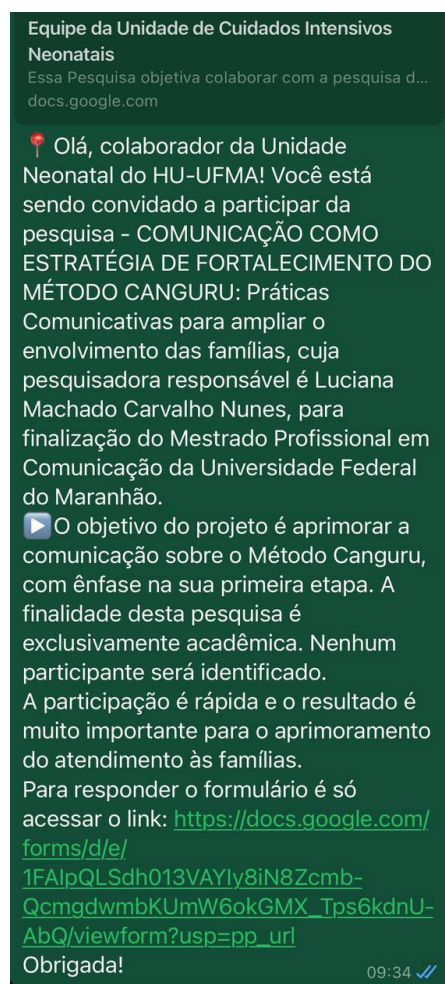
produto. A utilização de perguntas abertas e fechadas se dá para possibilitar a obtenção de dados mais completos. De acordo com Fonseca, 2022, ao propor questões fechadas, o pesquisador priva-se de informações que, em alguns casos, poderiam ser úteis, por esse motivo é vantajoso dar a possibilidade de uma resposta "aberta". Em ambas as situações, a pesquisadora participou de reuniões com lideranças das unidades, anteriormente ao envio dos questionários, explicando aos trabalhadores sobre a realização da pesquisa e incentivando a participar e a contribuir para uma melhor interação com o paciente. Após isso, um link do *google forms* foi enviado junto a um texto explicativo, diretamente para o *WhatsApp* dos profissionais que passaram os contatos, bem como chefias e lideranças para propagação com os pares.

Figura 13



Print da mensagem enviada para os colaboradores da Unidade de Obstetrícia

Figura 14



Print da mensagem enviada para os colaboradores da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Como cálculo amostral para obtenção de resultados representativos, tivemos como base o número médio de colaboradores das áreas estudadas. Considerando um erro amostral de 8% e um nível de confiança de 90%, distribuído de forma homogênea (80/20), foi utilizado o

programa “Comentto” para realizar o cálculo amostral para cada área descrita e assim definida a quantidade de formulários a serem aplicados com base no número total de profissionais atuantes na unidade, a saber: Unidade de Obstetrícia – 56 questionários, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – 51.

A partir daí se iniciou um longo processo de convencimento e tentativas, que muitas vezes não obtinham resultados para aumentar o número de respostas. Diante desse cenário, mesmo com proposta inicial de envio somente via digital, a pesquisadora também foi para campo tentar realizar aplicação dos questionários com os profissionais pessoalmente, o que esbarrava também na rotina extensa de atividades e indisponibilidade para conceder pelo menos alguns minutos para participar. Para melhorar o alcance, a pesquisadora também compareceu a treinamentos das áreas e pediu apoio dos organizadores para divulgar a pesquisa, inclusive criando uma arte com QR Code que foi exibida em eventos que envolviam os profissionais das Unidades.

Figura 15



Arte feita pela pesquisadora para divulgação da pesquisa

Figura 16



Projeção da arte em evento para os profissionais das áreas

Primeiramente apresentaremos os dados levantados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, onde a quantidade de 51 formulários foi alcançada e nos oportunizou ter percepção dos profissionais que atuam diretamente com as famílias que passam pelo processo de assistência dos filhos após o nascimento prematuro, o que foi muito importante para a escolha dos conteúdos a serem trabalhados e também corroboraram com informações obtidas a partir do diálogo com as mães.

3.3.1 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O preenchimento se deu majoritariamente por profissionais do sexo feminino, que compõe grande maioria da equipe. Diversas categorias profissionais foram alcançadas com uma participação importante que aponta a visão de grande parte da equipe multiprofissional.

Ao serem questionados sobre a importância de orientar as famílias a respeito do método canguru ainda no pré-natal, 100% dos participantes afirmaram que essa abordagem seria importante e necessária, demonstrando que nessa etapa é consensual o conhecimento de que o início do Método não deve se dar somente na Unidade Neonatal. Os dados descritos podem ser observados mais detalhadamente nos gráficos a seguir:

Gráfico 6

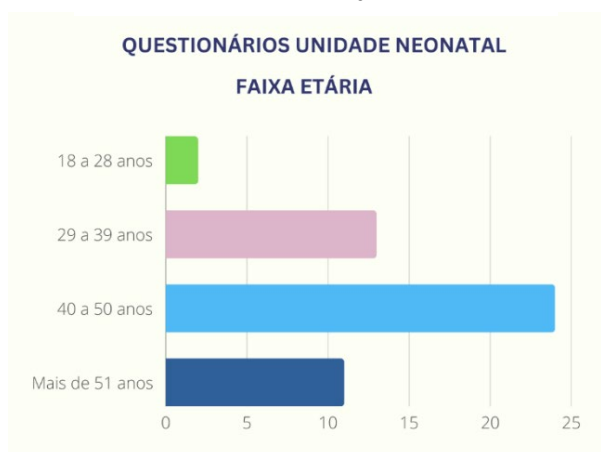


Gráfico 7

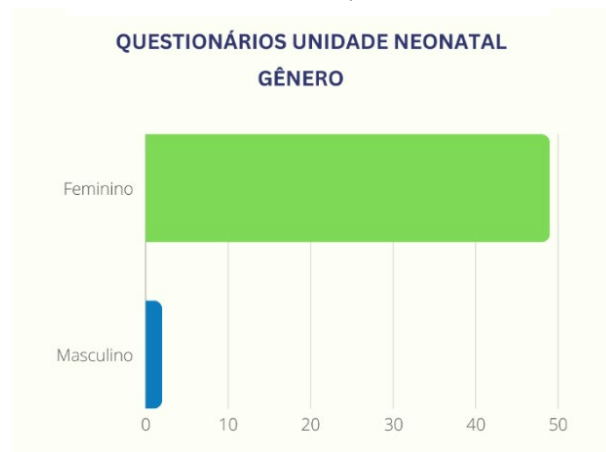
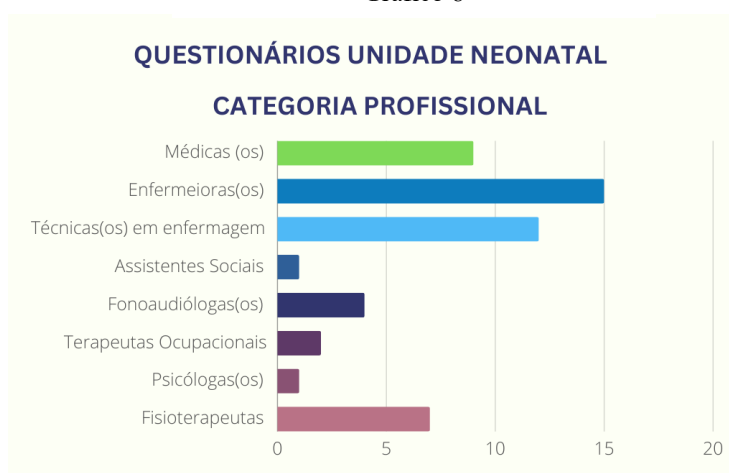
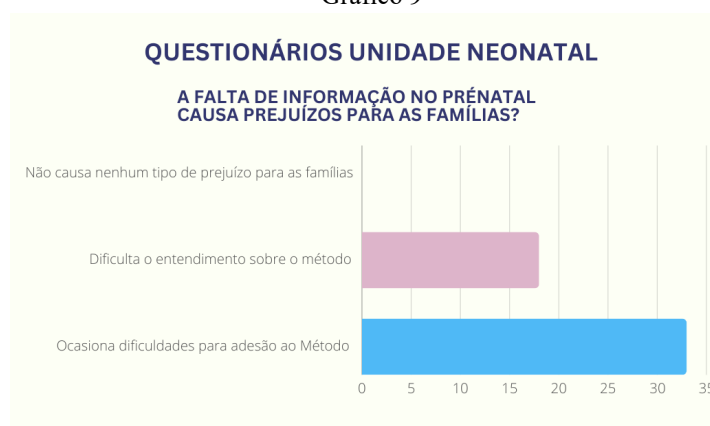


Gráfico 8



Uma das questões indagava os profissionais sobre as consequências da falta de informação sobre o Método Canguru no pré-natal. Nas respostas, nenhum deles selecionou a opção de que esse fator não traz prejuízos, dezoito assinalaram que essa ausência dificulta o entendimento ao chegar na Unidade Neonatal e trinta e três assinalaram que além de dificultar o entendimento, a ausência de informações dificulta a própria adesão ao método.

Gráfico 9



Na justificativa para essas escolhas, obtivemos 39 respostas discursivas e um dos fatores apontados como determinantes para que as famílias não se engajassem plenamente às proposições do MC foi que, por se tratar de uma tecnologia leve, muitas famílias não a compreendem como essencial e podem até mesmo negligenciar o cuidado por achar “besteira” considerar que a presença e o contato com os pais têm papel terapêutico para a recuperação de um bebê prematuro. As respostas que representam os entendimentos da maioria, seguem descritas nos tópicos abaixo:

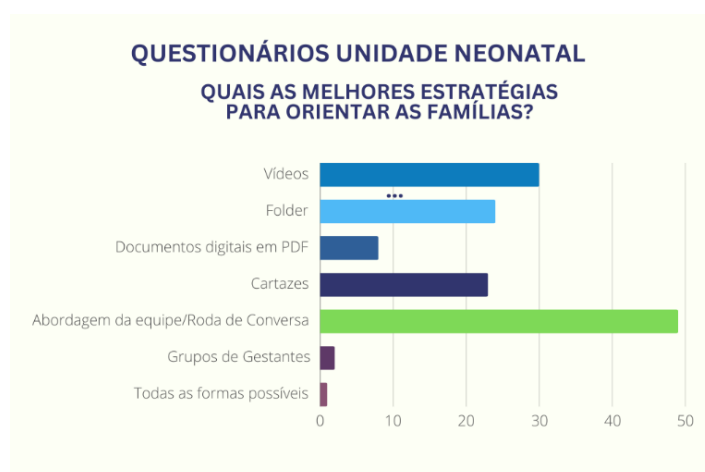
- Pessoas sem conhecimento prévio têm maior resistência ao método canguru, pois consideram que o mesmo só acostuma as crianças ao colo, e que isso não traz benefícios significativos, causando baixa adesão ao MC;
- Pessoas com o conhecimento tardio sobre MC, recebem as informações num momento bem delicado e com sobrecarga de informações, o que compromete o entendimento e consequentemente a participação da família no método;
- Grande insegurança familiar ao toque no MC, pela fragilidade dos bebês;
- A adesão e o protagonismo dos pais, quando essas informações são dadas previamente, são maiores e essenciais para a recuperação e cuidado do bebê.

Essas considerações corroboram com o objetivo da pesquisa, de maneira que a comunicação, se faz imprescindível para o processo de apropriação do conhecimento por parte das famílias, pois sem comunicação, não há compressão e nem uma geração de sentido capaz de ocasionar mudanças ou orientar comportamentos (Cardoso, 2007). No questionamento sobre as melhores estratégias, na visão dos profissionais da Unidade Neonatal, sobre como alcançar as famílias de maneira mais efetiva, a abordagem da equipe/roda de conversa, foi assinalada por 49 dos 51 participantes, sendo a opção mais escolhida seguida de vídeos, opção escolhida

por 30 profissionais. Na sequência, apareceram folders e cartazes com 24 e 25 marcações respectivamente.

Esse dado coaduna com o resultado da coleta de dados obtida por meio das entrevistas com as mães que acompanham os filhos prematuros, indicando que a equipe está atenta e em sintonia com os anseios das famílias. Os dados completos foram organizados no gráfico a seguir:

Gráfico 10



Em relação aos conteúdos a serem abordados, os profissionais citaram: O que é o Método Canguru? Como ele funciona? E, principalmente, quais os benefícios do contato pele a pele e as contribuições para o aleitamento materno?

Alguns profissionais também sinalizaram a importância de tentar desmistificar o ambiente da UTI, pois ele costuma causar muito medo e sensações negativas nas famílias, no entanto, é essa estrutura que dá condições para que muitos bebês possam sobreviver e se recuperar após o nascimento prematuro. A pesquisa foi finalizada com uma questão aberta na qual os profissionais deveriam descrever a maior dificuldade observada nas famílias assistidas, com as respostas mais representativas citadas nos tópicos a seguir:

- O desconhecimento dos benefícios do método tira a possibilidade da família exigir que seja realizado;
- Falta de apoio familiar gera sobrecarga as mães e causa estresse, falta de sono e prejudica a amamentação;
- Insegurança, medo, e nervosismo, por parte da mãe e da família, dificultam a prestação de cuidados aos bebês;
- Ausência materna no hospital: por questões financeiras ou outros filhos;
- Medo que o bebê piore ou não sobreviva ao contato.

Grande parte dos profissionais demonstraram preocupação com o aparente medo das famílias, bem como a preocupação de prestar os cuidados ao bebê. Destacaram também a preocupação pela ausência de algumas famílias no ambiente da UTI, o que prejudica a aplicação do Método, nesse quesito destacam que o aprimoramento da estrutura para o oferecimento de mais conforto para as famílias, poderia ajudar a incentivar a permanência. Outro fator importante apontado foi o estímulo à participação da rede de apoio, pois a sobrecarga materna também é um fator que pode prejudicar os cuidados e, a partir daí, o desenvolvimento do RN.

De posse dessas dificuldades que impactam a rotina de cuidado, buscaremos abordá-las na construção do artefato, a fim de que as famílias possam ter os seus horizontes ampliados antecipadamente e assim participar e contribuir de maneira mais ativa nos cuidados com o bebê em caso de uma internação em UTI neonatal. No entanto, uma etapa ainda se faz necessária para o desenvolvimento do artefato, que é compreender a realidade do acompanhamento pré-natal e identificar o porquê, apesar de já ser preconizada pelas diretrizes do Método Canguru a necessidade de orientação familiar desde o pré-natal, isso de fato ainda não é uma realidade, além de compreender de que maneira a comunicação pode ser aliada para o fortalecimento desse processo. Para isso foi realizada a coleta de dados junto aos colaboradores da Unidade de Obstetrícia do HU-UFMA.

3.3.2 Aplicação de questionários na Unidade de Obstetrícia

A aplicação da pesquisa na Unidade de Obstetrícia apresentou um desafio ainda maior. Por mais que fossem realizados diálogos, divulgações em grupos e eventos, a baixa adesão se tornava uma grande preocupação para a pesquisadora que precisou se debruçar sobre qual poderia ser a explicação para essa tão baixa participação. A explicação veio a partir da observação mais criteriosa da rotina do serviço. Muitos dos colaboradores da unidade não se identificaram com o objeto da pesquisa e não encontraram sentido e motivação para participar, isso porque, o serviço se organiza em atividades diversas e nem em todas elas, o pré-natal se enquadra na rotina de assistência.

No campo de pesquisa, o Centro de Parto, por exemplo, bem como o acolhimento de emergência de gestantes, são áreas ligadas à Unidade de Obstetrícia que funcionam 24 horas por dia, no entanto, o contato daqueles profissionais com as famílias é restrito a atendimentos de emergência e ao parto, não perpassando pelo pré-natal. Com essa constatação, foram realizadas conversas com alguns gestores ligados à unidade a fim de obter a quantidade de profissionais ligados ao pré-natal (ambulatório) e a internação de gestantes, local onde são

acolhidas as mulheres que apresentam alguma complicação e precisam ficar sob cuidados hospitalares antes do bebê nascer. Dessa forma, foi possível obter informações sobre o público de interesse da pesquisa, que são os profissionais que de fato assistem às gestantes.

O dado obtido foi de que 326 profissionais ligados à UO, 151 atuam na assistência das famílias antes do nascimento do bebê, podendo assim de fato intervir para uma abordagem sobre o Método Canguru ainda nessa fase. Destes, 21 profissionais de saúde atuam diretamente no acompanhamento pré-natal (ambulatório). A partir daí, se mostrou necessária a mudança de estratégia de aplicação do questionário, focando pessoalmente na participação dos profissionais do atendimento pré-natal e dos gestores, obtendo 27 respostas. A maioria dos participantes foram do sexo feminino, cujos dados de caracterização serão organizados nos gráficos a seguir:

Gráfico 11

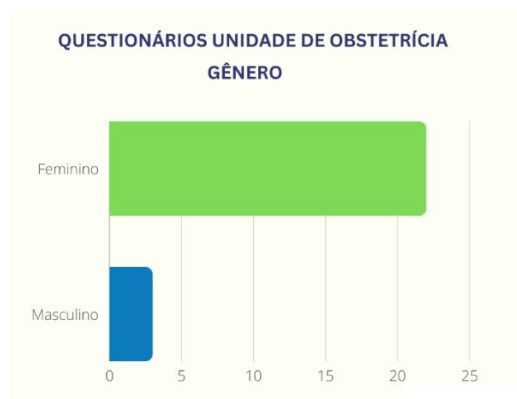


Gráfico 12

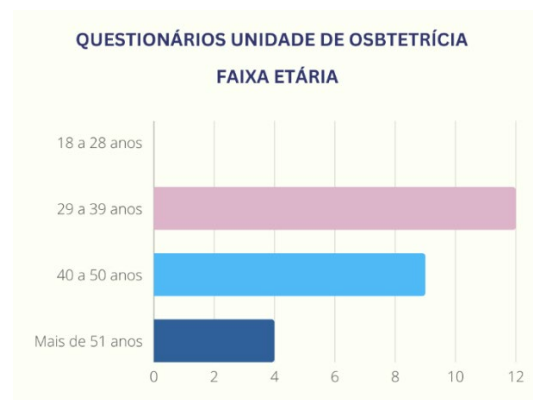
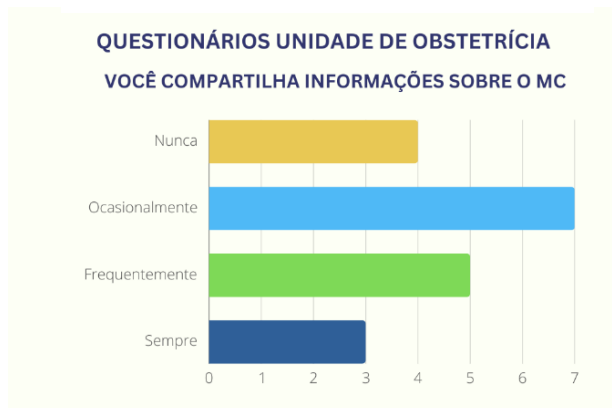


Gráfico 13



A grande maioria dos participantes são formadas por enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, respectivamente. Após as perguntas de caracterização do participante, as questões iniciais indagavam se o profissional conhecia o MC e se considerava importante a divulgação de informações sobre ele desde o pré-natal. As respostas foram unânimes, com 100% dos participantes assinalando que sim. No entanto, na questão que perguntava a frequência em que essas informações eram passadas às famílias no pré-natal, a maioria das respostas apontou que somente de maneira ocasional, como mostra o gráfico a seguir:

Gráfico 14

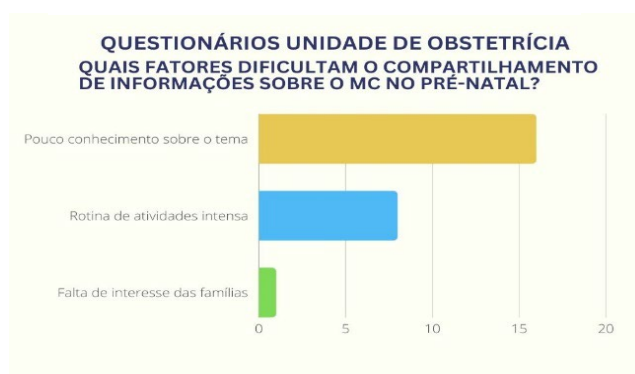


Das entrevistas, 21 pessoas responderam que mesmo de maneira ocasional, abordam o Método Canguru no pré-natal, e ao serem questionados na questão seguinte sobre de que maneira se dava essa abordagem, obtivemos respostas como as descritas nos tópicos abaixo:

- Compartilham informações sobre o método para famílias que têm alguma chance de ter bebês prematuros;
- Informação como educação para saúde ou conversa informal;
- Conversa informal, quando alguém manifesta medo de ficar longe do bebê, por alguma complicação;
- Palestras no Alojamento Conjunto.

Obtivemos também um resultado conflitante com a afirmação de que 100% dos participantes conhecem e consideram o MC importante, com a questão que inferiu sobre as dificuldades que impactavam para o não compartilhamento de informações sobre o método no pré-natal. Oito dos participantes alegaram não deter conhecimento suficiente sobre o tema, como justificativa para não tratar o assunto com as famílias em acompanhamento.

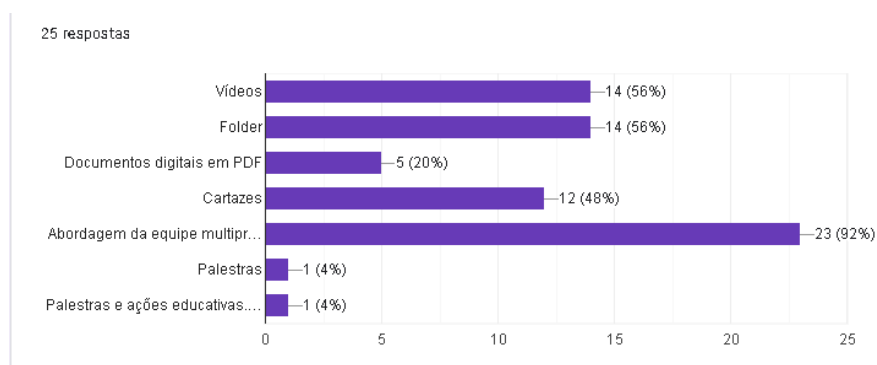
Gráfico 15



Esse dado mostra que, por mais que conheçam a temática e saibam de sua importância no contexto de uma gestação, alguns profissionais ainda precisam obter maior apropriação das informações e abordagens para se sentirem preparados para a orientação das famílias.

Todos os participantes assinalaram que acreditam que uma estratégia de comunicação pode colaborar para que as informações sobre o Método Canguru cheguem de maneira mais efetiva até as famílias atendidas. Para finalizar, responderam quais eram as estratégias consideradas mais oportunas para esse propósito. Ficou permitida a marcação de mais de uma opção e o resultado também coadunou com o que foi constatado nas pesquisas com os públicos anteriores. A estratégia mais apontada foi a abordagem do profissional de saúde por meio de palestras/diálogo e/ou roda de conversa. Essa alternativa foi assinalada por 25 dos 27 participantes, alcançando a porcentagem de 92%, seguido em sequência também pela opção vídeo e folder, ambas alcançando a marca de 56%, como mostra o gráfico a seguir:

Gráfico 16



A partir dos resultados obtidos em campo, foi evidenciado que tanto para as famílias assistidas quanto para os prestadores de cuidado, que são os principais agentes responsáveis pelo aprimoramento do início da primeira etapa do MC, no que concerne ao pré-natal, o engajamento e atuação do profissional no esclarecimento da temática são preponderantes para oportunizar o conhecimento, orientação e conscientização das famílias. Observando esses resultados, surgiu a necessidade de considerar essa constatação na construção de um artefato que possa incentivar nos profissionais o hábito do diálogo, reforçando essa responsabilidade para com as famílias.

Os vídeos anteriormente propostos, foram a segunda estratégia mais votada nas pesquisas por todos os públicos estudados, dessa maneira, apresenta uma efetividade e potencial de incorporar o artefato e contribuir para a abordagem das temáticas mais sensíveis, como o medo da UTI e a ansiedade gerada pela possibilidade de prematuridade, de maneira mais leve e planejada. Além de oferecer um recurso que dá dinamismo e favorece a abordagem às cidadãs.

Reunindo essas necessidades encontradas, a proposta de artefato se reconfigura para a construção do Guia de Comunicação Acolhedora no pré-natal: roda de conversa bem-vindo, bebê!

A proposta do material é organizar e planejar a abordagem às famílias durante o atendimento pré-natal, fornecendo aos profissionais um guia estruturado de informações a serem trabalhadas e incluindo de maneira leve o Método Canguru nessa proposta. As temáticas abordadas promovem a iniciativa do diálogo e a conscientização de gestantes e seus familiares sobre a existência e importância do Método. A inserção do conteúdo audiovisual, se dará de maneira associada, como recurso a ser utilizado durante a abordagem das famílias, para maior dinamismo e motivação da equipe que contará com mais suporte para a condução das temáticas mais sensíveis. Atentando para o estabelecimento de uma comunicação leve e acolhedora, que agregue segurança às gestantes e suas famílias

A necessidade de uma abordagem tranquila e acolhedora foi apontada como fundamental pelas mães para que os objetivos propostos pela comunicação fossem alcançados. A partir daí se fez indispensável discutir brevemente o aporte conceitual que norteará a orientação de abordagem direcionada aos profissionais, a ser trabalhada na construção do material.

3.3.3 Comunicação acolhedora, humanizada e empática no acompanhamento pré-natal: a centralidade nas necessidades das famílias para uma orientação efetiva

O “Guia de Comunicação Acolhedora no pré-natal: roda de conversa bem-vindo, bebê!”, traz para os profissionais atuantes no pré-natal, um apanhado de orientações que, ao serem trabalhadas com as gestantes e suas famílias, contribuirão para o estabelecimento de uma relação de confiança e o favorecimento de uma conexão positiva das famílias e seus prestadores de cuidado. Esses conteúdos, foram apontados a partir da detecção dos maiores interesses e necessidades das mulheres que serão receptoras desse conhecimento. Dessa maneira, se fornece uma base sólida que acarretará maior segurança em relação aos cuidados com seus bebês e despertará o interesse e o engajamento na assistência proposta, inserindo aí o Método Canguru.

No entanto, para que isso se efetive na prática, ao abordar o Método Canguru e a prematuridade com gestantes e seus familiares, é importante ser sensível e cuidadoso, oferecendo informações de forma encorajadora e sem gerar preocupações desnecessárias. Por isso, uma orientação de abordagem centrada na comunicação será oferecida como suporte a esses profissionais, indicando sugestões para lidar com esses temas de maneira acolhedora.

A partir da pesquisa com as mães de prematuros, observou-se que, para elas, a chave para uma abordagem leve e que não gere ansiedade e tensão para as gestantes e seus familiares é apresentar as informações com foco em soluções, confiança e apoio, sempre transmitindo segurança, otimismo e empatia com a situação vivenciada.

A empatia é uma dimensão crucial nas relações interpessoais em saúde. Ela envolve a capacidade de se colocar no lugar do outro, compreendendo os seus sentimentos e experiências pessoais. No ambiente hospitalar, a empatia é fundamental para entender e perceber o utente, com todos os seus medos, preocupações e expectativas. Esta compreensão, está associada ao aumento da satisfação dos utentes perante os profissionais de saúde, levando a uma diminuição do número de queixas por parte dos pacientes (Soares Silva, 2017, p. 14).

Tão ou mais importante do que o conteúdo direcionado às cidadãs em atendimento, está a postura do profissional que conduzirá a abordagem, bem como a alteridade e a predisposição para a escuta e validação das vivências e conhecimentos dos indivíduos ali presentes. Cada família à espera de um bebê, vivencia um momento único e especial que não pode ser rotulado ou desconsiderado durante a assistência do profissional. Orientações dessa natureza estão presentes na Política Nacional de Humanização (PNH), que em seu glossário conceitua acolhimento como:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

Entre este e outros conceitos, a PNH preconiza que a centralidade no indivíduo não seja perdida, pois o cidadão não se restringe à condição que o levou a buscar um serviço de saúde, mas todas as suas prerrogativas e vivências. Diversas pesquisas na área da saúde, abordam a comunicação como preponderante para uma assistência humanizada. A partir das inferências de Silva, 2017, identifica-se que mesmo os profissionais de categorias essencialmente assistenciais, reconhecem que o conhecimento técnico precisa estar associado ao comportamento humano, empático e a capacidade de escuta, para que cada cidadão possa ser alcançado de maneira particular e correspondente com os seus anseios e expectativas.

É necessário compreender que cada indivíduo possui sua singularidade constituindo-se de uma identidade única. Não ser sensível a esse fato conduziria a um tratamento rotinizado, padronizado, impessoal; no entanto, a padronização do atendimento não se configura necessariamente em sinônimo de desumanização, assim como um tratamento diferenciado também não garante o cuidado humanizado. (Silva, 2017).

Nesse contexto, Silva, 2017, também chama a atenção para o fato de que, quando se trata de relações humanas, nada pode ser generalizado. As orientações de cuidado, por exemplo, serão sempre as mesmas para condições de saúde semelhantes, portanto, organizar, planejar e desenvolver estratégias de orientação ao cidadão sobre essas informações não se configuraria como “desumanização”. Da mesma maneira, atender cada um de maneira individualizada, não torna por si só o atendimento humanizado, se não houver escuta, respeito e comunicação efetiva. Partindo desse pressuposto trazemos também o pensamento de Silva (2023)

A comunicação desempenha um papel crucial na procura pela humanização dos cuidados em saúde. Ela não apenas é uma ferramenta para transmitir informações, mas também um meio para estabelecer relacionamentos mais próximos e eficazes em ambientes organizacionais, sejam eles hospitais, clínicas ou outras instituições de saúde

Ainda nessa linha de pensamento, para Silva (2023), oportunizar um ambiente acolhedor e humanizado na assistência à saúde, envolve diversos fatores, e não é possível alcançar isso em plenitude observando somente a perspectiva do cidadão assistido, pois o ambiente organizacional, as condições de trabalho e o tratamento desprendido pelas organizações aos próprios colaboradores, impactarão diretamente no resultado, que é o atendimento e à assistência prestada por eles. Esse fator, corrobora com a necessidade de implementação de estratégias que envolvam, capacitem e favoreçam as condições de atuação dos profissionais que de fato terão a prerrogativa de atender na linha de frente, nessa perspectiva a autora enfatiza o desenvolvimento e cuidado essencial com as estratégias de comunicação:

Ela é a base para estabelecer relações empáticas e eficazes entre todas as partes envolvidas, melhorando a qualidade de vida dos funcionários e contribuindo para a promoção de uma assistência à saúde mais digna e acessível a todos. A humanização está, portanto, intrinsecamente ligada à capacidade de comunicação das organizações de saúde (Silva, 2023).

Nessa perspectiva, o desenvolvimento do “Guia de Comunicação Acolhedora no pré-natal: roda de conversa bem-vindo, bebê!”, não parte da prerrogativa de que as instituições de saúde e direcionamentos técnicos sabem o que deve ser dito e trabalhado junto às gestantes e suas famílias, pois compreende-se que a comunicação só pode ser oportunizada, de fato, se os atores envolvidos tiverem condições de manifestar seus anseios e necessidades, e se elas forem consideradas na constituição das estratégias educativas e de conscientização.

Portanto, no âmbito da Saúde, só é possível o estabelecimento de uma conexão, geração de sentido e apropriação de conhecimento, quando os atores são reconhecidos como sujeitos e têm as suas singularidades e necessidades levadas em consideração, para isso, a escuta e a oportunidade de participação fazem necessárias para o desenvolvimento de estratégias de comunicação. Neste trabalho, por meio da pesquisa, se tornou possível perceber as vivências e dar as cidadãs a oportunidade de expressar a suas perspectivas e anseios, que serão os

norteadores da elaboração da estratégia de comunicação proposta, que terá como propósito favorecer as condições para o diálogo o esclarecimento de dúvidas e o acolhimento das famílias em acompanhamento pré-natal.

3.4 Execução do produto: Guia de Comunicação Afetiva e Humanizada no pré-natal: roda de conversa Bem-vindo, bebê!

Após a aplicação da pesquisa, as informações consolidadas junto aos três públicos, principalmente às mães em acompanhamento de seus bebês prematuros na Unidade Neonatal, indicaram a abordagem dos profissionais que realizam o acompanhamento pré-natal, como a estratégia mais efetiva para levar informações e conhecimento sobre o Método Canguru para as famílias durante os atendimentos. Em contrapartida, pouco conhecimento sobre o tema e rotina de trabalho intensa, foram os fatores apontados pelos profissionais que atuam no pré-natal como principais fatores que reverberam em dificuldades na realização de momentos de esclarecimentos e informação junto às famílias.

A partir daí, surgiu o desafio de construir uma estratégia que organize, demonstre e incentive a iniciativa do diálogo por parte dos profissionais com as famílias assistidas, surgindo a ideia de construção do Guia de Comunicação Afetiva no pré-natal: roda de conversa Bem-vindo, bebê! (Apêndice 8).

O objetivo dessa entrega é ampliar o conhecimento das famílias sobre o método canguru, seus benefícios e os direitos que assistem as mulheres e famílias que vivenciam essa fase. Os benefícios esperados são voltados para a população estudada e a sociedade, proporcionando uma comunicação direta com o cidadão, acesso e compreensão de informações importantes para o exercício de seus direitos e assim, gerar impactos significativos para a experiência das famílias que vivenciam um dos momentos mais significativos de sua história: o nascimento de um bebê.

As entrevistas realizadas tinham como intuito saber o que as famílias têm interesse em saber, o que chama a atenção e se coloca como prioridade para a sua percepção, a partir das análises das respostas, foi constatado que os cuidados básicos com o bebê são o interesse primordial das gestantes e suas famílias, surgindo aí a necessidade de inserir essa temática ao guia, para chamar a atenção e atrair participação inicial até chegar ao objeto principal: o Método Canguru.

Também na coleta de dados, foi observada a preocupação de que a temática prematuridade, a necessidade de internação em UTI e as demais etapas do Método podem causar nas famílias, por isso, o direcionamento profissional será orientado para uma abordagem

leve, acolhedora e integrada a outros conteúdos, além de reforço de recurso audiovisual previamente disponibilizado, o vídeo: Método Canguru: quando o afeto também é cuidado para o seu bebê.

Comunicar com gestantes e seus familiares sobre cuidados com o bebê, prematuridade e o Método Canguru requer uma abordagem educativa e, principalmente, acolhedora. A partir dos resultados da pesquisa, se busca fazer o contato inicial apresentando conteúdos básicos sobre cuidados com o bebê, como: higiene e saúde, amamentação, sono seguro e vínculo afetivo, apresentados de maneira que ao inserir a abordagem sobre o método canguru, ela se configure como mais uma informação útil de cuidado e não um alerta de que uma intercorrência pode acontecer.

As fontes utilizadas para a pesquisa de informações foram o site da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Ministério da Saúde, onde podem ser encontradas as orientações de cuidado atualizadas e baseadas em evidências científicas adotadas pelos especialistas para o cuidado dos bebês. O Guia se organizará da seguinte forma:

Guia de Comunicação Acolhedora no pré-natal: roda de conversa bem-vindo, bebê!

Orientações para o diálogo com pacientes

Apresentação da Roda de conversa: Bem-vindo, bebê!

Abordagem inicial

1. O bebê nasceu, e agora?

Aborda direitos que devem ser garantidos imediatamente ou nos dias seguintes ao parto, como o contato pele a pele e os exames de triagem neonatal.

2. Cuidando do novo membro da família

Orientações sobre higiene básica, como o banho, cuidado com o umbigo, importância de acompanhamento pediátrico, vacinação, sono seguro, dicas sobre cólicas e introdução alimentar.

3. Amamentação

Incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, explicando seus benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê. A ideia é também expor possíveis dificuldades e a necessidade de apoio da família para que a mãe consiga manter a amamentação.

4. E se o bebê nascer antes do previsto?

Explicação breve que bebês nascidos antes das 37 semanas de gestação são considerados prematuros e podem necessitar de cuidados especiais. Informar nesses casos é necessário acompanhamento neonatal no hospital e, em alguns, a internação na UTI neonatal é a opção

mais segura para que o bebê possa continuar a se desenvolver até não precisar de suporte. Nesse tópico será inserido o Método Canguru, conceito e benefícios.

Encerramento

Figura 17



Capa do Guia de comunicação acolhedora no pré-natal: roda de conversa bem-vindo, bebê!

Além do conteúdo diagramado de forma lúdica e alegre. A ideia é oferecer um recurso audiovisual que atribui mais segurança e confiança na abordagem do Método Canguru. De acordo com os dados obtidos pela pesquisa, a forma como as temáticas são trabalhadas, faz toda a diferença para que as informações sobre o método canguru cheguem de maneira a transmitir maior segurança ou tensão para as famílias. Para que as possibilidades de tensão sejam minimizadas, surgiu a necessidade de se ofertar um recurso extra para apoiar o propósito desejado, tendo como proposta abordar a temática de forma leve, focada em soluções e desfechos positivos.

É importante destacar que, como base teórica para as abordagens a serem utilizadas na construção do roteiro, buscaremos como fonte as teorias das mídias digitais a partir da obra do autor Luís Mauro Samartino, que faz um apanhado dos estudos que se debruçam sobre as relações cotidianas mediadas pelo digital. Esse digital não se limita a tecnologias ou plataformas, mas nas interações por meio de diversas fontes que refletem na sociedade e independem de proximidade física. A proximidade física, em si, não significa necessariamente que se esteja em relação com outra pessoa. Mais importante do que essa, é a chamada proximidade funcional, isto é, a percepção de proximidade com alguém. (Martino, 2014, p.141).

Dessa maneira, para fortalecer os conhecimentos sobre o Método canguru, foi construído um roteiro de vídeo leve e orientado pelas percepções obtidas por meio das

entrevistas com as mães de prematuros, objetivando abordar a prematuridade e o Método Canguru para gestantes de maneira acolhedora e otimista, focando nos cuidados disponíveis e nos benefícios do contato pele a pele para todas as famílias. A seguir, o roteiro do vídeo:

Roteiro:

Título: “Método Canguru: Quando carinho e afeto também são cuidados para o seu bebê”			
	Locução	Imagem	Texto
1	Cada gestação é um momento único e cheio de expectativas. Às vezes, o bebê pode nascer antes do tempo previsto, e isso requer alguns cuidados. Mas não se preocupe! Nesses casos existem estratégias de assistência eficientes para saúde do bebê.	Uma gestante sorridente, recebendo o carinho da família.	(Abertura com o tema do vídeo)
2	Quando um bebê nasce antes das 37 semanas de gestação ele é considerado prematuro. Nesses casos, desde os primeiros minutos de vida, eles recebem atenção especial em ambientes seguros e preparados para ajudá-los a se desenvolver, como a UTI neonatal. Além disso, contam com um modelo de atenção eficiente e humanizado: o método canguru	Um bebê prematuro, em uma incubadora, e imagens que retratem o ambiente da UTI para contextualização.	UTI Neonatal: Segurança Acompanhamento Cuidado/
3	O Método Canguru é um modelo de cuidado voltado para a atenção qualificada e humanizada ao recém-nascido e à sua família. O contato pele a pele, faz parte do processo e começa desde o toque evoluindo até a posição canguru.	Imagens de bebês em tratamento e da prática do Método Canguru, ilustrando desde o toque à posição canguru, com a presença de profissional para passar segurança.	Método Canguru
4	Essa prática tem muitos benefícios. Ajuda a estabilizar a respiração e os batimentos cardíacos, regula a temperatura do bebê, contribui para um ganho de peso mais rápido, favorece o aleitamento materno.	Bebês sendo cuidados.	
5	E o mais importante: fortalece o vínculo afetivo entre os pais e o bebê, algo essencial para o desenvolvimento emocional e físico da criança. Evidências Científicas comprovam que a presença dos pais é fundamental para melhor recuperação do bebê. Nesse processo toda a família é corresponsável, pois só com apoio e suporte os pais poderão se fazer presentes.	Bebês sendo cuidados e recebendo carinho.	
6	Se o seu bebê precisar de cuidados no hospital após o parto, não esqueça: com o Método Canguru você pode e deve estar próximo ao seu bebê o maior tempo possível, assim ele e você poderão se sentir mais próximos e seguros.	Imagens que apresentam o ambiente da UTI e a interação entre mãe e bebê canguru.	
7	E atenção, os benefícios do contato pele a pele são para todas as famílias, então mesmo quem tiver alta hospitalar nos primeiros dias após o parto, pode usar e abusar dessa	Mãe em ambiente residencial com o bebê no colo.	- Bebê com pouca roupa e em contato direto com o peito da mãe/pai.

	estratégia para confortar e dar segurança ao seu bebê, também em casa.		
8	Cada bebê é único, e cada jornada familiar também. Prematuros ou não, o mais importante é que ao receber muito amor e afeto, seu bebê vai se desenvolver da melhor forma possível.	Familiares com seus bebês sorrindo e felizes em um ambiente familiar acolhedor.	
	Quer saber mais ou ficou com alguma dúvida? Converse com o profissional de saúde do seu pré-natal e lembre-se que é direito seu se sentir seguro para cuidar do seu bebê.	Imagens de uma consulta pré-natal	

Tempo aproximado: 3 minutos

O roteiro também aborda os direitos e as prerrogativas das famílias, incentivando a busca por informações e a iniciativa de diálogo juntos aos profissionais prestadores de assistência. As imagens foram captadas por uso de aparelho celular, coletando as devidas autorizações de uso de imagem e voz dos participantes, cedidas do banco de imagens do HU-UFMA ou do banco de imagens do editor *Canva*. Para a edição foi utilizado o programa online *Canva*, por possibilitar o fácil manuseio de suas ferramentas para a elaboração do *layout*, assim como o aplicativo *CapCut*, que disponibiliza ferramentas de edição capazes de produzir resultados de qualidade e são de conhecimento por parte da pesquisadora para a elaboração do protótipo, que com o apoio da Unidade de Comunicação do HU-UFMA foi publicado no canal do *Youtube* para geração de link e *QR Code* inseridos no Guia.

Retornando ao Manual, além de informações e direcionamentos de cuidado coletados por meio do site da SBP e MS, cada tópico será acompanhado de uma sugestão de abordagem que, embasada nos resultados da pesquisa, orientando a condução do profissional para estabelecer uma comunicação clara e acolhedora com as gestantes assistidas para, a partir disso, estabelecer uma conexão que poderá oportunizar maior compreensão, aceitação e apropriação das orientações e permitirá que a abordagem seja contextualizada à realidade das mães e bebês. Para incentivar ainda mais a participação das famílias, o Guia acompanhará uma versão resumida, com os tópicos, breves explicações e ilustrações direcionadas. O Livreto “Roda de Conversa: bem-vindo, bebê!”, deve ser distribuído entre as famílias participantes, favorecendo à integração e estimulando o interesse sobre os temas.

Figura 18



Capa do Livreto: Roda de conversa bem-vindo, bebê!

Os conteúdos dos impressos e o vídeo, foram apresentados aos profissionais gestores da Unidade Neonatal, bem como para parte da equipe multiprofissional da Unidade de Obstetrícia, que sugeriram alguns ajustes antes da entrega do resultado apresentado. Após essas considerações, o livreto “Roda de Conversa: bem-vindo, bebê!”, também foi apresentado para as mães e acompanhantes presentes da UTI após a finalização do produto. Uma roda de conversa foi organizada para explicar a proposta e os conteúdos contemplados. Seis mães, um pai e uma avó de bebês internados, participaram do momento. Os participantes validaram a proposta e consideraram que os conteúdos são adequados e, se inseridos no diálogo com os profissionais durante o pré-natal, colaborariam para uma melhor experiência em caso de um nascimento prematuro do bebê.

Figura 19



Apresentação da Roda de Conversa bem-vindo, bebê para as mães e acompanhantes da UCI – Acervo da pesquisadora

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação, parto e nascimento, certamente, estão entre os marcos mais importantes para as mulheres que escolhem vivenciar essa experiência ou mesmo as que vivenciam sem planejamento. O que a gestante não espera é que o seu bebê venha ao mundo de maneira prematura, muito menos que isso acarrete a ele condições de saúde, por vezes graves, que impedem que o curso natural dessa jornada seja seguido de maneira imediata. A partir da pesquisa, pode-se constatar que mesmo as mulheres com gestações de alto risco, acreditavam que seria possível levar gravidez sem maiores complicações e se sentiram surpreendidas com a prematuridade dos filhos. Felizmente, o Método Canguru existe para oportunizar um cuidado humanizado e fornecer um conhecimento que é imprescindível para que esse processo seja vivenciado da melhor forma possível.

A partir do anseio de contribuir para o fortalecimento dessa política tão importante para as famílias que passam por essa condição, principalmente no que concerne a sua primeira etapa, iniciou-se um denso trajeto de pesquisa, que começou com a necessidade de compreender as nuances que levaram à implementação do MC, o que perpassou por conhecer e analisar de forma crítica os marcos históricos da assistência à saúde de mulheres e crianças no Brasil. Compreender melhor as normativas da própria política (MC), as suas aplicações no campo empírico, bem como, de que maneira a comunicação pode ser desenvolvida levando em consideração, majoritariamente, o que é esperado e almejado pelos cidadãos e cidadãs, para assim ter condições de colaborar com a construção de uma comunicação centrada nas famílias que passam por essa experiência.

O histórico da assistência à saúde da mulher e da criança no Brasil, reflete contextos culturais patriarcais onde esses públicos sempre eram inferiorizados, além disso, eram unificados como se ambos tivessem uma única necessidade. Esse fator reforçava a ideia de que as mulheres eram socialmente reconhecidas em primeiro plano pelo seu papel maternal e que o cuidado de crianças eram responsabilidade somente delas. No decorrer do tempo e de muitas discussões, mobilizadas principalmente por grupos feministas, mulheres e crianças detêm políticas de saúde distintas e que procuram observar a integralidade de suas necessidades. No entanto, reflexos desse contexto histórico ainda podem ser notados atualmente ao observar que de maneira geral, mulheres ainda recebem maior parte da carga de responsabilidade sobre os filhos.

De todo modo, para além dessa discussão, sempre será preciso considerar que a gestação, o parto e o nascimento são elos indissociáveis entre mães/mulheres e seus bebês e que sempre precisarão ser levados em consideração. O Método Canguru, enquanto política de

atenção ao recém-nascido de baixo peso, se enquadra nessa dinâmica de atenção à mãe e ao bebê prematuro. Sua abordagem é completa e envolve desde o período gestacional, até o acompanhamento da criança após a alta hospitalar. O incentivo ao protagonismo familiar e a participação direta nos cuidados do recém-nascido são características marcantes do método, além da valorização do contato pele a pele que muitas vezes se sobressaem e, para muitos, representam a sua totalidade.

Com esses conhecimentos, iniciou-se o processo de imersão no campo, para identificar de que maneira a comunicação pode contribuir para a consolidação do MC durante o pré-natal, tendo em vista que maior parte das famílias só tinham acesso ao conhecimento quando passavam pelo turbilhão de emoções e informações, após o nascimento prematuro do bebê. Nesse cenário, observação, participação e escuta foram os exercícios principais nessa caminhada, que resultaram em muitos aprendizados e também em dados norteadores que indicaram novos caminhos e ampliaram o olhar para percepções que se faziam necessárias para o desenvolvimento de algo direcionado para as necessidades das mães em acompanhamento de seus bebês.

No campo me deparei com uma supremacia de mulheres, elas eram a grande maioria das trabalhadoras e 100% das responsáveis principais pelos bebês em tratamento. Acompanhando os filhos, estavam profissionais, esposas, filhas e amigas, algumas já por meses, se dedicando exclusivamente ao papel de mãe, cuidadora e responsável por uma frágil e valiosa vida. Mães por vezes cansadas, com saudades de casa, algumas ainda com dores do pós-parto, mas que na maioria das vezes diziam com orgulho que desde que tiveram alta, após parir, se dirigiram à unidade neonatal e lá permaneceram ao lado do (a) filho(a) todos os dias. É muito interessante ouvir que todas as mulheres que permaneciam ali integralmente, manifestarem que contavam com o apoio principal dos seus companheiros (pais dos bebês) durante a jornada.

Segundo elas, alguns pais não permaneciam ali por mais tempo, por não terem a prerrogativa de se ausentar do trabalho para acompanhar seus filhos. O que mostra que, apesar do discurso já consolidado sobre a importância da rede de apoio e da presença paterna, na prática, muitas políticas e direcionamentos legais precisam ser instituídos para que isso possa se efetivar, além de uma possível mudança cultural. Enquanto isso não acontece, o que se repete, muitas vezes é a sobrecarga da figura materna, como aquela que pode e precisa ser a responsável principal pelo cuidado com um bebê. Essa constatação, também abre espaço para outras perguntas que podem ser investigadas futuramente: será que as mães que não podiam ou não queriam estar presentes integralmente no ambiente da UCI, contavam com o apoio e incentivo do companheiro ou outro familiar de referência para se dedicar integralmente ao bebê?

Essa análise não tem o objetivo de minimizar a importância da presença e dos cuidados da mãe com um recém-nascido, mas enfatizar que esse cuidado só pode ser pleno, se essa mulher também for considerada enquanto indivíduo e tiver apoio e incentivo irrestrito de seus familiares nesse processo, principalmente do genitor da criança, que é igualmente responsável, independentemente de estar ou não em um relacionamento afetivo com a mãe. O bebê nunca é só da mãe, e essa sobrecarga de responsabilidade pode ter efeitos significativos sobre o cuidado com a criança e a saúde, inclusive mental materna. Por isso, esse fator foi considerado e trabalhado no produto para o reforço dessa necessidade desde a gestação do bebê, sempre incluindo nas abordagens que a família é responsável pelo cuidado ao recém-nascido, não só a mãe.

Voltando ao campo, para aproximação das pessoas no ambiente da unidade neonatal, foi necessário respeitar o tempo e, sobretudo, a rotina que é tão intensa e cheia de demandas. Muitas das mães entrevistadas, demonstravam um certo alívio ao terem a oportunidade de contar as suas histórias, como se a escuta validasse ainda mais a legitimidade de suas impressões e experiências. E não estavam erradas, pois desta forma que foi percebida a necessidade de se colocar no lugar daquelas mulheres, para minimamente compreender o turbilhão de emoções, que incluem medo, insegurança, esperança e, principalmente o amor, que movia cada uma delas naquele processo. A partir disso, foi possível compreender suas principais necessidades, expectativas e os caminhos que, para elas, abrem espaço para uma comunicação que agrega e agregará mais conforto e segurança para mulheres e famílias que passarão por experiências semelhantes no futuro.

Após a finalização da pesquisa em campo, os dados consolidados indicavam um caminho claro a ser seguido para atender às necessidades de orientação apontadas pelas cidadãs entrevistadas. Para todas elas, no pré-natal, a prerrogativa de orientar, transmitir confiança e realmente impactar as famílias é dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento gestacional. A carteira da gestante, por exemplo, é um material robusto e que traz informações importantes sobre cuidados com o bebê, dúvidas sobre as rotinas da família e até mesmo prematuridade, cujo uma das ideias iniciais, junto a elaboração de vídeos educativos, seria sugerir uma atualização de seu texto para o acréscimo de informações básicas sobre o Método Canguru, o que ainda assim seria válido e importante, no entanto, não era o esperado pelas mães.

A maioria das mulheres entrevistadas não chegou a receber a carteira, pois estava em falta durante todo o período gestacional e, das que receberam, nenhuma realizou a leitura atenta aos conteúdos ali dispostos. Focando atenção apenas nas páginas que eram preenchidas e

acompanhadas pelos profissionais de saúde durante as consultas. Em todos os diálogos, foi nítido que a atenção e o foco principal das gestantes e familiares se concentravam nas palavras dos profissionais de saúde, que a depender da abordagem ou omissão de informações, impactavam de forma positiva ou extremamente negativa para a história de cada família.

Ficou claro que a responsabilidade da equipe de saúde é indiscutível para orientação e maior segurança das famílias e os dados da pesquisa apontaram que esse fator é reconhecido por eles. Nas duas unidades pesquisadas, os profissionais indicaram em mais de 90%, a abordagem dos prestadores de assistência como estratégia mais adequada para informar e esclarecer informações sobre o MC para as famílias em acompanhamento pré-natal. Mesmo assim, reconheceram que, muitas vezes, a rotina de trabalho intensa e até mesmo a falta de conhecimento mais aprofundado sobre o tema, impedem que a promoção do diálogo esclarecedor se torne uma rotina consolidada na assistência às famílias.

Ao analisar as necessidades das famílias, ao mesmo tempo, reconhecer a importância de incentivo e do oferecimento de condições para atuação dos profissionais de saúde enquanto promotores de conhecimento, nasceu o “Guia de Comunicação Acolhedora no pré-natal: roda de conversa bem-vindo, bebê!”, com a prerrogativa de atender as necessidades das cidadãs assistidas e dos prestadores de assistência. Isso porque, após um intenso caminho de pesquisa, foi possível apreender que, no âmbito do pré-natal, o melhor resultado para o cidadão só pode ser obtido por meio de um diálogo que favoreça sua compreensão, garanta seus direitos e necessidades, além da constituição de um ambiente saudável e que ofereça condições para uma boa atuação dos profissionais de saúde, que são a referência de cuidado e segurança para aquelas famílias.

Torna-se muito enriquecedor observar que em meio a uma crescente sobrecarga de informações e oportunidades de inovação, nem sempre estratégias comunicacionais digitais, visuais ou tecnológicas são as mais apropriadas. Meios de comunicação que favoreçam o diálogo, a conversa, o olho no olho ainda são os mais adequados em alguns cenários e o seu espaço não pode ser desconsiderado, pois quem realmente pode apontar a sua necessidade é o público ao qual a comunicação se destina. Esta pesquisa indicou que o mais esperado pelas famílias era receber a informação sobre o MC por meio do diálogo e de forma acolhedora, humanizada e sensível ao momento vivenciado.

A escuta e a atenção à este anseio levaram a criação e estruturação do Guia de Comunicação Acolhedora no pré-natal: roda de conversa bem-vindo, bebê!. Para os profissionais de saúde, esse produto organiza, orienta e direciona o diálogo com as famílias em acompanhamento pré-natal, com foco em abordagens acolhedoras, linguagem adequada e

observação da realidade de cada ator envolvido. O Guia é denso em informações, pois também pode ser fonte de consulta em caso de dúvidas sobre algum assunto abordado, mas caso o profissional já tenha domínio de todas as informações, pode-se valer somente dos tópicos para orientar a conversa e das abordagens sugeridas.

Mesmo com o objetivo principal de ampliar o conhecimento das famílias sobre o Método Canguru, a escuta das mulheres/mães em acompanhamento de seus bebês prematuros indicou que, de maneira isolada, essa temática levaria tensão e medo de uma intercorrência, o que não seria bom para a gestação. Muitas delas, relataram que os cuidados com o bebê são o maior interesse nessa fase. Por isso, o Guia foi estruturado integrando orientações de cuidado e incluindo o MC nessas informações. Dessa forma, o conteúdo pode ser recebido sem gerar alarmismo, mas como um dos possíveis cenários que devem ser de conhecimento de todas as famílias.

Além disso, o Guia foi resumido e as sugestões de abordagem retiradas para elaboração do livreto: “Roda de conversa: Bem-vindo, bebê!” é um recurso que deverá ser disponibilizado para as famílias. Dessa maneira, todos poderão acompanhar os temas abordados, se sentir integrados à iniciativa e serão incentivados a perguntar e buscar informações junto a equipe assistencial. Nos dois materiais estará presente um *QR Code* que direciona para o vídeo “Método Canguru: Quando o afeto também é cuidado para o seu bebê”, que aborda a tem ética de maneira leve e de fácil compreensão. As famílias, dessa forma, terão acesso aos conteúdos e saberão que podem questionar e contar com o apoio da equipe para se sentirem mais seguras. O objetivo é que o Guia impresso seja distribuído para os profissionais que acompanham gestantes na unidade que foi campo empírico de pesquisa, a versão para as famílias disponibilizada para reprodução e posteriormente, compartilhamento com outras unidades.

É importante ressaltar que esta pesquisa não representa um ponto final, ao contrário, apresenta um rico campo ainda a ser explorado. Comunicação acolhedora e humanizada, por exemplo, se apresentou como uma lacuna de pesquisa que ainda tem muitas vertentes a serem trabalhadas. Comunicação humanizada na saúde, tem sido trabalhada majoritariamente por pesquisadores de categorias assistenciais, existindo um amplo e necessário espaço para discussões sobre os aspectos e contribuições da comunicação para os estudos nessa vertente. Além do próprio Método Canguru, contemplado neste estudo em sua primeira etapa, mas que ainda tem um corpo rico de possíveis atuações e contribuições que podem ser dadas pelo campo da comunicação para o seu fortalecimento. Enfim, chegar a esse resultado não foi um caminho simples. Ouvir, acolher e direcionar a pesquisa para os interesses dos atores envolvidos, trouxe surpresas, modificou trajetos e apontou necessidades antes desconhecidas, o que é bastante

desafiador, mas também gratificante, pois reforça a importância da pesquisa científica, que jamais pode ser substituída por impressões pessoais. Reforça também a riqueza da pesquisa aplicada em comunicação, que pode trazer grandes contribuições para a prática de diversas vertentes, de modo que utilizando meios digitais, tecnológicos ou não, mas sempre de maneira estratégica, pode fazer a diferença para muitas vidas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, IS., and CARDOSO, JM. **Comunicação e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. Temas em saúde collection. ISBN 978-85-7541-309-8. Disponível em: <http://books.scielo.org>

ARAÚJO, J. P., Silva, R. M. M. da ., Collet, N., Neves, E. T., Tos, B. R. G. de O., & Viera, C. S.. (2014). **História da saúde da criança**: conquistas, políticas e perspectivas. Revista Brasileira De Enfermagem, 67(6), 1000–1007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm . Acesso em: 06 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido**: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.340 p. : il.3ª edição do livro: Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru (2011).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de gestão 2003 à 2006**: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método Canguru**: manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru**: diretrizes do cuidado – 1ª ed. revisada – [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília :Ministério da Saúde, 2018.

CERVI, E. U. **Manual de métodos quantitativos para iniciantes em ciência política**. Curitiba: CPOP/UFPR, 2017.

FLEURY, Sonia. **Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida**: o SUS na seguridade social e o pacto pela saúde Saúde em Debate, vol. 30, núm. 73-74, mayo-diciembre, 2006, p. 321-330, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. **Política de saúde**: uma política social. Políticas e sistema de saúde no Brasil, v. 3, p. 1-42, 2008.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FRANÇA, Vera V.; SIMÕES, Paula G. **Curso Básico de Teorias da Comunicação**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

FREITAS, Giselle & Vasconcelos, Camila & Moura, Escolástica & Pinheiro, Ana. (2009). **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem. 11. 10.5216/ree.v11.47053.

KAUARK, Fabiana. **Metodologia da pesquisa**: guia prático / Fabiana Kauark, Fernanda Castro Manhães e Carlos Henrique Medeiros. – Itabuna: Via Litterarum, 2010.

MARCU, D. M. S. (2021). **A humanização do ato médico**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Repositório da Universidade de Lisboa. Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/51891>

MARTINO, Luís Mauro Sá. **Teoria das Mídias Digitais: linguagens, ambientes, redes** / Luís Mauro Sá Martino. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

MATTELART, Armand. **A construção social do direito à Comunicação como parte integrante dos direitos humanos**. Intercom - Revista Brasileira de Ciências da Comunicação, vol. 32, núm. 1, janeiro-junho, 2009, pp. 33- 49

MEDEIROS, P. F. DE .; GUARESCHI, N. M. DE F.. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão**. Revista Estudos Feministas, v. 17, n. 1, p. 31–48, jan. 2009.

Melo, A. D., Ruão, T., Balonas, S., Alves, M., & Ferreira, M. (2023). **Guia de comunicação em saúde**. Boas práticas. CECS.

MENDONÇA, João Guilherme Rodrigues; RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Algumas reflexões sobre a condição da mulher brasileira da colônia às primeiras décadas do século XX**. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Ministério da Saúde (BR). **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru**. Brasília: Ministério Saúde; 2002.

PERUZZO, C. M. K. Comunicação Comunitária e Educação para a Cidadania. **Comunicação & Informação**, Goiânia, Goiás, v. 2, n. 2, p. 205–228, 2013. DOI: 10.5216/c&i.v2i2.22855. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/ci/article/view/22855>. Acesso em: 23 jun. 2023.

PERUZZO, C. M. K. **Conceitos de comunicação popular, alternativa e comunitária revisitados**. Reelaboraões no setor Palavra Clave, vol. 11, núm. 2, diciembre, 2008, pp. 367-379 Universidad de La Sabana Bogotá, Colômbia.

RADDATZ, Vera Lúcia Spacil (pp. 108-117). **Direito à informação para o exercício da cidadania direito à informação para o exercício da cidadania**. Revista Científica Direitos Culturais – RDC v. 9, n. 19, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/280741525_direito_a_informacao_para_o_exercicio_da_cidadania_right_to_information_for_the_citizenship_exercise. Acesso em: 01 jul. 2023.

RAMOS, M. C. **Comunicação, direitos sociais e políticas públicas**. In MARQUES DE MELO, J.; SATHLER, L. Direitos à Comunicação na Sociedade da Informação. São Bernardo do Campo, SP: UNESP, 2005.

SENHORAS, E. M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 45-55, 2007.

SILVA, F. D. d., Chernicharo, I. d. M., & Ferreira, M. d. A. (2011). **Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado.** Escola Anna Nery, 15(2), 306–313. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452011000200013>

SILVA, L. R. DA .; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. DE .. **História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 14, n. 4, p. 585–593, out. 2005.

SILVA, M. P. d., & Antunes, J. M. (2021). **Relações Públicas, humanização e tecnologias digitais na Saúde: desafios e oportunidades.** In Educação, Comunicação e Saúde: Avanços e desafios na contemporaneidade (2021a ed., pp. 79–94). Editora Típica. <https://doi.org/10.29327/538262.2021-3>

SOARES Silva, V. L. (2017). **Satisfação do Utente na Comunicação com os Profissionais de Saúde.** Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal. Retirado de http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1922/1/Vera_Silva.pdf

SOUTO, Kátia Maria Barreto. **A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** uma análise de integralidade e gênero. Ser social, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 832-846, 2021.

SOUZA, D. d. O., & Maurício, J. C. (2018). **A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde.** Saúde e Sociedade, 27(2), 495–505. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018164811>

STEVANIM, L. F., and MURTINHO, R. **Direito à Comunicação e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021. Temas em saúde collection. ISBN: 978-65-5708-108-2. Disponível em: <http://doi.org/10.7476/9786557081082>.

WOLTON, D. **Informar não é comunicar.** Porto Alegre: Sulina, 2010.

APÊNDICE 1

ROTEIRO – Entrevista

Instruções: · Todas as respostas são confidenciais;

Não existem respostas certas ou erradas, mas sim a que representa melhor seu ponto de vista!

Sua contribuição é muito importante.

Diga o que realmente você sente sobre o que é perguntado. Seja sincero! Sua colaboração pode contribuir para melhorar a experiência de outras famílias.

Caracterização do Usuário

1 -Qual seu gênero?

1 – Masculino ()

2 – Feminino ()

3 – Outro ()

2 – Qual a sua escolaridade?

1 - Fundamental incompleto

2 – Fundamental completo

3 – Ensino Médio

4 – Superior Completo

5 – Pós-graduação

3 – Qual a sua profissão? _____

4 – Qual a sua faixa-etária?

1 - Entre 18 a 28 anos

2 – Entre 29 e 39 anos

3 – Entre 40 e 50 anos

4 – Acima de 51 anos

5- Qual a sua renda familiar?

1- Até um salário-mínimo

2- De um a dois salários-mínimos

3- De dois a três salários-mínimos

4- Mais de quatro salários-mínimos

6 - Quem é(será) o cuidador e acompanhante principal do bebê? O acompanhante principal conta com rede de apoio para colaborar com os cuidados?

7 – Você conhecia o Método Canguru antes do pré-natal/nascimento prematuro do seu bebê?

1 - Sim ()

2 - Não ()

8 – De que maneira você considera o conhecimento prévio sobre o método poderia lhe ajudar (ou ajudou) após o nascimento do bebê? Tem algo que você gostaria que tivessem te orientado ou que gostaria que fosse dito a quem vier a passar por essa mesma situação?

9 - Em relação a sua experiência com o nascimento prematuro do bebê, gostaria de acrescentar algo? _____

10 – Você considera importante o conhecimento sobre o Método Canguru ainda no pré-natal?

11 - De que maneira você entende que as informações sobre o Método Canguru podem, alcançar de maneira efetiva as famílias durante o pré-natal?

1 – Vídeos ()

2 – Folder ()

3 – Documentos digitais em PDF ()

4 – Cartazes ()

5 – Abordagem da equipe multiprofissional ()

6 – Outra maneira () Qual ? _____

APÊNDICE 2

TCLE ENTREVISTAS

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa - COMUNICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO MÉTODO CANGURU: Inserção de Práticas Comunicativas para Ampliar o envolvimento das famílias, cuja pesquisadora responsável é Luciana Machado Carvalho Nunes. O objetivo do projeto é promover a inserção de práticas comunicativas sobre o Método Canguru durante o atendimento pré-natal, para potencializar a participação e envolvimento das famílias na adoção do método. Nessa etapa da pesquisa, ela se dará por meio de entrevistas individualizadas a serem realizadas com acompanhantes de bebês em atendimento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, até totalizar 51% das famílias que acompanham bebês em cuidados semi-intensivos. A entrevista terá a duração de quarenta minutos, podendo se estender até uma hora e se concentrará em nove perguntas para fomentar o diálogo, e a exposição de ideias.

O(A) Sr(a) está sendo convidado porque é usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e acompanhando bebê em atendimento na intensivo neonatal, e esta pesquisa busca identificar o quanto informações prévias sobre o método canguru poderiam ter impactado nesta experiência.

O(A) Sr(a) tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe no Hospital Universitário da UFMA. Caso aceite participar, sua participação consiste em responder perguntas simples sobre os conhecimentos recebidos acerca do Método Canguru durante o pré-natal.

A participação na pesquisa não demanda gastos e não será paga, em caso de existir alguma despesa devido a participação na pesquisa, será assegurado o ressarcimento pelo pesquisador. Fica, também, garantido o seu direito de requerer indenização nas instâncias legais em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

A pesquisa é norteada por princípios básicos da ética, seguindo a resolução nº466, de 12 dezembro de 2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ela apresenta riscos baixos relacionados ao emocional, social e cultural devido a abordagem durante a entrevista. Entretanto esses riscos serão minimizados pela suspensão imediata da entrevista em caso de desconforto. O participante será levado a um local reservado, tendo a liberdade para não responder questões constrangedoras, além da garantia de sempre respeitar os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes, e estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto. O risco da perda e possível divulgação de dados de identificação, será minimizado com o acesso limitado a apenas um pesquisador habilitado para a coleta de dados, assegurando a confidencialidade e a privacidade, além da garantia da não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras).

São esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: facilitar o acesso a informações sobre o Método Canguru e seus benefícios; otimizar o fluxo de informações e orientações para as famílias em acompanhamento pré-natal; aumentar o engajamento e a motivação familiares para adesão ao método; contribuir para o empoderamento das famílias acerca de seus direitos e possibilidades de tratamento em caso de um nascimento prematuro.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. O(A) Sr(a) pode entrar em contato com o pesquisador responsável, Luciana Machado Carvalho Nunes, a qualquer tempo para informação adicional no telefone 98 98819-9670. Também pode buscar o Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFMA (CEP), que é um grupo não remunerado formado por diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes. O CEP funciona de segunda a sexta, das 08h às 12h e das 14h às 17h, situado na rua Barão de Itapary, 227, 4º andar, Centro, São Luís – MA, para tirar dúvidas com o pesquisador e sobre as questões éticas.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

São Luís, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE 3

QUESTIONÁRIO – Equipe da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Instruções: · Todas as respostas são confidenciais;

Sua contribuição é muito importante.

Diga o que realmente você pensa sobre o que é perguntado. Seja sincero!

1 -Qual seu gênero?

1 – Masculino ()

2 – Feminino ()

3 – Outro ()

2 – Qual a sua profissão? _____

3 – Qual a sua faixa-etária?

1 - Entre 18 a 28 anos

2 – Entre 29 e 39 anos

3 – Entre 40 e 50 anos

4 – Acima de 51 anos

4 - Você considera importante que os pacientes recebam informações sobre o método canguru ainda no acompanhamento pré-natal?

1 - Sim ()

2 - Não ()

3 -Talvez ()

5 - Não ter acesso a informações sobre o método canguru, na sua visão, causa quais consequências para as famílias?

1 – Não causa nenhum tipo de prejuízo para as famílias ()

2 – Dificulta o entendimento sobre o método ()

3 – Ocasiona dificuldades para adesão ao Método ()

4 – Outra situação () qual? _____

6 – De que maneira você entende que as informações sobre o Método Canguru podem alcançar de maneira efetiva as famílias durante o pré-natal?

1 – Vídeos ()

2 – Folder ()

3 – Documentos digitais em PDF ()

4 – Cartazes ()

5 – Abordagem da equipe multiprofissional ()

6 – Outra maneira () Qual ? _____

7 – Quais conteúdos sobre o Método Canguru, você considera de essencial importância para serem compartilhados com as famílias durante o atendimento pré-natal?
(Pode marcar mais de uma opção)

1 – O que é o Método Canguru ()

2 – Como funciona o Método Canguru ()

3 – Quem pode aderir ao método Canguru ()

4 – Quais os Benefícios do Método Canguru ()

5 – Outra informação () Qual?

8 – Qual a dificuldade mais percebida nas famílias após a internação do bebê em UTI Neonatal?

APÊNDICE 4

QUESTIONÁRIO – Equipe da Unidade de Obstetrícia – HU-UFMA

Instruções: · Todas as respostas são confidenciais;

Sua contribuição é muito importante.

Diga o que realmente você pensa sobre o que é perguntado. Seja sincero!

1 -Qual seu gênero?

1 – Masculino ()

2 – Feminino ()

3 – Outro ()

2 – Qual a sua profissão? _____

3 – Qual a sua faixa-etária?

1 - Entre 18 a 28 anos

2 – Entre 29 e 39 anos

3 – Entre 40 e 50 anos

4 – Acima de 51 anos

4 - Você conhece o Método Canguru?

1 - Sim ()

2 - Não ()

5 – Você considera importante que as famílias recebam informações sobre o método ainda durante o acompanhamento pré-natal?

1 - Sim ()

2 - Não ()

3 -Talvez ()

6 – Você compartilha informações sobre o Método Canguru com famílias em atendimento pré-natal?

- 1 – Nunca compartilhei ()
- 2 – Compartilho ocasionalmente ()
- 3 - Compartilho com frequência ()
- 4 – Compartilho sempre ()

7 – Algum fator dificulta o compartilhamento de informações sobre o método canguru para os pacientes em acompanhamento pré-natal? Caso positivo, quais?

- 1 – Falta de interesse das famílias ()
 - 2 – Rotina de trabalho intensa ()
 - 3 – Pouco conhecimento sobre o tema ()
 - 4 – Outro Motivo () Qual?
-

8 – Você acredita que uma estratégia de comunicação pode colaborar para que as informações sobre o Método Canguru cheguem de maneira mais efetiva no pré-natal?

- 1 – Sim ()
- 2 – Não ()
- 3 Talvez ()

9 – Qual ferramenta de comunicação você considera mais adequada para ser compartilhada com as famílias em acompanhamento pré-natal sobre o Método Canguru?

- 1 – Vídeos ()
- 2 – Folder ()
- 3 – Documentos digitais em PDF ()
- 4 – Cartazes ()
- 5 – Abordagem da equipe multiprofissional ()
- 6 – Outra maneira () Qual ? _____

APÊNDICE 5

TCLE PROFISSIONAIS NA UNIDADE DE OBSTETRÍCIA

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa - COMUNICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO MÉTODO CANGURU: Inserção de Práticas Comunicativas no Pré-Natal para Ampliar o envolvimento das famílias, cuja pesquisadora responsável é Luciana Machado Carvalho Nunes. O objetivo do projeto é promover a inserção de práticas comunicativas sobre o Método Canguru durante o atendimento pré-natal, para potencializar a participação e envolvimento das famílias na adoção do método. Nessa etapa da pesquisa, ela se dará por meio de aplicação de questionário enviado diretamente para os colaboradores da Unidade de obstetrícia do HU-UFMA, até totalizar 112 (cento e doze) questionários respondidos pelos profissionais atuantes na Unidade Obstetrícia.

O(A) Sr(a) está sendo convidado porque é colaborador do Sistema Único de Saúde (SUS) e atua na Unidade de Obstetrícia do HU-UFMA, podendo colaborar com informações e vivências relacionadas à implementação do Método Canguru.

O(A) Sr(a) tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou relação alguma com o Hospital Universitário da UFMA. Caso aceite participar, sua participação consiste em responder perguntas simples sobre os conhecimentos recebidos acerca do Método Canguru durante o pré-natal.

A participação na pesquisa não demanda gastos e não será paga, em caso de existir alguma despesa devido a participação na pesquisa, será assegurado o ressarcimento pelo pesquisador. Fica, também, garantido o seu direito de requerer indenização nas instâncias legais em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

A pesquisa é norteada por princípios básicos da ética, seguindo a resolução nº466, de 12 dezembro de 2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ela apresenta riscos baixos relacionados ao emocional, social e cultural devido a abordagem durante a entrevista. Entretanto esses riscos serão minimizados pelo direito de suspensão imediata do preenchimento do questionário em caso de desconforto. O participante terá a liberdade para não responder questões constrangedoras, além da garantia de sempre respeitar os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes, e estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto. O risco da perda e possível divulgação de dados de identificação, será minimizado com o acesso limitado a apenas um pesquisador habilitado para a coleta de dados, assegurando a confidencialidade e a privacidade, além da garantia da não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras).

São esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: facilitar o acesso a informações

sobre o Método Canguru e seus benefícios; otimizar o fluxo de informações e orientações para as famílias em acompanhamento pré-natal; aumentar o engajamento e a motivação familiares para adesão ao método; contribuir para o empoderamento das famílias acerca de seus direitos e possibilidades de tratamento em caso de um nascimento prematuro.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. O(A) Sr(a) pode entrar em contato com o pesquisador responsável, Luciana Machado Carvalho Nunes, a qualquer tempo para informação adicional no telefone 98 98819-9670. Também pode buscar o Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFMA (CEP), que é um grupo não remunerado formado por diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes. O CEP funciona de segunda a sexta, das 08h às 12h e das 14h às 17h, situado na rua Barão de Itapary, 227, 4º andar, Centro, São Luís – MA, para tirar dúvidas com o pesquisador e sobre as questões éticas.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a), ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

São Luís, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE 6

TCLE PROFISSIONAIS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa - COMUNICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO MÉTODO CANGURU: Inserção de Práticas Comunicativas no Pré-Natal para Ampliar o envolvimento das famílias, cuja pesquisadora responsável é Luciana Machado Carvalho Nunes. O objetivo do projeto é promover a inserção de práticas comunicativas sobre o Método Canguru durante o atendimento pré-natal, para potencializar a participação e envolvimento das famílias na adoção do método. Nessa etapa da pesquisa, ela se dará por meio de aplicação de questionário enviado diretamente para os colaboradores da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HU-UFMA, até totalizar 93 (noventa e três) questionários respondidos pelos profissionais atuantes na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

O(A) Sr(a) está sendo convidado porque é colaborador do Sistema Único de Saúde (SUS) e atua na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, podendo colaborar com informações e vivências relacionadas à implementação do Método Canguru.

O(A) Sr(a) tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe no Hospital Universitário da UFMA. Caso aceite participar, sua participação consiste em responder perguntas simples sobre os conhecimentos recebidos acerca do Método Canguru durante o pré-natal.

A participação na pesquisa não demanda gastos e não será paga, em caso de existir alguma despesa devido a participação na pesquisa, será assegurado o ressarcimento pelo pesquisador. Fica, também, garantido o seu direito de requerer indenização nas instâncias legais em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

A pesquisa é norteada por princípios básicos da ética, seguindo a resolução nº466, de 12 dezembro de 2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ela apresenta riscos baixos relacionados ao emocional, social e cultural devido a abordagem durante a entrevista. Entretanto esses riscos serão minimizados pelo direito de suspensão imediata do preenchimento do questionário em caso de desconforto. O participante terá a liberdade para não responder questões constrangedoras, além da garantia de sempre respeitar os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes, e estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto. O risco da perda e possível divulgação de dados de identificação, será minimizado com o acesso limitado a apenas um pesquisador habilitado para a coleta de dados, assegurando a confidencialidade e a privacidade, além da garantia da não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras).

São esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: facilitar o acesso a informações

sobre o Método Canguru e seus benefícios; otimizar o fluxo de informações e orientações para as famílias em acompanhamento pré-natal; aumentar o engajamento e a motivação familiares para adesão ao método; contribuir para o empoderamento das famílias acerca de seus direitos e possibilidades de tratamento em caso de um nascimento prematuro.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. O(A) Sr(a) pode entrar em contato com o pesquisador responsável, Luciana Machado Carvalho Nunes, a qualquer tempo para informação adicional no telefone 98 98819-9670. Também pode buscar o Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFMA (CEP), que é um grupo não remunerado formado por diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes. O CEP funciona de segunda a sexta, das 08h às 12h e das 14h às 17h, situado na rua Barão de Itapary, 227, 4º andar, Centro, São Luís – MA, para tirar dúvidas com o pesquisador e sobre as questões éticas.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a), ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

São Luís, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE 7

TRANSCRIÇÃO ENTREVISTAS COM AS MÃES – 09/2024

ENTREVISTA 1

Pesquisadora

Então. Esse roteiro vai somente orientar a nossa conversa, mas a gente pode conversar à vontade, viu? Qual é o seu gênero e escolaridade?

Mãe 1

Feminino. Superior completo.

Pesquisadora

E a profissão?

Mãe 1

Sou auxiliar administrativo numa escola particular daqui de São Luís.

Pesquisadora

A sua idade?

Mãe 1

Tenho 31.

Pesquisadora

A renda familiar?

Mãe 1

Não acho que até 2 salários.

Pesquisadora

Quem é o cuidador? Acompanhante principal da sua bebê?

Mãe 1

Sou eu, mesma.

Pesquisadora

Tu divide com alguém, esse cuidado? Tem uma rede de apoio?

Mãe 1

Sim, tenho. Tenho uma rede de apoio. O meu esposo, ele vem, ele trabalha, como ele trabalha o dia todo, ele vem mais à noite, né? Que durante os finais de semana também, que aí ele está. Folga.

Pesquisadora

O pai tem acesso liberado na UTI?

Mãe 1

Tem acesso liberado isso, mas eu sempre fico direto.

Pesquisadora

Tu tens outros filhos?

Mãe 1

Tenho, tenho uma menina de 6 anos e um outro menino de 2 anos.

Pesquisadora

Quem está te ajudando com eles?

Mãe 1

É a minha mãe e a minha sogra está me ajudando. E assim eu tenho minha cunhada, a irmã do meu esposo, que também me ajuda quando a minha sogra e a minha mãe não podem, e a minha outra cunhada, a irmã, a esposa do meu irmão, que também ajuda, ficando com eles quando uma outra não pode, aí fica revezando.

Pesquisadora

Vejo então que tu tens uma rede de apoio forte, né? Mas ainda assim, Como é que está o coração com dois filhos em casa?

Mãe 1

É então, assim. Fica difícil, porque quando eu chego em casa é que a gente percebe o quanto faz falta, né? E eles, principalmente mais novo. Ele tem só 2 anos e daí ele sente bastante. Ele vem, pede abraço, pergunta cadê Matias, que é nome do bebê? Cadê Matias, né? E aí eu vou conversando com ele. A minha mais velha já veio aqui, tem 6 só que o menorzinho ainda não pode vir por causa da idade.

Pesquisadora

Você já conhecia o método canguru antes do Matis nascer?

Mãe 1

E eu já tinha ouvido falar do método canguru assim, por reportagens, mas nunca tinha me aprofundado para saber como realmente eram os benefícios. Só vieram mesmo falar, aqui na maternidade quando ele nasceu, com 32 semanas.

Pesquisadora

Qual condição levou a esse parto prematuro, pressão alta?

Mãe 1

Foi, eu já tinha desde a minha primeira gravidez. Eu já tinha um problema na minha artéria uterina. Eu descobri na primeira gravidez, né? Eu estava grávida da minha primeira filha de 6 meses mais ou menos, e o obstetra que me acompanhava falou que eu tinha esse problema, né? Ele descobriu por que ela estava com baixo peso na época para 6 meses. E aí eu lembro que eu tomei injeções de corticoide, né? E ele falou que poderia ser um parto prematuro, mas que ele iria nos acompanhar mais de perto. Graças a Deus não foi preciso. Eu cheguei até 39 semanas, mas eu já sabia desse dessa comorbidade que eu tinha, que é própria do meu corpo mesmo, né? E aí, quando a minha segunda gravidez, eu também, como eu já sabia, já tratei desde o começo também. Tomava AS pra ajudar, né? Nessa terceira gestação artéria já estava muito fina, né? E aí ela já dava quase fechando, então eu já sabia que poderia acontecer, mas eu pensei que eu iria conseguir chegar até as 39, como foi nas outras gestações. E aí foi que não, deu. Porque já estava muito, e ele não estava recebendo mais nutrientes necessários. Dentro da barriga ele não iria mais resistir, então teve que fazer a cesárea de urgência.

Pesquisadora

E tu fizeste o pré-natal aqui no hospital?

Mãe 1

Sim, no materno.

Pesquisadora

É tu achas que? Tem algo que nessa tua orientação no pré-natal tu acha que algo poderia ter sido diferente? Sentiu falta de alguma informação?

Mãe 1

Eu senti como eu te falei, eu senti falta. De um acompanhamento mais de perto, porque como eu já tinha falado para a médica, que já tinha esse histórico. Então eu senti que faltou, assim bater mais ultrassons para acompanhar de perto. Elas eram muito espaçadas, e aí eu achei que ficou muito tempo assim longe uma da outra. Para poder fazer, para poder acompanhar, porque como uma coisa assim que a gente não tem como saber como o bebê está, não tem que acompanhar mesmo, a gente não sabe.

Então assim, na minha, no meu morfológico do segundo trimestre, estava tudo OK. Foi em junho, de junho até julho, já fez diferença. Ah, foi muito grande, já não estava mais ganhando peso. Então se tivesse feito outro ultrassom, depois de morfológico, para ver realmente como é que estava ganhando de peso e tudo, talvez ela não teria levado esse impacto tão grande quanto foi, entendeu?

Pesquisadora

Teve que ser de urgência né?

Mãe 1

Sim. Mesmo sabendo da possibilidade, quando tive que ter o parto de urgência. Eu fiquei internada, aí ficou acompanhando ainda para ver se chegava até as 34 semanas, mas não foi possível. Teve que fazer antes mesmo.

Pesquisadora

E em relação ao método Canguru, alguém te explicou como seria caso o bebê precisasse de internação?

Mãe 1

Sim, sim, assim que eu cheguei, assim que ele nasceu, né? Que eu cheguei aqui na UTI, que levei direto pra UTI. É, eles me informaram, né? Sobre o Método Canguru. É os benefícios que que tinha, né? Que precisava ser feito. E aí desde o desde quando ele estava na UTI eu faço. Bom que a gente sente que está com ele ali perto, né? Porque quando nasce prematuro, a gente não tem nem aquele primeiro contato, já é levado direto para UTI pelos médicos. Então a gente não sabe como é que está, se está bem, se não está, a gente vai saber só depois é aí.

Pesquisadora

É difícil, não é?

Mãe 1

É, é depois que eu vim. Acho que eu vim no dia seguinte, né? No dia seguinte eu vim. Aí eles me explicaram como é que era e tudo.

E falaram no método Canguru, né? Como é que funciona.

Pesquisadora

Tu achas que se alguém tivesse falado sobre isso lá no pré-natal eu iria te ajudar te ajudar a vivenciar esse momento ou atrapalhado?

Mãe1

Eu acho que sim. Eu acho que ajudaria sim, porque a gente já vai com preocupação. Acho que se tivessem dito olha, pode correr o risco de ter um parque prematuro, provavelmente lá para 30 semanas. Mas quando tem isso, tem o método Canguru. Eu acho que eu tinha me vestido mais segura.

Não tinha ficado assim tão apreensiva?

Pesquisadora

Ficou assustada com os aparelhos?

Mãe 1

Sim, muito. Quando o bebê nasce, que ele não está dentro da do período, né? Que é para nascer. A gente sabe dos riscos que tem. E quando fala assim vai pra UTI a gente já sabe que é porque o teu bebê corre risco de vida.

Mesmo que ele tenha nascido estável, mesmo que ele não tenha, não teve necessidade de ser entubado, ficou só no oxigênio, mesmo assim a gente já pensa, será que vai resistir? Dá medo, entendeu? E aí a gente fica nessa apreensão mesmo.

Pesquisadora.

Eu imagino. E assim, como é que tu achas que essas informações podem ser dadas para a gestante, porque também tem um risco, da pessoa ficar tensa, né?

De repente a pessoa fica ainda nervosa e sem necessidade, né?

Mãe 1

Não é, mas eu acho que, falando antes, é explicando, né? De uma forma que a gestante não se sinta apreensiva assim, não se sinta nervosa, porque querendo não a gente fica. Lembro que na minha primeira gestação, quando o médico falou da possibilidade de eu sair de lá chorando achando que minha filha ia nascer prematura, né? E que ela não resistiria, a primeira coisa que a nossa cabeça.

Deu ansiedade.

Daí depois fui me acalmando. Pensei no tratamento, porque eu já ia tomar as injeções, eu já vou me preparar para caso ela realmente venha. Então aquilo foi me acalmando. Então, acho que depende muito da forma que é falado. Que é explicado para a gestante, que depende muito de como vai ser transmitida essa informação?

Pesquisadora

E de que maneira tu achas que essa informação pode chegar de maneira mais tranquila? Uma roda de conversa? O próprio médico ou enfermeira nas conversas mesmo, nas consultas? Ou de repente tu acha que um vídeo, um cartaz na parede a te chamar mais atenção? Ou outra metodologia que não falei?

Mãe 1

Eu acho que todos esses métodos são válidos, né? Tanto cartaz, né? Das enfermeiras, eu acho que o próprio médico, mesmo no acompanhamento gestacional, ele pode ir falar.

Se ele já está vendo o quadro, já está acompanhando as gestões, ele já sabe, mais ou menos é como é que está a gestação. Então ele pode chamar, a enfermeira também para ajudar nessa conversa, né? Acho que de uma forma bem didática, assim que a pessoa não se sinta, não se sinta tão, tão nervosa ou ansiosa.

Pesquisadora

Tu lembras se na carteira que a gestante tem alguma informação relacionada a isso?

Mãe1

Não. De prematuridade, não me lembro. E porque aqui eu não recebi a carteira da gestante. Porque não tinha. Eu recebi só um papelzinho, mas eu não me lembro se tem na carteira mesmo de porque eu tenho os outros filhos, né? Eu não me lembro se tem.

Pesquisadora

E tu não recebeu a gestação inteira e tu acompanhava?

Mãe 1

Com com um papelzinho. Assim, papelzinho assim, dobrado. Do hospital mesmo, porque não tinha aqui. E ela pediu para mim ir no posto mesmo, né? Para ver se eu encontrava no posto, que também não tinha. E aí, como eu trabalhava também o dia todo, não dá para mim ficar todo o tempo lá perguntar se chegou. Eu chegava do serviço, já estava fechado o posto. Quando pedia para minha mãe ir, eu ia quando eu precisava fazer alguma consulta. Aí eu aproveitava para ir lá para ver se já tinha chegado. Aí não tinha. Aí eu acabei ficando mesmo só com esse papelzinho.

Pesquisadora

Tu achas que poderia ser uma forma, né, ter alguma informação, alguma orientação lá?

Mãe 1

Sim. Eu sei que tem várias coisas assim, fala da alimentação, da carteira de vacina, fala de alguns cuidados da criança, mas em relação a isso acho que não. Porque os meus outros 2 eu não, eu fiz particular. E aí não recebi essa carteira do governo, né? Aí nessa particular não tinha. Eu não sei se dessa daqui do governo tem.

Pesquisadora

Ah entendi. Pois é. Então é isso, basicamente, é isso que eu queria conversar contigo. Agradeço na mais uma, uma vez a tua atenção comigo e se depois precisar ou quiser acrescentar algo, pode me procurar.

ENTREVISTA 2

Pesquisadora

Qual o seu gênero?

Mãe 2

Feminino.

Pesquisadora

A sua escolaridade?

Mãe 2

Superior completo, sou médica.

Pesquisadora

Sua atua nessa área?

Mãe 2

Sim, sou clínica geral.

Pesquisadora

Qual a sua idade?

Mãe 2

29 anos

Pesquisadora

A taxa de renda da tua família, até um salário, até 2, até 3 ou mais que 4

Mãe 2

Mais que quatro

Pesquisadora

Quem é o cuidador acompanhante principal do teu bebê? É uma menina, né?

Mãe 2

É uma menina. Sou eu, eu e o pai dela.

Pesquisadora

Vocês dividem os cuidados com ela na uti?

Mãe 2

Sim, ele vem pela manhã, eu passo o dia inteiro, aí a noite ele vai pra casa e eu continuo com ela. Continuo com ela.

Pesquisadora

Então ele vai conseguindo o tempo então, né? Do trabalho para poder ficar acompanhando vocês, que maravilha.

Mãe 2

Sim. Como eu disse, a gente tem que dividir o. A gente tem que dividir. Oo como é que se diz? Responsabilidade nós 2. Então ele vem, me ajuda aí. À noite ele vai para casa dormir, porque aqui só pode dormir. É uma pessoa, mas por enquanto está bem tranquilo.

Pesquisadora

E você conhecia já o método Canguru antes de vivenciar essa situação?

Mãe 2

Assim, eu já tinha ouvido falar como eu comecei a trabalhar. Recentemente. No posto de saúde onde começa o pré-natal, ainda não tinha muito conhecimento. No meu ambiente de serviço, eu ainda não tinha conversado com as pacientes sobre isso, sobre o Método Canguru. Quando cheguei aqui no hospital, quando eu tive o neném, eu fui saber exatamente sobre o método Canguru e agora. E agora eu posso aplicar no meu ambiente de serviço.

Pesquisadora

Saber mais detalhadamente, né? Importante, pois lá que começa. E de que maneira você considera que o método Canguru poderia ajudá-la, ou como ajudou após o nascimento?

Mãe 2

Crescimento. Crescimento sabe, eu percebo o crescimento dela, o apego, entendeu? Eu faço sempre o método Canguru, todos os dias eu faço o Canguru, até quando a gente dorme, enfim, já o pai dela ainda não se sente como é que se diz. Ele ainda não se sente seguro em fazer esse método que ele diz que ele é muito pequenininho. Mas eu disse, tu tens que tentar porque ela vai conhecer, vai te conhecer e vai sentir o teu cheiro e posteriormente vai saber quem é tu. Comigo ela fica quietinha, meu Deus do céu, é tão bom! E eu vi o crescimento dela, o quanto ela desenvolveu depois disso.

Pesquisadora

Ela é bem calminha, né?

Mãe 2

É, quando não está com fome? Ela é calminha.

Pesquisadora

Assim, teve algo que você lá no pré-natal, que você sentiu falta de informação?

Mãe 2

Olha. Em relação ao meu problema, que eu tive e por conta disso que ela nasceu prematura, que foi a pré-eclâmpsia, eu acho que deveriam ter me falado mais sobre, mesmo sendo médica, mas a gente às vezes passa em lapso. Quando é com a gente, com os outros é diferente, mas quando é com a gente, a gente acha que não vai acontecer.

Pesquisadora

Acha que não vai acontecer, né?

Mãe 2

Sim, e eu senti falta nisso, porque eu já sentia a um tempo. A minha pressão foi ficando alta e o médico nunca falou nada. Poderia eu poderia ter continuado a minha gestação? E ela tem nascido no tempo que era para ela nascer? Não. Mas 31 semana, 5 dias.

Pesquisadora

Ela nasceu com quanto tempo?

Mãe 2

Não. Mas 31 semanas, 5 dias. Logo que eu descobri que eu estava, porque na realidade foi eu que descobri por que minha pressão começou a ficar muito alta e eu fui logo nos exames para ver se tinha alteração. Aí eu falei para o meu esposo, olha, acho que não sei não, mas Eu Acredito que a minha pressão está ficando alterada. Eu falei e comentei isso com o obstetra. Eu disse, doutor, eu posso tomar um medidopa, né? Porque isso é o recomendado para mulher não que ter problemas com pré-eclâmpsia. Aí ele disse não. Eu, como especialista, não gosto nem de recomendar. Aí eu fiquei comigo, aí você é especialista, mas o SUS, que é o que a gente estuda, recomenda e não me recomendou tanto é que depois a minha pressão ficou só subindo, subindo, subindo, subindo, subindo. Tanto é que até hoje eu nunca nem perguntou como é que eu tô?

Pesquisadora

Então, uma pena, né? Você ter passado por isso.

Mãe 2

E eu senti falta isso durante o meu pré-natal. Porque eu quis fazer particular, pensando que eu ia ter uma atenção um pouco maior, mas eu me enganei.

Mãe 2

A minha mãe mesmo falou, que eu deveria ter começado o pré-natal lá no materno, porque eu já tive uma filha aqui.

Mãe 2

É como eu já tive uma filha aqui, então eu já tinha o prontuário e aí. A mãe disse, tu deverias ter feito pré-natal aqui, pois se tivesse feito. Eles tinham Descoberto isso e ela tinha nascido no tempo certo

Pesquisadora

Você já tem a outra filha?

Mãe 2

Eu tive, ela nasceu com hidrocefalia e faleceu. 19, dia que nasceu.

Pesquisadora

Eu sinto muito. Então imagina como foi pro teu psicológico? Sei que passar pelo longo.

Mãe 2

Tanto é que quando ela veio para AUTI. Tanto que a minha mãe veio aqui porque conversar com assistente, como eu estava lá embaixo, ela veio aqui e perguntou se ela estava do mesmo lado que a minha outra bebê estava, quando estava aqui na UTI. A assistente disse, não está do outro lado porquê? Aí ela foi contar que a mãe da neném tinha perdido a outra filha dela aqui. Tanto é que quando entrar na UTI, eu não olhava para o outro lado.

Pesquisadora

Ela ficou lá no intensivo?

Mãe 2

Isso que o lado que ela se encontrava no tempo que ela estava. Mas graças a Deus, ela agora está evoluindo muito bem. Eu só estou esperando alta para ir pra casa.

Pesquisadora

Amém. E se Deus quiser, não demora, né? Eu imagino que.

Mãe 2

Eu Acredito que essa semana já.

Pesquisadora

Graças a Deus, que maravilha. Meus sentimentos pelo que você passou.

Mãe 2

Mais 6 anos?

Pesquisadora

Mas eu acho que. Nunca passa né?

Mãe 2

Nunca . Nunca passa. Como a gente fala que ameniza.

Pesquisadora

Eu imagino. E em relação a essa questão do nascimento dela, nascimento prematuro dela, como é que tu achas que essas informações tu achas que ajudaria a conhecer o método Canguru antes?

Mãe 2

Em relação a ela? É, acho que ajudariam um pouquinho. É, ajudaria bastante, né? Por.

Pesquisadora

Que tu achas que ajudaria?

Mãe 2

Porque a criança, querendo ou não, quando o método canguru, ele ajuda a gente a criar um vínculo, entendeu? Como ela nasceu prematura, isso ajudou ela a crescer, como eu já disse, a evoluir mais rápido. E se ela tivesse nascido no tempo que era para nascer, também ia ajudar no crescimento dela. Por mais que agora a dona não está querendo mais o método canguru

Pesquisadora

Ela não quer?

Mãe 2

Não, eu coloco ela. Ela chora é mesmo, aí eu coloco no berço e ela fica tranquila.

Pesquisadora

Ela está se achando muito grande para ficar assim. Vocês estão aqui há quanto tempo?

Mãe 2

Vixe! Chegamos aqui dia 31, já 24 dias.

Pesquisadora

Vocês vieram direto para cá, para essa ala de cuidados intermediários, né?

Mãe 2

Não. Quando ela nasceu, ela foi pra UTI. Passou acho que uma semana e veio pra cá.

Pesquisadora

É, graças a Deus, não demorou lá, né?

Mãe 2

Não, não.

Pesquisadora

E assim? Se fosse para alguém te dar essas informações sobre o método canguru. Existe esse método. Falar que em caso de prematuridade, vai acontecer isso com o seu bebê. O que é importante o desenvolvimento dele. Tu achas de que maneira isso podia chegar até a ti, de maneira legal e leve? Cartaz, conversa com os profissionais, a enfermeira falando?

Mãe 2

Acho que o médico mesmo poderia ter feito isso, porque no meu pré-natal ele até falou que: Ah, possivelmente ela poderá, ela vai nascer prematura, mas ele não explicou.

Pesquisadora

Uhum.

Mãe 2

Se ele explicasse, Ah, ela pode nascer prematura, mas também tem um o método canguru que ajuda um pouco mais o desenvolvimento da criança. Seria legal! E ele não fez isso.

Pesquisadora

Ficou muito assustada em ver o bebê na UTI? Tu já tinhas passado por essa experiência e a anterior foi bem complicada, né?

Mãe 2

Sim. Eu já tinha.

Pesquisadora

Mas aí tu achas que de repente alguém te explicar que cada aparelho que é importante, mas pra salvar e não pra ser algo ruim, tu achas que te ajudaria?

Mãe 2

Mesmo sendo importante esse aparelho, mas eles causam uma pressão psicológica muito grande. Eu, sinceramente, da minha primeira gestação, eu disse que eu nunca mais entraria numa UTI.

Pesquisadora

Tu achas que existe algum jeito de tentar tornar isso menos difícil?

Mãe 2

Em relação a?

Pesquisadora

A esse medo, essa angústia que esse ambiente causa.

Mãe 2

Olha, tem casos e casos, né? Nem todos os casos são fáceis, mas, é assim, é enfrentar. É a única coisa que posso dizer. É enfrentar. A gente nunca sabe o dia de amanhã. Eu mesmo não sabia o dia de amanhã, na minha cabeça. Minha filha nascer é com 38, 39 semanas, não com 31 semanas e eu ia precisar voltar de novo para o ambiente da UTI. Mesmo voltando ao ambiente da UTI, como eu já tive essa experiência antes, dessa vez não foi tão... alterou tanto o meu psicológico como da primeira vez. Mas, eu consegui passar por isso de cabeça erguida e orando bastante. Orei muito. Eu orei muto e pedi: Deus, por favor. Não me deixa eu ficar com o meu psicológico abalado de novo por conta desses aparelhos.

Mãe 2

Esses aparelhos me dão uma pressão horrível. Mas é isso, o que passou, passou!

A gente continua aqui, continua, mas está bem mais tranquilo.

Pesquisadora

Agora já está tranquilo, chega o aparelho apita e você já encara com tranquilidade, né?

Mãe 2

Sim, é só porque fica saindo do pesinho dela pois ela fica empurrando.

Pesquisadora

E em relação ao recebimento de informações, tu achas que receber algum vídeo, folder, ver um cartaz, alguma coisa assim iria te ajudar a vivenciar esse processo? Ou mais na conversa mesmo?

Mãe 2

A conversa ajudaria muito. Eu não tive essa conversa em lugar nenhum, por isso que eu estou dizendo. Eu vim conhecimento do Canguru aqui, eu não conhecia. Até na minha primeira gestação eu não ouvi falar porque eu não fiz método Canguru, até por conta da cabecinha dela, que era muito grande. Eu não fiz método canguru. Tanto que quando eu cheguei aqui a enfermeira disse, vamos fazer o método canguru? E eu disse o que é Método Canguru? Eu fiz pergunta, e ela me explicou. E na mesma hora eu fiz, e a partir daí criamos um vínculo muito grande que eu criei com ela.

ENTREVISTA 3

Pesquisadora

Qual seu gênero e escolaridade?

Mãe 3

Feminino. Superior completo.

Pesquisadora

E a profissão?

Mãe 3

Sou fisioterapeuta.

Pesquisadora

Então você é da área da saúde?

Mãe 3

SIM.

Pesquisadora

E quase a tua idade?

Mãe 3

28 anos

Pesquisadora

A renda familiar de até um salário-mínimo, até 2, até 3, ou mais do que 4?

Mãe 3

Até 3.

Pesquisadora

Quem é o cuidador principal dos bebês?

Mãe 3

Sou eu.

Pesquisadora

Você fica aqui o tempo todo com eles? Quem é a pessoa que mais te apoia?

Mãe 3

Isso, que está mais me apoiando é o pai dos bebês, o meu namorado.

Pesquisadora

Uhum, ele vem aqui dividir o cuidado contigo, né?

Mãe 3

Vem, eu fico, eu estou ficando durante o dia, né? E ele fica durante a noite. E aí todas as noites ele vem dormir. Isso aí ele entrega o plantão dele é 12 horas no meio-dia, né?

Pesquisadora

É, tu és da área da saúde. Então tu já conhecestes o método Canguru antes ou não? Tu trabalhas em outra área?

Mãe 3

Não, não, eu trabalho, mas eu não conhecia o Método Canguru

Pesquisadora

Trabalha com outra, com outro tipo de assistência, né? É, e tu achas que se tu conhecesses o método canguru antes de vivenciar essa situação do nascimento prematuro deles, eu acho que teria te ajudado ou não?

Mãe 3

Teria me ajudado, porque eu acho que eles começaram a se desenvolver na UTI. É depois do momento que a gente conseguiu pegar eles no colo.

Pesquisadora

Então deu para perceber que isso ajudou?

Mãe 3

Ajudou. Depois o desenvolvimento deles foi outro. Eles começaram a ficar mais ativos, porque até então o (nome da criança) estava sedado. E aí a gente sempre ia e colocava no Canguru pelo menos 2 vezes ao dia, né? Na UTI e aqui também. O Davi à noite, o pai dele faz muito Canguru, durante o dia. Tanto é que hoje mesmo ele disse: - Olha a vi gosta mais do meu canguru do que do seu. (risos).

Pesquisadora

Um deles pode ficar mais, né? o Outro ainda usa suporte de mais aparelhinhos.

Mãe 3

Isso. Está ele ainda está tomando uma medicação, a alimentação dele na veia.

Pesquisadora

Ah, mas então que bacana que você entende que isso ajudou. Se você pudesse hoje interferir assim, algo lá no meu pré-natal que teria sido melhor, me ajudaria depois de tudo que você vivenciou. Tem alguma coisa que tu poderias indicar?

Que poderia ter sido diferente para te ajudar?

Mãe 3

Não.

Pesquisadora

Tu achas que foi tudo tranquilo?

Mãe 3

Foi tudo tranquilo, foi realmente eu sabia. É sobre a prematuridade, né? Porque já é minha gravidez, já era uma gravidez de alto risco. Só que como minha gestação estava muito boa, muito bem assistida, eu pensei que a gente ia ter prematuro com 34 semanas, mas não ia ter tantos riscos, né? Como foi o meu parto.

Pesquisadora

Que eles nasceram com quantas semanas?

Mãe 3

Com 31 semanas.

Pesquisadora

31 semana, né? Tu fizeste o pré-natal aqui?

Mãe 3

Sim, fiz o pré-natal aqui e fiz particular também na minha cidade

Pesquisadora

Você é de outra cidade?

Mãe 3

sim, sou.

Pesquisadora

Ah, então, mas no pré-natal tu não associa as dificuldades, ou indica conduta que podia ser melhorada?

Mãe 3

Não, não, não. Foi tudo bem esclarecido.

Pesquisadora

Entendi. E em relação ao nascimento deles, tu entendes que foi muito bem orientada?

Mãe 3

Fui

Pesquisadora

Não sentiu falta assim de nenhuma informação?

Mãe 3

Não. Não.

Pesquisadora

Tu disseste que tu achas que se tu tivesses tido acesso lá no pré-natal sobre informações do método, iria ser mais um pouquinho mais fácil, porque?

Mãe 3

Sim, é assim. Você nunca está preparada para ter um prematuro, porque a gente acha que é uma coisa realmente, mas não é questão só de ser prematuro. A questão foi da UTI em si, porque os meus, pelo menos eles tiveram complicações pós-parto. Eles tiveram um problema intestinal, passaram por cirurgia e tudo mais.

Mãe 3

Então eu creio que não foi em si a prematuridade, né? No caso deles, em si mesmo, a internação na UTI. A, questão do intestino, das cirurgias em si. E aí, é sobre o Canguru. Se fosse só a prematuridade, eu creio que o desenvolvimento deles iria ser bem mais rápido, né? Por conta do contato.

Mãe 3

O problema não foi tanto a prematuridade não.

Pesquisadora

E assim, em relação à informação que tu consideras importante para uma gestante, ainda, receber lá naquele iníciozinho que de repente tu achas que ajudaria? Achas que já está de bom tamanho, o que é passado?

Mãe 3

Eu acho que perder o medo, porque o medo no início ele trava muito, né? A gente não consegue pegar e a gente tem o medo. E é muito importante começar a fazer, porque quando faz o desenvolvimento, até o motor mesmo, desenvolvimento motor deles melhora, eles ficam bem ativos e conhecem a gente.

Pesquisadora

Como não conheceria a mamãe (risos)

Mãe 3

Pois é muito bom.

Pesquisadora

E assim, de que maneira tu acha que que a gestante, a família poderia receber essas informações? A abordagem da equipe?

Mãe 3

Eu acho que. Eu acho que no pré-natal, no pré-natal mesmo, eu acho que.

Pesquisadora

Através da caderneta, vídeo?

Mãe 3

Vídeos porque é importante, né? Nem toda mãe é alfabetizada, mas também colocar palestras, na maternidade, né? Na questão do pré-natal e fazer uma roda de conversa. Falar sobre o método Canguru, demonstrar como é. Eu creio que é saúde pública mesmo.

Palestrante

Entendi.

Pesquisadora

Então é isso. Muito obrigada por participar, se quiser acrescentar algo eu estou à disposição.

ENTREVISTA 4**Pesquisadora**

Qual seu gênero e escolaridade?

Mãe 4

Feminino e ensino superior com pós-graduação, tenho mestrado.

Pesquisadora

Qual é sua profissão e a sua idade?

Mãe 4

Professora. Idade, 40 anos.

Pesquisadora

E a agenda familiar, até um salário mínimo, até 2, até 3 salários mínimos, mais que 4.

Mãe 4

Mais que 4.

Pesquisadora

Você tem só essa filha?

Mãe 4

Só.

Pesquisadora

Quem é o cuidador principal, que acompanha a bebê aqui?

Mãe 4

Eu e o pai dela

Pesquisadora

Ele também compartilha o cuidado dela com você?

Mãe 4

Sim, sim. Ela cuida dela.

Pesquisadora

E antes de dela nascer, você já conhecia o Método Canguru?

Mãe 4

Não

Pesquisadora

Você acha que se lá no pré-natal vocês tivessem informações sobre o método Canguru, soubessem o que acontece com o bebê prematuro, as condutas de tratamento, os direitos que as famílias têm, você acha que teria ajudado a vivenciar esse processo?

Mãe 4

Bom, sim, mas eu não considero que seja. Vamos dizer. Talvez algo preponderante ou um tema característico de pré-natais, né? Assim, a possibilidade da prematuridade, sim. Acho que sim, mas também não considero que... não acho que é proforma, né? Você tratar um tema desses pode gerar muita tensão.

Pesquisadora

É um, é muito delicado, né?

Mãe 4

Sem dúvida. Em períodos de gestação, embora seja uma possibilidade para todas, né? Todas as gestações. Acho que é um tema mais delicado. Não é um tema comum em pré-natais, né? E talvez devesse entrar. Mas também eu acho que careceria de um estudo mais no âmbito da psicologia, multidisciplinar para ver sobre isso, né? Eu recebi as informações depois do nascimento, mas também quando as informações vieram. A gente foi acomodando-as e ajustando no tempo certo.

Pesquisadora

Tu achas então que o tempo foi oportuno, né?

Mãe 4

Foi, o tempo foi a contento.

Palestrante

Uhum.

Mãe 4

Foi a contento para a gente entender utilizar o método.

Pesquisadora

O que fez o pré-natal aqui?

Mãe 4

Não.

Pesquisadora

Tu achas que existe uma maneira que o tema poderia ser trabalhado sem levar uma carga ainda?

Mãe 4

Sabe, eu acho que pode ser utilizado, no geral, para todas as situações, né? De prematuridade e para bebês que nascem no tempo esperado ou não. Bebês a termo, como chamam, acho. Então acho que o método pode auxiliar no desenvolvimento da criança como um todo, penso eu, entendeu?

Pesquisadora

Não precisaria então focar na prematuridade?

Mãe 4

Eu acho que utilizar com favorecimento de bebês em geral, prematuros ou não.

Pesquisadora

Seu bebê nasceu com quantas semanas?

Mãe 4

32.

Pesquisadora

E aí, vocês já estão aqui há quanto tempo?

Mãe 4

Aqui na UCI há 6 dias e na UTI 14.

Pesquisadora

Ah, vocês logo vão para casa, né?

Mãe 4

Amém? Vamos? Vamos? Sim, sim, sim.

Pesquisadora

Então assim, só para a gente finalizar. Aqui, por exemplo, aqui é uma maternidade de alto risco, né? Então, as mulheres que estão aqui, têm gestações com uma probabilidade mais elevada de ter um parto prematuro. Então, assim, as pesquisas apontam que, se você não sabe o que pode acontecer com o seu bebê, pode gerar a muita ansiedade. Então tentar desmistificar o ambiente da uti e os processos para que eles sejam reconhecidos como um benefício poderia ajudar.

Mãe 4

É a gestação em si, ela é tem muitas demandas. Não é? E a questão socioemocional para gestante ela é fundamental, né? E assim eu penso que a experiência da UTI, dos cuidados intermediários, eles vão precisar ser tratados à medida que forem acontecendo, que a antecipação de problemas também não. Acho que não é saudável para gestação, né? Por conta desses fatores, né? Ansiedade, preocupações que a gestação traz. Mas à medida que aconteceram intercorrências, que elas sejam tratadas nesse sentido, né? Do cuidado, que é um

cuidado, que é uma necessidade, né? E que não é um desfecho negativo. Como a maioria dos desfechos são positivos, **eleva os desfechos positivos** não é verdade.

Pesquisadora

Interessante. Seu ponto de vista vai contribuir bastante com o trabalho. E em relação à tua experiência, a tua vivência. Tua bebê nasceu, vocês estão aqui próximo de 1 mês já. E o que é que tu que mais te marcou, que tu gostarias de acrescentar?

Mãe 4

Bom, eu acho que a organização do serviço, né? Em torno entender como funciona. O Amparo do hospital, o método do hospital para esses, para esses casos, é. Eu acho que eu destaco isso, como hospital se organiza, como a equipe técnica se organiza, o fato de ser um hospital escola, como é que isso também está organizado, porque gera um fluxo maior de pessoas no ambiente, né? Então acho que o destaque mesmo que eu trago é a metodologia que o hospital utiliza como hospital se organiza. Para que os bebês têm um percurso vitorioso, né? Os bebês e as mães. Então isso para mim foi algo assim que me chamou mais a atenção nesse processo todo.

Pesquisadora

Sei lá no seu pré-natal, alguém que fosse te chegar para abordar e dizer assim, olha, gente, é o bebê que nascer antes de 37 semanas ele será prematuro. Caso isso aconteça você tem direito ao tratamento humanizado, o método canguru tem vários benefícios, tu achas que teria uma conotação ruim? O objetivo é que a família conheça o processo até para verificar se está tudo de acordo com o que é preconizado. Pois se as mães e famílias não tiverem o conhecimento, o bebê pode passar por todo esse processo sem fazer, né? Então essa é uma preocupação, é que as famílias saibam que isso é importante para poder exigir.

Mãe 4

Sim, sim, claro, claro, sim. Acho que é compromisso com a informação, é. Porque realmente eu acredito. Tipo que toda profissão tem muitas variáveis, né? Você às vezes acaba fazendo um recorte, né? O método Canguru para prematuros talvez, talvez assim é quebrar as Barreiras da informação, né? Tirar um, tirar uma visão de um lugar apenas e colocar ele numa visão mais em perspectiva, né? O método Canguru ele é importante para o desenvolvimento da criança, sobretudo da prematuridade. Né, eu acho que é mesmo quebrar a Barreira da informação. Não. Eu acho que isso está mais no âmbito é da visão da própria medicina, da enfermagem, das equipes que cuidam. É. Levar informação? Aí tem que fazer. Eu acho que é um processo de mobilização, né? Você para a informação chegar. Você precisa mobilizar vários atores, né? A lei ela não se concretiza só.

Pesquisadora

Então, você acredita que a melhor estratégia é o mesmo diálogo?

Mãe 4

Eu acho que não só o diálogo, eu acho que você precisa de mobilização social para as coisas acontecerem, né? Desdobrar esse é um decreto que obrigue os hospitais e os médicos a levar essa informação nos pré-natais, por exemplo. Por que só a vontade das pessoas não faz as coisas acontecerem num sistema como o nosso?

Pesquisadora

É, infelizmente, às vezes nem os decretos, porque eles só são implementados na prática se houver fiscalização e conhecimento.

Mãe 4

É, mas aí, por exemplo, se tem uma lei, você regulamenta a lei, você já cria um outro movimento, né? Aí se você de repente leva isso para o âmbito da educação, talvez dentro do ensino superior, aborda isso nos currículos das universidades, nos currículos dos cursos da área. Né? Se você coloca mais uma exigência legal, você avança na regulamentação, né? Se

you avança na regulamentação da lei, you tem um ponto importante porque you dissemina a informação para todos os cantos.

Pesquisadora

Nível estratégico mesmo.

Mãe 4

You precisa mobilizar todos os atores, né? Para fazer as coisas acontecerem. Então, se é lei, you já tem um instrumento que é muito importante. Né? E you pode pensar em processos de regulamentação, em mobilização das esferas. Poder executivo municipal, poder executivo estadual, né?

Pesquisadora

You entende que as famílias de posse do conhecimento poderão fazer valer com mais facilidade seus direitos e exigir a melhor conduta?

Mãe 4

Entendo. Mas a questão do conhecimento ela também não chega, não é? Eu sou da área da educação e a gente sabe.

Pesquisadora

É a questão.

Mãe 4

A educação tem as suas lacunas. Em todas tem todas as ofertas, né? Educação básica, ensino superior, you tem que fazer grandes mobilizações para as coisas acontecerem, né? Então, mobilizar o poder legislativo, o poder executivo, propor regulamentação legal, propor a lei, já que é só uma orientação, né? Já que é só não, já que se trata de uma orientação. Eu acho que é uma mobilização permanente dos conselhos das áreas de saúde, seja de medicina, seja de enfermagem, isso vai levar também uma mudança

Pesquisadora

É porque, no caso. Esse é um hospital que é amigo da criança e amigo da mulher. Então, dentro dessas iniciativas, para o hospital ser parte dessas iniciativas, ter esse título, ele prima por esses requisitos. Mas nem todos têm.

Mãe 4

É acho que exigido os profissionais da área de obstetrícia, né? Que. Um tem mais coisa para ser feita, com certeza.

Pesquisadora

Então é, então é isso, mas que eu queria saber que que a minha ideia é ver o que que eu poderia contribuir em relação à comunicação. Pois os profissionais muitas vezes já sabem, então munir o cidadão de informações seria mais uma forma de reforçar.

Mãe 4

O exercício da profissão também tem suas complexidades, né? Eles assim, Ah, o profissional ele deve fazer. Às vezes a profissão atravessada por tantas coisas, né? Que aí you não tem ali o manejo pra fazer, né? Aí tem que organizar método, enfim.

Pesquisadora

E sobre essa questão do método, quais you acharia mais adequados para colaborar com esse processo? Folders, vídeos, cartazes?

Mãe 4

Eu, na minha opinião, é tudo. Ter uma frente, né? Um planejamento, uma frente de execução para que as coisas aconteçam, né? Porque uma pessoa lê o folder, outra pessoa já ouve o rádio, outra pessoa já vai para a lei, né? **You tem um público muito diverso, aí a comunicação precisa ser diversa**, né? Pra atender, né? Tem que ver que o público, ele é diverso, né? A gente é um país de desiguais, então tem gente que não consegue ler, mas já houve no rádio, né? No interior do Maranhão, por exemplo, as pessoas são muito adeptas ao

rádio, né? A informação que circula pelo rádio, então você tem um rádio, você tem uma TV, você tem que utilizar multimeios.

Pesquisadora

Muito bom. Então basicamente era isso que eu queria conversar com você. Obrigada pelo seu tempo, pela conversa e aceitar participar da minha pesquisa.

ENTREVISTA 5

Pesquisadora

Como não vou identificar seu nome, as primeiras perguntas são para caracterizar o entrevistado. Qual gênero você se identifica e a sua escolaridade?

Mãe 5

Feminino e tenho ensino superior completo

Pesquisadora

Profissão?

Mãe 5

Assistente Social, mas não exerço a profissão ainda. Eu terminei o curso e tive o meu diploma. Só que ainda não fiz a minha carteirinha e não exerci porque precisava trabalhar para ajudar meus pais. A para conquistar a casa própria, né? É minha profissão. Atualmente está sendo ser operadora de caixa. Ainda não consegui emprego na área?

Pesquisadora

Qual a sua idade?

Mãe 5

Eu tenho 29 anos.

Pesquisadora

A renda familiar, até um salário mínimo, até 2, até 3 ou mais do que 4?

Mãe 5

Eu acredito que seja em média 3 salários mínimos.

Pesquisadora

Quem é que é o cuidador principal do bebê?

Mãe 5

É. É a cuidadora principal sou eu.

Pesquisadora

É que você está aqui o tempo todo com ela, né? Você conhecia o método Canguru antes? Dela nascer, ela é sua primeira filha.

Mãe 5

É minha primeira filha, primeira filha? Não, eu não conhecia o Método Canguru não, fui conhecer ele lá na UTI. Aqui no hospital.

Pesquisadora

Você fez o pré-natal aqui?

Mãe 5

Não fiz o pré-natal na clínica do fora. Aí é, fui para um ultrassom e o médico que trabalha lá, também trabalha aqui e me indicou no dia que eu precisava ser internada de urgência, né?

Porque eu? Com o bebê, estava com restrição de crescimento, não estava, não estava ganhando peso e o líquido estava pouco e ele podia ficar sem oxigênio. Aí ele disse pra mim que era melhor eu me internar no mesmo dia, e aí eu vim pra cá. Vim pra cá porque ele disse que era o hospital mais perto e é de referência, com profissionais muito mais especializados para o meu caso, né? E aí eu confiei e vim.

Pesquisadora

Tu estavas com quantas semanas de gestação?

Mãe 5

Eu estava de 30 semana e 6 dias. 7 meses, né? Ou começando 8 meses

Pesquisadora

Como é que foi para ti essa experiência dela nascer antes do tempo esperado?

Mãe 5

Pra mim? Assim, porque assim a gente sempre pensa, o pior caso, né? É, eu estava com a pressão alta. Eu estava com muito medo. Era a minha primeira filha já. E olha, foi uma experiência muito assustadora para mim, não é? Porque na minha cabeça minha filha ia ser entubada. Tinha tido, já tinha feito várias tentativas de engravidar, nunca tinha engravidado. Então a minha gestação foi algo que eu já queria há muito tempo, porém, só veio agora. E aí veio de um jeito que não era planejado. E na cabeça da gente que é mãe, a gente não espera que o nosso filho vai nascer antes de tempo. A gente espera e se programa para o bebê nascer uma data correta, até em relação aos cuidados que a gente tem na gestação, é em relação a alimentação. A tudo isso a gente se programa, muda toda a nossa rotina, nossos hábitos, para que o nosso bebê tenha de bem-estar e nasça na idade gestacional correta. E não foi o caso. Ela nasceu antes e isso gerou em mim muito medo, muita angústia, mas também muita fé de que iria dar tudo certo.

Pesquisadora

Tu achas que se tu tivesses mais conhecimento sobre prematuridade, método Canguru antes, acha que teria te ajudado?

Mãe 5

Eu acho que teria me ajudado, sim. Porque na realidade, quando eu realizei meu pré-natal, é. Todos os médicos que eu passei não foram os daqui. É, me diziam que estava tudo bem. Bem que estava tudo bem, que era só eu diminuir a ingestão de sal, não me estressar muito. E aí eu não tive noção da real gravidade. A minha gestação poderia ter eclâmpsia, podiam falar que eu estava uma gestação de risco. Então para mim é estava com um problema na minha gestação, mas algo que eu poderia lidar e levar a gestação sem nenhuma complicação, nem consequência.

Pesquisadora

Não te deixaram ciente da situação?

Mãe 5

Não, então se eles tivessem me passado logo no pré-natal, que a minha filha poderia nascer antes do tempo. do risco da prematuridade, tudo isso eles me passassem o real cenário, talvez eu teria me programado melhor. Talvez eu teria tentado ver alguma forma de melhorar mais os meus hábitos, tentar fazer mais algumas coisas assim, tipo ter o afastamento do serviço um pouco mais cedo, ter tentado me estressar menos.

Pesquisadora

Você acha que poderia ter intensificado os cuidados?

Mãe 5

É, eu acho que talvez eu tivesse também organizado as minhas coisas, as coisas dela, por mais antecedência para mim passar a perder assim.

Pesquisadora

Vocês estão aqui há quanto tempo?

Mãe 5

Vai fazer 2 meses dia 5 de setembro.

Pesquisadora

Mas estão perto de ir pra casa né?

Mãe 5

Se Deus quiser, o peso já atingiu.

Pesquisadora

Graças a Deus, Se tu pudesses acrescentar alguma coisa que poderia ser diferente assim que tu achas que poderia melhorar tua experiência, já que tua experiência foi essa, né? Que a gente não espera, mas às vezes acontece. Então, o que que poderia tornar isso melhor para ti?

Mãe 5

Eu acho que talvez também é cobrança. Talvez se eu se eu tentasse relaxar um pouco mais, não me cobrasse tanto, talvez isso me ajudaria na em relação a tudo e até cuidar melhor dela.

Pesquisadora

Com certeza, mas em relação aqui ao hospital tu sabes do que é método Canguru, né? Tu soubeste só quando chegou aqui?

Mãe 5

Eu soube quando eu cheguei aqui. Eu já o tinha ouvido falar, mas eu não tinha me aprofundado no assunto. Até porque foi a primeira vez que eu me deparei com uma gestação. Eu me deparei com a prematuridade da minha filha, né? Então é. Até dado momento, o assunto não era aprofundado.

Pesquisadora

Depois de conhecer, tu achas que o método te ajudou?

Mãe 5

Muito mesmo. Eu Acredito que o que fez a minha filha ter um desenvolvimento em relação ao quadro de saúde dela. Foi muito rápido em relação a não precisar de muito suporte, ganhar peso, foi pela questão do método e me utilizo até hoje para dormir com ela e tudo.

Pesquisadora

Faz muito o contato pele a pele?

Mãe 5

Sim e eu acredito que isso ajudou muito no ganho de peso, que era o principal motivo da gente estar aqui. Foi muito bom pra ela sentir que tem o afeto, tanto o meu quanto do meu esposo também. Ele realizou muito. A gente fazia todos os horários da dieta, a gente fazia com ela no Canguru. Ficava de 2 a 3 horas lá na UTI. Até hoje eu fico, quando ele chega, ele fica também. E aí eu passo o dia sempre quando dá, né? Aí às vezes aperta para fazer alguma coisa, mas tento ficar o máximo de tempo possível, porque **eu acredito que isso ajudou ela emocionalmente a lutar pela vida dela.**

Pesquisadora

Que lindo.

Mãe 5

Eu conversei bastante com ela, fazia oração, sempre com muita fé, acredito que fez com que ela tivesse um desenvolvimento melhor. E tanto que o pessoal aqui diz que eu sou a mãe que mais fica no canguru. E tenho certeza que ajudou muito. Assim, ela teve um desenvolvimento rápido. Ganhou peso e eu via as crianças indo para o respirador, intubando, tinham uma piora muito grande, ficavam muito tempo no Cepap e ela não. Ela usou Cpap poucos dias.

Pesquisadora

Ela nasceu com que peso?

Mãe 5

1 kg e 40. Ficou com cpap poucos dias ela mesmo tirou, puxou e até machucou um pouquinho o narizinho dela e a fisioterapeuta disse, que iria aguardar. E aí ela não dessaturou e não usou mais.

Pesquisadora

Maravilha.

Mãe 5

Na questão do contacto pela a pele. Eu sei que ela sentiu que os pais dela estavam ali para ela. E se esforçou muito para melhorar.

Pesquisadora

O pai acompanhou de perto todo o processo?

Mãe 5

Sim, ele estava de licença paternidade. Só que, infelizmente, a licença paternidade, ela é inferior à da mãe. Não é um tempo, grande. Ele voltou já a trabalhar e aí à noite, quando ele vem, ele fica com ela.

Pesquisadora

Ele vem toda noite?

Mãe 5

Vem toda noite. Só que ele não dorme aqui porque não tem onde ele ficar. Mas eu fico durante o dia. Mas toda vez que ele estava de na licença ainda, toda vez a gente vinha junto, a gente dividia junto. No caso, eu ficava pela manhã com ela no Canguru. Lá na UTI ele ficava pela tarde.

Pesquisadora

Você considerou importante esse apoio?

Mãe 5

Muito importante, porque é a força que a gente tira para cuidar de um filho é muito grande. Mesmo tendo rede de apoio, às vezes o puerpério, ele já é pesado, ele já é muito demanda, muito sentimental, o cansaço físico, emocional, da pessoa. E aí quando a gente tem uma rede de apoio, a gente tem pessoas ali pra gente. A gente se sente acolhido, tem mais força para continuar.

Pesquisadora

E assim em relação ao Método Canguru, tu achas que ele deveria ser mais falado na gestão?

Mãe 5

Com certeza. Eu acredito que não só para bebês prematuros, mas bebês de que nascem na idade gestacional correta. Eu acredito que se as mães soubessem o tanto que o método Canguru ajuda no desenvolvimento do bebê, eu acredito que ele ajuda não só na recuperação, mas também no Salto de desenvolvimento, nas descobertas, em tudo isso, isso é. No vínculo mãe e filho, pai e filho, melhora muito mais quando tem o contato pele a pele. Tanto que ainda tem aquela questão do parto ter o momento de ouro, se eu não me engano, que fala que é o primeiro contato a hora de ouro, que é o primeiro contato pele a pele que a mãe tem com o bebê deve ser assim que ele nasce.

Pesquisadora

E no caso da gestante, de que maneira tu acha que há questões poderiam ser abordadas da melhor forma?

Mãe 5

Eu acho que no pré-natal.

Pesquisadora

Mas de que maneira? Vídeos, folders?

Mãe 5

Acho que pode ser nas consultas pré-natais, né? Campanhas também podem ajudar bastante, mas eu acho que o fortalecimento maior é com o profissional ali no pré-natal, explicando que existe o método Canguru, que ajuda na amamentação e na recuperação do bebê.

Pesquisadora

Maravilha. Então é isso? Muito obrigada, viu? Pela tua ajuda, pela conversa.

Muito obrigada.

ENTREVISTA 6

Pesquisadora

Qual o seu gênero, escolaridade e profissão?

Mãe 6

Escolaridade fundamental incompleto, tenho 18 anos e sou estudante.

Pesquisadora

Você sabe a renda familiar?

Mãe 6

Eu recebo bolsa família.

Pesquisadora

Né? É quem é o cuidador principal do bebê. É você que fica aqui com ele ? Você tem apoio de alguém nesse cuidado?

Mãe 6

Eu tenho. Eu tenho da minha sogra, da família na parte do meu pai, que é meu pai, minha avó e minha tia. Aí, como eu moro na casa da minha sogra, eu e minha sogra, minhas cunhadas, a avó dele, a bisavó dele e o avô dele.

Pesquisadora

E eles vêm te ajudar, te dão apoio, né?

Mãe 6

Bem, a minha sogra, ela vem quase todo dia aqui, entendeu? Ela ficava direto comigo na UTI. Mas quando ele veio pra cá, não teve onde ela ficar? Aí eu fico direto. Porém, sempre ela vem do serviço, ela passa aqui e conversa, pede umas informações dele e vai para casa.

Pesquisadora

Ele nasceu com quantas semanas?

Mãe 6

Fiquei primeiro na UTI, ele nasceu de 25 semanas e 6 dias.

Pesquisadora

Um guerreirinho maravilhoso, ele está enorme. Estão aqui há quanto tempo?

Mãe 6

4 meses

Pesquisadora

Pelo que vejo ele está se recuperando muito bem, né?

Mãe 6

Ele nasceu de 6 meses. Eu fiquei 3 meses e meio na UTI. Eu vou fazer quase um mês aqui.

Pesquisadora

Que bom que está dando tudo certo. É uma Batalha, né?

Mãe 6

Muita. Passamos já por tantas circunstâncias ao ponto de ele vem para cá, mamar e pegar peso, ver negócios dos outros exames, os resultados.

Pesquisadora

Isso já está aqui há mais de 3 meses né? Você foi mãe bem jovem, né? mas antes dele nascer já tinha ouvido falar no Método Canguru? Tu fizeste pré-natal onde?

Mãe 6

Fiz no posto da liberdade, lá nunca ninguém me falou nada de Método Canguru, mas quando eu cheguei aqui a mulher me explicou. Me falaram na UTI que é um dos métodos mais importantes por crescimento dele e pela temperatura também, porque como ele foi um bebê muito novo, ele tem devia sentir mais o meu quente, entendeu? Seria na barriga, mas agora ele tinha que ficar fora.

Pesquisadora

Com certeza. E assim, de que maneira tu achas que o método Canguru poderia ter te ajudado? Ou te ajudou?

Mãe 6

E muita forma do crescimento dele. E, tipo, toda vez que eu vinha para cá, para UTI, eu vinha todos os dias, né? Então, todos os dias eu estava fazendo Canguru. Eu estava com muito medo

de pegar ele, porque eu pegava era assim (indicando o tamanho com as mãos) , ó, esse aqui era o corpinho dele, era extremamente, muito pequeno. Aí ficava com ele. Depois que eu peguei, no outro dia, nunca mais larguei.

Pesquisadora

Perdeu medo, né?

Mãe 6

Eu vim, perdi o medo. Ficava. Ficava horas e horas na cadeira, ele era levinho. Depois começou a ficar mais pesadinho. Aí só pegava ele assim, ficava e ele dormia que eu tinha que acordar para comer. Eu não sabia pegar ele. Aí eu estava vendo, e pensei que se eu não pegar, quem pegaria ele. Aí eu peguei ele sozinha, eu peguei, fiquei com ele. Aí eu comecei a trocar sozinha. Tudo sozinha, perdi o medo porque se ninguém ia fazer e eu sou a mãe, né?

Pesquisadora

Isso tu achas que se lá no pré-natal tivessem falado sobre a possibilidade de prematuridade, do método Canguru, do que é, porque é importante. Tu achas que isso teria te ajudado?

Mãe 6

Sim.

Pesquisadora

Porque tu acha que ajudaria?

Mãe 6

Até porque ele não me falará em questão se eu poderia ter um parto prematuro. A gente não sabia não, não foi falado. Não foi falado isso porque eu estava fazendo pré-natal certinho, fiz uma morfológica e não tinha nada, entendeu?

Pesquisadora

E quando você chegou aqui ficou com medo da UTI?

Mãe 6

Cada barulho estranho, disparando, ficava preocupada, pensava que era ele e era de outra criança, via várias crianças, haviam casos diferentes e saía uma criança. Chegava até escutar criança que já tinha morrido. Eu não cheguei a ver, entendeu? Mas a gente escutava e era muito ruim.

Pesquisadora

Chegou a presenciar um óbito?

Mãe 6

Eu ficava muito tensa, me preocupava com o meu também, mas eu continuava orando e eu também não só orava pelo meu filho, orava pela todas as crianças também, entendeu?

Estávamos todos no mesmo barco. Tinha medo do que poderia acontecer com ele, poderia acontecer com todos também, mesmo com moderação diferente.

Pesquisadora

Muito difícil essa experiência. E depois de passar por isso, tu já disseste que acha que se tivesse recebido mais informações, no pré-natal teria sido melhor. Mas de que maneira que tu achas que isso seria ideal?

Mãe 6

Sim. não houve nada como a gente aprendeu aqui, e eu acho que mesmo se ele não fosse prematuro, tivesse nascido na data melhor para ele. Era importante fazer Canguru por conta da temperatura após banho, como eles falaram. A gente teve uma aulinha aqui, como seria a forma de banhar. O primeiro principal dele terminar de banhar, botar no Canguru. Fora os outros aspectos, entendeu? Ajudar a cólica, ajudar ele ficar mais quentinhos, entendeu? Mas não fora me passar desde o começo, entendeu? Porém, eu fiquei 6 meses lá e durante esses 6 meses para estava passando. Não e não passaram nada.

Pesquisadora

E em relação à UTI também, tu achas que te explicar sobre os aparelhos que era para salvar a vidinha dele te deixaria mais tranquila?

Mãe 6

Até explicaram, mas a gente só pensa o pior. Ele tinha um aparelho dele respiratório. Ele ficou muito tempo no tubo, né? Tinha esse aparelho na televisãozinha pra ver batimento dentro já sabe, é o batimento dele, a saturação dele. Aí tinha umas bombas que estava entrando medicamento.

Pesquisadora

Muita coisa, né?

Mãe 6

Nossa, ele começou, inchar. Ah, que não conseguiam mais nem acessar nem na mão e nem no pé, tiveram que botar acesso aqui no pescoço. Aí dentro do pescoço ele conseguiu melhorar com vários medicamentos dele, entendeu? Até ficou marquinhas aqui, ó que era costurado daqui dele. Aí ele não mamou, ele tomava na sonda, tomava na bomba, é assim, na bomba.

Pesquisadora

Ele continua sem mamar?

Mãe 6

Era já está tomando a mamadeira, porque eu não tive reprodução de leite.

Pesquisadora

Mas assim, para receber essas informações que tu pontuaste como importantes, qual seria a melhor forma? Digamos, um vídeo, um folder, abordagem profissional?

Mãe 6

É pelo modo de falar, entendeu? Também seria ajudar bastante.

Pesquisadora

Profissional, mesmo em conversa?

Mãe 6

Exatamente, porque como a gente não sabe realmente quando será um parto. É algo natural que tem uma previsão, mas não uma data específica e aí, vai que a criança seja prematura. Aí o método vai ser explicado só no hospital. Então é preciso é prevenir antes de tudo.

Pesquisadora

É muita coisa ao mesmo tempo, né, quando chega aqui? E, a última pergunta, digamos você tenha as opções dessas ferramentas aqui para receber as informações, qual seria a escolhida? Vídeo, folder, documento em pdf, no WhatsApp, conversa com a equipe, um cartaz lá no posto de saúde ou outra coisa que não falei?

Mãe 6

Acho que a equipe é maior. É porque mesmo com vários tipos plaquinhas de negócios, eu não ficaria tão interessada e também acho que muitos nem iriam entender, né? Então melhor falar, explicar, mostrar a forma certa, entendeu?

Pesquisadora

Perfeito. Então muito obrigada por aceitar participar.

ENTREVISTA 7

Pesquisadora

Os primeiros é para caracterizar a pessoa entrevistada, qual é o seu gênero e a sua escolaridade?

Mãe 7

Feminino e ensino médio completo.

Pesquisadora

Qual é sua idade e profissão?

Mãe 7

30 anos, sou dona de casa.

Pesquisadora

A renda familiar é de até um salário, até 2, até 3 ou mais do que 4. É quem é o principal acompanhante do bebê.

Mãe 7

Até um salário.

Pesquisadora

Você tem apoio de alguém da família para cuidar dele?

Mãe 7

Sim o Pai dele.

Pesquisadora

Como funciona a dinâmica de vocês?

Mãe 7

Ele vem, ele trabalha durante o dia, ele vem à noite ficar com ele.

Pesquisadora

Ele vem todas as noites?

Mãe 7

Sim

Pesquisadora

Como está sendo essa experiência? Antes dele nascer você conhecia o método canguru?

Mãe 7

Não

Pesquisadora

Ele nasceu com quantas semanas?

Mãe 7

37.

Pesquisadora

Quase ele nasce a termo né? Você fez pré-natal aqui, não foi fora em uma, mas aqui em. Luís, isso. Tu achas que o método Canguru te ajudou? Tu está aqui há quantos dias com ele?

Mãe 7

Não eu fiz fora, estou aqui há uma semana.

Pesquisadora

Chegou agora, né? E assim, tu achas que te ajudou?

Mãe 7

Eu fiz com ele na UTI quando eu estava na UTI, mas agora ele não gosta mais disso, ele se agonia

Pesquisadora

Ele não quer mais ficar no canguru? É, mas assim, o método canguru também envolve outras coisas. Por exemplo, essa tua presença aqui direto, né? O pai poder ficar com acesso direto a promoção da participação mais ativa da família, além do contato que ajuda no desenvolvimento. Alguém te falou sobre isso? você.

Mãe 7

Acho que sim.

Pesquisadora

De que maneira, consegue dizer? Pode ficar à vontade, viu? Ah, eu não vou te identificar. Eu preciso que tu assines o termo mesmo para comprovar a veracidade e a ciência da pesquisa. Mas eu não vou identificar. Então, que tipo de informação tu acha que seria boa assim para te ajudar essa caminhada? Tu ficaste com medo, não? Mesmo quando ele foi pra UTI ?

Mãe 7

Sobre o conhecimento sobre mais assim para cuidar melhor dele, porque é primeiro filho, aí ainda estou aprendendo. Não fiquei com medo na UTI não.

Pesquisadora

Não sentiu medo? Que bom. É uma exceção. Esses aparelhos costumam deixar as pessoas com muito medo. E é. Tu achas que que informação te faltou assim? No pré-natal.

Mãe 7

Acho que foi tudo bem.

Pesquisadora

Tu consideras então que foi satisfatório então, não é? Que maravilha. E em relação a essa experiência dele ter nascido prematuro? Como foi assim que aconteceu?

Mãe 7

No final minha pressão foi aumentando.

Pesquisadora

Aumentou no final, né? Aí foi cesárea?

Mãe 7

Foi sim.

Pesquisadora

Mas estou vendo que ele já está bem grande. E ele nasceu com qual peso?

Mãe 7

Acho que 1kg e 500.

Pesquisadora

Já já vocês vão para casa. E é assim, você já disse que se sentiu bem orientada, mas se você fosse receber, mais informações sobre os cuidados, tu achas que alguma coisa poderia ter sido legal para te dar mais informações, por exemplo, se ainda tivesse recebido um vídeo, folder, participado de uma roda de conversa, tu achas que isso agregaria, seria bom?

Mãe 7

A informação é sempre boa, né?

Pesquisadora

Aí de que maneira tu acha que isso pode chegar sem atrapalhar? Porque a gente sabe que a gestante tem muitas demandas e preocupações, então, que forma que tu is achar mais adequada? Poderia ser melhor receber essas informações por vídeo, folder ou profissional mesmo conversando contigo?

Mãe 7

Ah o profissional explicando é melhor.

Pesquisadora

Certo. Então vou deixar você à vontade com seu bebê. Obrigada por participar.

ENTREVISTA 8

Mãe 8

Que legal, até porque é algo que eu também queria entender. Para mim, na verdade, seria importante entender tudo isso, né? Eu claro que eu já sabia que eles iriam nascer prematuras, porque como são gemelares. São da mesma placenta, então nasce mais ou menos com 34 a 35 semanas no máximo, né? E aí, se eu soubesse um pouco mais sobre a prematuridade no pré-natal, eu já ia entender mais ou menos o que eu iria passar. Tanto é que não foi tudo isso, né? Para mim, o que eu vivi, tanto na UTI como na UCI, para mim está sendo assim, um impacto, né? Porque é tudo muito novo, até porque eu sou mãe de primeira viagem, logo de duas, e eu não entendia muitas coisas e nem entendo até hoje.

Pesquisadora

Você ainda tem dúvidas?

Mãe 8

Não entendi e não entendo muitas coisas, né? Então, assim, para mim está sendo um aprendizado. E quando eu ouvia falar de UTI, nossa, não tinha nem noção de tudo isso. Que acontecem aqui e na UTI também. Não saberia que isso iria acontecer comigo, né? Como aconteceu? Mas graças a Deus as meninas estão aí.

Pesquisadora

Estão aí já bem grandinhas.

Mãe 8

Estão em recuperação e a gente está lutando aí nesse processo.

Pesquisadora

É, então vamos, eu vou começar essas perguntinhas aqui, essas primeiras. É só para identificar o perfil das pessoas entrevistadas. Qual o seu gênero?

Mãe 8

Feminino

Pesquisadora

A tua escolaridade?

Mãe 8

É superior completo.

Pesquisadora

Certo, e a tua profissão?

Mãe 8

Sou professora.

Pesquisadora

E a tua idade?

Mãe 8

Tenho 36 anos.

Pesquisadora

A renda familiar é de até um salário-mínimo, até 2, até 3 ou mais que 4?

Mãe 8

Dois.

Pesquisadora

É quem é o cuidado principal da das bebês, a cuidadora é, você está aqui o tempo todo, né? Como já disse. Algum familiar te apoia nesse processo?

Mãe 8

Sim, sou eu. Minha mãe estão sempre aqui.

Pesquisadora

Eles vêm com frequência?

Mãe 8

Todos os dias assim, a minha mãe, na verdade ela estava vindo e passava o dia e à noite, né? Só que aí eu falei para ela descansar mais um pouco, que dava. Dava para eu passar o dia sozinha com as meninas e à noite eu precisava mais de um apoio, né? Porque assim na hora do sono tudo, né? E são 2. E o meu esposo vem mais no final de semana, que ele tem folga do serviço.

Pesquisadora

Entendi. E tu conhecia o método Canguru antes delas nascerem?

Mãe 8

Não. Nunca tinha ouvido falar sobre isso.

Pesquisadora

Mesmo durante a gestação gemelar sabia que elas nasceriam um pouquinho prematuras, mas não sabia como seria. Ninguém fala nada.

Pesquisadora

Tu fizeste pré-natal aqui mesmo, né? Tu achas que aqui no pré-natal se um profissional conversado a respeito da prematuridade, do método canguru, se lá na sala tivesse um cartaz com informações sobre, seria importante?

Mãe 8

Sim.

Pesquisadora

Mais informações teriam te ajudado a vivenciar esse processo?

Mãe 8

Eu acho que sim, acho que sim. É como eu te falei ainda agora, foi para mim, foi tudo um impacto, né? Então, se eu conhecesse assim mais no pré-natal, o que seria, como seria? Mais ou menos, né? Porque a gente nunca sabe, né? É porque é um dia após o outro. Mas assim já iria entender mais ou menos o que poderia acontecer comigo. E é um aprendizado tipo antecipado, não é?

Pesquisadora

Então tu achas que não ia te causar ansiedade, medo? Teve medo da UTI?

Mãe 8

Eu acho que estar preparada ajuda na ansiedade. A primeira vez que eu fui na UTI eu comecei logo a chorar. Chorei muito, muito! Que eu vi as minhas filhas tudo furada. (mãe chora)

Pesquisadora

Elas nasceram com quantas semanas?

Mãe 8

33.

Pesquisadora

Nasceram um pouquinho antes do previsto, mas uma semana faz bem diferença, né?

Mãe 8

Isso, isso então assim e tanto é que. O estado delas não era tão gravíssimo como outras crianças, né? Mas a gente não pode ficar comparando o que a gente não sabe, né? Elas são elas, mas quando eu entrei, eu chorei muito, muito mesmo. A minha primeira reação quando vi minhas filhas ali na incubadora. É um grande impacto.

Pesquisadora

Esse é um ponto que estou achando muito importante. A UTI causa muito medo, mas ela também é um local que dispõe da tecnologia que permite que o bebê fique bem. Graças a isso muitos podem sobreviver mesmo nascendo tão prematuros. Conversei com uma mãe que teve o bebê 20 e poucas semanas, sem uma UTI ele dificilmente conseguiria estar tão bem quanto agora.

Mãe 8

Exatamente.

Pesquisadora

Atuar para que ele fique bem, né? É nesse sentido, sim. Tu achas que isso seria uma ideia interessante?

Mãe 8

Sim, sim, seria. Achei até um pouco de conforto para nós mesmo. Como eu estou te falando assim? Para mim foi um susto tremendo quando eu cheguei ali e vi muitas crianças desse jeito. A incubadora, respiração pelos aparelhos. Nossa, eu fiquei super assustada. Então assim, eu penso que essas informações, se se a gente pudesse, ter, acho que seria melhor. É tipo um preparatório pra gente, né? Claro que a gente não está preparado, tipo, o que vai acontecer, né? Mas olha, eu penso que seria melhor. Assim, um conhecimento melhor para nós, né? E um pouco de conforto, até. Como você disse que tem um ou a gente sabe que tem toda uma equipe preparada para isso, né? Para atender as crianças. E lá é um processo, é para melhorar mais ainda, né?

Pesquisadora

Vocês estão aqui há quanto tempo?

Mãe 8

Nossa, eu mesma, eu estou internada desde o início de julho. .

Pesquisadora

Você internou no final da gestação?

Mãe 8

Isso, aí eu tive paralisia facial, paralisia de bell e diabetes gestacional também. Então eu vim para cá e eu tive tudo isso. E aí eu desde quando eu vim para cá e não saí, que aí foi que tive as meninas e elas foram para UTI e agora estamos na UCI.. Eu fui em casa só duas vezes

Pesquisadora

Ainda não tem outros filhos, né? Eu imagino para, para a mãe que tem outros filhos em casa, é. É um desafio maior ainda.

Mãe 8

Não, não é. Exatamente, é. Mais ainda maior, né?

Pesquisadora

Tu querias acrescentar alguma coisa que mais te marcou nesse período que tu veio, que tu está aqui?

Mãe 8

Em questão assim, de aprendizado?

Pesquisadora

Você que sabe, fique à vontade? Positivo? O que é mais desafiador?

Mãe 8

Me impressionou, como eu falei que aqui na UCI . É um local de abrigo pra gente e tu não imagina. Porque lá na UTI a gente não pode, né? É só olhar, botar um pouquinho no Canguru, sentir um pouquinho do calor delas e elas do nosso, né? Que isso também é muito importante. Quando elas falaram que eu podia pegar, eu gostei muito, né? Eu e meu marido, na verdade, que um pegou cada uma, né? Ficamos com elas, é, e quando a gente veio para cá, para os para UCI, eu achei assim melhor. Nossa, aí veio minha filha, que ela não estava mais na incubadora, né? Não ver aqueles aparelhinhos todos nela para mim. Eu me senti outra pessoa, na verdade, tipo assim, ela veio para cá, está fora de perigo, né? E aí, mas eu estava aflita também porque a outra ainda ficou lá. E aí eu estava nesse impasse de ida e vinda toda hora, e é para tirar leite e isso.

Pesquisadora

Uma delas saiu primeiro da UTI, né?

Mãe 8

Sim, e me impressionou a UCI, aqui é um abrigo pra gente, né? Um algo de aprendizado mesmo. Eu não sabia trocar uma fralda, e aqui as meninas ajudam a gente a tudo isso, né? É em como acalantar a criança. Nossa, colocar elas nesses pacotinhos, que a gente fala que é o pacotinho de amor, né? Colocar elas no Canguru. Então assim, era algo pra mim que eu via, que era desafiador e algo que eu fui aprender nessa no dia a dia. E aqui, né, com as meninas, com as técnicas, com as enfermeiras.

Pesquisadora

Sim, e essa questão do pacotinho, do pele a pele mesmo se elas não fossem prematuras, iria ser bom pra elas, né?

Mãe 8

Sim, sim.

Pesquisadora

E sabendo de tudo isso agora, de que maneira tu achas que essas informações poderiam chegar a até você, desde o começo? Assim, de uma maneira mais confortável para você

entender, ter boa compreensão e também não ficar nervosa, porque não é esse o objetivo. Não seria positivo aumentar as preocupações de uma gestante.

Mãe 8

Assim, no pré-natal sempre tem as meninas. Teve as estagiárias, né, que eu participei. Uma vez a gente estava mesmo lá no corredor esperando a médica é chegar. E elas foram ensinar a gente, né? Como seria a pega da mama. Como é, mostrou também. É, é como seria, é? Para pegar para dar de mama. É o que como poderia fazer elas, explicou. Bem legal, né? E tem a outra pessoa também. Podia chegar lá e botar uma musiquinha de reflexão e tudo, né? Pra gente relaxar, pra gente. Então assim, eu penso que nesse momento também entraria, né? A apresentação do método Canguru. Mesmo que possa ser uma pequena palavrinha, né? Acho que a gente já saberia ter mais informações sobre isso. Então poderia ser assim. Uma roda de conversa não restrita, mas ali mesmo que nós grávidas ficávamos esperando as médicas, a médica chegar, então poderia ser naquele momento. - Ah gente, vocês conhecem o método Canguru? |Iria explicar. É como a gente tá falando que a gente não sabe quem vai ter prematuro, quem não vai ter.

Pesquisadora

Ainda mais em um pré-natal de risco.

Mãe 8

Exatamente, exatamente. Assim, até pra gente vir para cá para maternidade, eu já sabia que minha gravidez é de alto risco. E então eu penso que nessa roda de conversa já seria bem, bem legal, né? Apresentar um método Canguru?

Pesquisadora

E tu acha que alguma ferramenta mesmo assim física, como por exemplo, um vídeo, um cartaz, um folder, ajudaria?

Mãe 8

Pelo menos se houvesse um cartaz, falando. Eu iria ter curiosidade em procurar, em saber ou pesquisar mesmo, né? Gente, eu ando por aí, não sei se é porque eu sou professora, mas eu vejo um cartaz, eu já leio logo, né? Eu fico assim, bem atenta ao que quer dizer.

Pesquisadora

Se tivesse passando um vídeo naquela TV na sala de espera?

Mãe 8

Exatamente. A gente tem uma TV no corredor, né? Então a gente já saberia mais ou menos. É procurar pesquisar, né, e ver o que é esse método Canguru e né? E ter mais informações sobre isso.

Pesquisadora

Então assim, e tu teve acesso àquela carteirinha da gestante do SUS, do Ministério da saúde?

Mãe 8

É, eu tenho. Eu tenho a carteira de gestante, mas é grande, não é? Eu recebi lá no bairro onde eu moro, lá no posto de saúde. Posso mostrar pra você.

Pesquisadora

Que Maravilha! Eu quero ver sim e te agradeço muito por aceitar participar dessa conversa.

ENTREVISTA 9

(Antes de iniciar a gravação a mãe já havia começado a contar a sua história que envolveu complicações de saúde materna)

Mãe 9

Eu tive muitos problemas e foi muito difícil pois eu fui para a UTI do Dutra e ele veio para essa UTI aqui, eu não pude ver ele. Passei bastante tempo sem ver.

Pesquisadora

Você também teve intercorrência e foi pra UTI? Eita, que barra, né? E quem ficou acompanhando o bebê?

Mãe 9

Tive sim, tive uma síndrome rara, minha mãe ficou com ele na UTI, acompanhando.

Pesquisadora

Como é que você está agora? Fisicamente está melhor? O parto foi de urgência?

Mãe 9

Sim de urgência. Eu tive ele e fiquei 4 dias internada aqui (materno infantil). Aí como o quadro começou se agravar, fui transferida para a UTI do Dutra e passei mais 4 dias, aí retornei para a internação do materno. Depois de uns dias tive alta e pude vir pra cá, também vim direto ficar com ele e não saí mais.

Pesquisadora

O que é que aconteceu contigo?

Mãe 9

Tudo. (risos). Eu tive uma gestação passada, eu tive trombofilia e eu não sabia, né? E aí eu já vim. Já fui ter a confirmação do caso, agora na segunda gestação, e aí também na primeira não tratei, aí a neném faleceu. Eu já tive hipertensão também. E aí tratei, mas também não resolvi. Acontece que eu descobri a gestação agora só com 6 meses, então não estava tratando.

Pesquisadora

Nossa!

Mãe 9

Foi uma loucura.

Pesquisadora

É porque esse guerreirinho, ele tinha que ver o mundo, né? Porque com em casos de trombofilia o indicado é tratar desde cedo, né?

Mãe 9

Hummm. Já no meio que o meu médico começou a investigar, fiz alguns exames e foi constatado. Aí graças a Deus eu consegui a medicação pelo SUS. Aí fiz, fiquei fazendo uso, ainda estou fazendo. Mas graças a Deus não prejudicou ele, aí quando eu completei 8 meses na primeira semana de 8 meses da gestação ele veio.

Pesquisadora

Com quantas semanas ele nasceu?

Mãe 9

Era 31 semanas. Eu comecei a ter picos de pressão aí vim para emergência. Quando eu vim para emergência, me internaram logo. Que eu estava com o começo de pré-eclâmpsia, aí fiquei na observação só durante a noite, quando foi durante o dia já tiraram ele. Aí, após o parto que eu tive a síndrome do hellp. Eu vou explicar da maneira que eu entendi, né? É uma síndrome que pode dar antes ou até 45 dias depois do parto. E aí ela afeta alguns órgãos ou todos os órgãos. No meu caso, afetou o fígado, afetou a visão, a eu perdi parte da visão do olho esquerdo. Deixa eu ver. Tive esse problema de coagulação de sangue, que estava com risco de sangramento, por isso que eu fui para a UTI e fiquei lá na observação.

Pesquisadora

Nossa, que batalhas você enfrentou, né?

Mãe 9

E não passou ainda, está passando, mas graças a Deus está melhorando, né? E aí acho que o mais difícil de tudo foi quando eu fui transferida para lá, né? Que ele teve que ficar aqui. Não. Foi tudo muito rápido. Eu só sabia notícia dele pela minha família, mas pelo menos ele não teve intercorrências.

Pesquisadora

Já foi um Alívio para ti, né? Pelo menos saber que ele estava tranquilo.

Mãe 9

Um Alívio. Ele não teve intercorrência, ele ficou lá. O tempo que eu fiquei lá, pelo menos 4 dias e voltei de novo para enfermaria, foi quando eu fui melhorando, eles me deram minha alta, mas ainda para continuar todo um processo de tratamento. Neurologista, hematologista e oftalmologista. Uma série de batalhas.

Pesquisadora

Sim. Tu estás conseguindo ter acesso a esse tratamento?

Mãe 9

O hematologista eu consegui marcar hoje, mas também só pra outubro. .

Pesquisadora

A nossa, é muita coisa mesmo, viu? Graças a Deus estou dando tudo certo e vai continuar dando. Já entendi um pouco da tua história e vou agora passar então para esse roteiro que não é fixo, fique à vontade, só vou fazer as primeiras perguntas de caracterização do entrevistado. Qual gênero você se identifica e a sua escolaridade?

Mãe 9

Sim, feminino e ensino médio completo.

Pesquisadora

Idade e profissão?

Mãe 9

22 anos e não trabalho.

Pesquisadora

Muito jovem. Qual é a renda familiar? Até um salário, até 2, até 3 ou mais do que 4?

Mãe 9

Até um.

Pesquisadora

Quem é o cuidador principal do bebê. Hoje é você, né? Pois você disse que não sai desde o parto do hospital. Tua família te ajuda? Estão aqui contigo?

Mãe 9

Minha mãe e meu esposo só não todos os dias, não. O meu esposo, sim. Minha mãe, pois ela mora no interior. Quando eu estava internada ela ficou direto, mas quando eu saí ela foi em casa. E no mais, só meu esposo que vem. Quando ele está de folga do trabalho, aí ele vem, fica aqui.

Pesquisadora

E você conhecia o método Canguru antes dele nascer?

Mãe 9

Não

Pesquisadora

Não, né? Tu sabes o que envolve o método Canguru? Porque assim ele tem a questão do contato pele a pele, que é muito importante para o desenvolvimento do bebê. Mas também tem toda essa questão do atendimento humanizado, acesso livre da família, entre outras questões. Pela orientação do Ministério da Saúde esse método ele se inicia no pré-natal. Aí, como você já disse que não conhecia antes dele nascer, te pergunto como você acha que seria se desde lá você tivesse acesso às informações sobre como é direcionado o cuidado de um bebê prematuro. Iria ter te ajudado?

Mãe 9

Com certeza. Eu acho que assim, a gente só soube do método canguru porque a gente está aqui, mas existem muitas mães que vão para casa com seus bebês que não sabem. A importância é da necessidade que o bebê tem do nosso contato nos primeiros meses. É do alívio que ele sente até mesmo quando eles estão com dor. Quando eles não conseguem fazer

as necessidades deles, que o método Canguru ajuda o Alívio da cólica ao alívio de qualquer dor.

Pesquisadora

Você ficou com medo do ambiente da UTI?

Mãe 9

Como eu estava internada também eu não vi. Quando eu cheguei ele já não tinha mais suporte de aparelhos.

Pesquisadora

Que maravilha! Então você não teve esse temor por ele estar nesse ambiente?

Mãe 9

Não, não tive, porque eu não cheguei nem a ver. Quando eu cheguei a ver, não foi tão assustador, pois ele estava bem.

Pesquisadora

Você aceitou bem a gestação? É o que é que mais te marcou nessa tua experiência aqui até agora?

Mãe 9

Eu sempre quis ter um filho homem. Na primeira gestação eu tive tantas complicações que apesar de querer eu já nem tinha mais esperança. Achava que eu não podia mais engravidar, né? Os médicos já tinham me falado que com as comorbidades que eu tenho, cada vez que eu engravidasse, o problema ia ser maior. E realmente foi, né? A gente às vezes não acredita nos médicos. E aí da primeira gestação, ele me falou que eu não podia mais engravidar por conta das minhas comorbidades, que era muito perigoso, era de alto risco, e aí? Eu acabei engravidando de novo, pois pela trombofilia, o anticoncepcional não é uma solução boa para mim, só a laqueadura. Ah, lembrei. Também tive perda de memória. Foi, eu dormi, acordei, não sabia mais de nada.

Pesquisadora

Não lembrava nem do bebê?

Mãe 9

De nada. Estava todo mundo do meu lado e eu acordei e não sabia quem era ninguém. Eu não lembro disso, para mim é como se não tivesse acontecido. Sei, pois minha família me falou. Quem ficou mais assustada foi a minha família. Estava todo mundo em volta. Tinha até uma moça lá no quarto, né, que ela tinha tido alta. E tinha isso orar comigo. E aí ela se despediu, foi embora, eu cochilei. Quando eu acordei eu não lembrava de nada, mas aí depois foi voltando.

Pesquisadora

Depois de quanto tempo voltou?

Mãe 9

Uns 40 minutos. Uma perda de memória repentina. Minha mãe falava assim, tu não lembras de fulano que estava aqui, que estava conversando? Eu soube que eu tinha esquecido só porque me contaram.

Pesquisadora

Imagino a angústia. E assim, tu achas que teria ajudado ter acesso a mais informações sobre os cuidados com o bebê, o que poderia acontecer?

Mãe 9

O que eu mais queria saber era da necessidade do bebê, sobre cuidar dele e entender. Eu sou mãe de primeira viagem, não é? Então não faço ideia. As coisas a gente vai descobrindo no decorrer de tempo.

Pesquisadora

Então o que mais sentiu foi não ter mais orientações sobre o cuidado com ele?

Mãe 9

Então acho assim, que se a gente tivesse tido um acompanhamento para falar sobre isso no pré-natal da importância. Do contato com o bebê, do contato com o pai também, a gente só vai saber quando chega aqui.

Pesquisadora

E a ti tinha. Maneira tu achas que essa informação podia chegar de maneira mais efetiva? Alguma coisa que recebesse, por exemplo, um folder, uma cartilha, um vídeo que tu assistisse, um cartaz lá na enfermaria, um médico conversando contigo, uma enfermeira e o médico explicando durante as tuas consultas?

Mãe 9

Acho que tudo. A equipe conversando, E um vídeo também é bem explicativo, sabe?

Pesquisadora

Entendido. Então irei encerrar a gravação, te agradeço e estou na torcida para que você e seu bebê aproveitem a vida com muita saúde, em breve.

APÊNDICE 8

PÁGINAS DO CAPA DO GUIA DE COMUNICAÇÃO ACOLHEDORA NO PRÉ-NATAL: RODA DE CONVERSA BEM-VINDO, BEBÊ!

**Guia de Comunicação
Acolhedora no pré-natal:
Roda de conversa**

Bem-vindo, bebê!

• Diálogo • Conexão • Cuidado

Orientações básicas para o diálogo

Muitas das queixas dos cidadãos que procuram serviços de saúde não fazem referência a insegurança em relação ao **conhecimento técnico** do profissional, mas ao grau de atenção e acolhimento recebido.

O cidadão atendido busca se sentir valorizado e acolhido.

Aqui seguem algumas **dicas** para o estabelecimento de uma **conexão e diálogo favoráveis com o seu paciente**:

- ♥ Direcione o olhar para o paciente, pergunte seu nome e anote para não esquecer durante o atendimento;
- ♥ Não abra mão da avaliação clínica;
- ♥ Evite termos e linguagens técnicas, a comunicação só existe, quando existe compreensão;
- ♥ Escute. Cada indivíduo tem saberes e crenças que devem ser validadas e acolhidas;
- ♥ Observe a linguagem não verbal, se necessário, peça para o paciente expressar ao seu modo o que compreendeu das orientações;
- ♥ Lembre-se, podem ser muitos pacientes em condições parecidas, mas para cada um deles a situação vivenciada será única, urgente e especial.

Apresentação

Este Guia, nasceu a partir da pesquisa de Mestrado Profissional em Comunicação da Universidade Federal do Maranhão, desenvolvida pela relações públicas Luciana Machado, com orientação da professora doutora Melissa Rabelo, com o objetivo de **fortalecer a primeira etapa do Método Canguru no pré-natal**, por meio da comunicação.

Para isso, foi realizada uma pesquisa juntos às mães em acompanhamento de seus bebês prematuros, que relataram suas experiências e indicaram as **melhores estratégias** para que esse propósito fosse alcançado. A pesquisa mostrou que as mães entrevistadas, consideram que o **diálogo** e o esclarecimento por parte dos **profissionais de saúde** são a **melhor e mais confiável forma** de adquirir conhecimentos.

Os profissionais também foram ouvidos e apontaram que as atividades intensas e a falta de conhecimento aprofundado sobre a temática, dificultam o estabelecimento de uma rotina de diálogo junto as famílias assistidas.

Considerando essas questões, nasce o **Guia de Comunicação Acolhedora no pré-natal: Roda de conversa bem-vindo, bebê!**

Organizando informações de interesse dos cidadãos e oferecendo recursos para **fomentar o diálogo** e construir uma relação de confiança entre as famílias e os seus prestadores de cuidado, ao mesmo tempo em que **fortalece o Método Canguru no pré-natal**.



Sumário

<u>Orientações para o Diálogo com pacientes</u>	3
<u>Roda de conversa: Bem-vindo, bebê!</u>	4
<u>Abordagem inicial</u>	5
<u>1. O bebê nasceu, e agora?</u>	6
<u>2. Cuidando do novo membro da família</u>	8
<u>2.1 Banho</u>	9
<u>2.2 Cólica</u>	10
<u>2.3 Introdução Alimentar</u>	11
<u>3. Amamentação</u>	12
<u>4. E se o bebê nascer antes do previsto</u>	15
<u>4.1 Método Canguru</u>	16
<u>Encerramento</u>	18

Roda de conversa: Bem-vindo, bebê!

A roda de conversa **"Bem-vindo, bebê!"**, é uma iniciativa que visa **fortalecer vínculo** e estabelecer uma relação de confiança entre **profissionais de saúde** e as **famílias** em acompanhamento pré-natal.

Aqui estão organizados **tópicos** de interesse das famílias que podem ser utilizados para conduzir a **abordagem da equipe assistencial, bem como conteúdos mais detalhados caso haja necessidade de consulta**. Como sugestão de aplicação, a roda de conversa pode ser realizada sempre na primeira semana de cada mês, sempre alternando os dias da semana (de segunda a sexta), nos dois turnos, para contemplar gestantes que porventura compareçam para atendimento em um dia específico. Deste modo, pelo menos duas rodas de conversas serão realizadas por ano no mesmo dia da semana na tentativa de **alcançar o maior número possível** de famílias em acompanhamento.

Como sugestão, as datas devem ser organizadas em um **cronograma anual** para facilitar o planejamento e **organização da equipe** para esse momento.

Então, mãos à obra! Proporcionar a **melhor experiência** possível para os cidadãos assistidos **está em suas mãos**.



Abordagem inicial:

Após as saudações aos presentes, a equipe de saúde deve se apresentar, informar que naquele momento será iniciada a "Roda de Conversa: Bem-vindo, bebê" e se colocar à disposição para que as famílias possam tirar dúvidas ou buscar aconselhamentos em outros momentos do acompanhamento. Se possível, organize os participantes em semicírculo para que todos possam ser vistos.

As gestantes e acompanhantes devem ser encorajados a também se apresentar, e expressar suas expectativas para a chegada do bebê. **(Pode ser que os presentes não se sintam à vontade para se manifestar, de todo modo, é importante que eles tenham a oportunidade de fazê-lo).**

Após as apresentações, a equipe deve reforçar que está à disposição para orientar e contribuir para que a espera do bebê seja uma experiência tranquila e fortalecedora para todos. E que esse é um momento para informar sobre direitos e orientações importantes para o cuidado com o bebê.

Reforce que é importante tirar as dúvidas e se no momento a equipe não tiver a resposta, vão buscar para responder momento posterior.



2. Cuidando do novo membro da família

Inicie explicando que:

- ♥ Para que o bebê se desenvolva bem, é necessário, antes de tudo, que seja amado e que sua família tente compreender seus sentimentos e satisfazer suas necessidades.

A família deve conversar com o bebê, buscando contato visual (olhos nos olhos). sem ter vergonha de falar e forma carinhosa.

- ♥ É importante bebê mostrando-lhe objetos coloridos a uma distância de mais ou menos 30cm;

Para fortalecer os músculos do pescoço do bebê, é indicado deitar o bebê de barriga para baixo (sob supervisão).



Sono seguro:

Orientar sobre o ambiente de sono seguro, como a posição de dormir (sempre de **barriga para cima**, o uso de **colchões firmes** e a **ausência de objetos soltos** no berço.



Vacinas

Reforce que a vacinação é essencial para manter a **criança saudável**. Algumas vacinas podem ser administradas logo após o nascimento, na maternidade.

Depois disso, as vacinas são oferecidas nas Unidades Básicas de Saúde. Oriente as famílias a seguirem o calendário de vacinação para **proteção da criança** e reforce que todas as vacinas do Calendário Nacional de Vacinação passam por testes criteriosos da ANVISA e todas são seguras para o uso.

Teste do Pezinho:

A coleta do teste do pezinho acontece em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em maternidades cadastradas por todo o país, e deve ser realizada preferencialmente entre o 3º e o 5º dia de vida do recém-nascido. É fundamental ter atenção a esse prazo, pois quanto mais cedo forem identificadas as doenças, melhores são as chances de tratamento.



Teste do Olhinho:

É um exame simples, rápido e indolor, que consiste na identificação de um reflexo vermelho. O Teste do Olhinho pode detectar qualquer alteração que cause obstrução no eixo visual, como catarata, glaucoma congênito e outros problemas – cuja identificação precoce pode possibilitar o tratamento no tempo certo e o desenvolvimento normal da visão.



Teste da Orelhinha:

Entre os procedimentos realizados ainda na maternidade, logo após o nascimento do bebê, está a triagem neonatal auditiva ou o teste da orelhinha. O exame é feito, geralmente, no segundo ou terceiro dia de vida do bebê e identifica problemas auditivos no recém-nascido.



Teste do Coraçãozinho

Todo bebê tem direito de realizar o teste de coraçãozinho ainda na maternidade, entre 24h a 48h após o nascimento. O teste consiste em medir a oxigenação do sangue e os batimentos cardíacos do recém-nascido. Caso algum problema seja detectado, o bebê é encaminhado para fazer um ecocardiograma. Se alterado, é encaminhado para um centro de referência em cardiopatia para tratamento.



Abordagem:

Orientar as gestantes e acompanhantes a estarem atentos à realização dos exames de triagem neonatal, a observarem a importância do contato pele a pele e a tirarem suas dúvidas junto à equipe assistencial caso um desses passos não seja conduzido de acordo com o esperado.

Iniciando a conversa

1. O bebê nasceu, e agora?

Informe que o bebê pode e deve ficar nos braços dos pais logo após nascer.

Se ao nascimento o bebê está se movimentando e respirando, o mais indicado é que fique no contato **pele a pele** com a mãe, independentemente da via de parto. Bebês prematuros também podem ficar com a mãe no primeiro contato pele a pele se as condições clínicas permitirem. Esse contato direto ajuda a criança a se colonizar com bactérias domiciliares, evita a hipotermia, ajuda na amamentação na primeira hora de vida e no vínculo mãe-filho. Se por algum motivo a mãe não tiver condições de ficar com o bebê de imediato, o pai pode também exercer essa função.

Importante:

Todo bebê que nasce no Brasil tem direito a realizar gratuitamente quatro exames muito importantes para a sua saúde. São os chamados exames da triagem neonatal.

2.1 Banho

Quando deve ser dado o primeiro banho?

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o primeiro banho seja realizado após 24 horas do nascimento ou que seja adiado por pelo menos 6 horas, até que o bebê alcance a estabilidade da temperatura corporal. O banho precoce também interrompe a amamentação e o contato pele a pele.

Qual a melhor maneira de realizar o banho?

O mais indicado é colocar o bebê na banheira com água até a cintura, pois promove menor perda de calor e maior conforto. A água deve estar levemente aquecida e a temperatura pode ser verificada na área posterior do pulso ou com os cotovelos (áreas mais sensíveis). Manter o recém-nascido enrolado em uma fraída de pano durante a imersão na água, desenrolando-o lentamente para realizar a higiene, é uma opção agradável. Além disso, a temperatura do ambiente onde o banho será dado deve ser controlada.

Quais produtos podem ser utilizados?

Devem ser usados produtos suaves, destinados à pele do bebê. Os sabonetes líquidos infantis sem perfume, são os mais recomendados (com PH Neutro).



Algumas dicas de ouro:

- ♥ Uma música de fundo acalma e ajuda a criar o clima ideal.
- ♥ Ter tudo que vai precisar sempre à mão antes de colocar o bebê na banheira.
- ♥ Conversar com a criança ou cantar para ela durante o banho.
- ♥ Comentar tudo o que vai acontecer, para que o pequeno fique tranquilo e curta o momento.
- ♥ Nunca deixar o bebê sozinho na banheira.

3. Amamentação

Início

É frequente e normal não ter leite no primeiro dia de vida do bebê, pois não havia sucção previa que estimulasse o seio. Os recém-nascidos a termo saudáveis e sem fatores de risco, nascem com reserva suficiente e não precisam de medidas de glicemia, nem complementar com fórmulas.

O primeiro leite é chamado colostro, tem cor amarelada e tem quantidade suficiente para suprir a demanda do recém-nascido. Em caso de dúvidas em relação à quantidade de leite ou colostro, o bebê deve ser colocado para mamar com frequência para que estimule a produção de leite.



Benefícios:

- ♥ Protege o bebê contra diarreias, infecções respiratórias e alergias.
- ♥ Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes, além de reduzir a chance de desenvolver obesidade infantil.
- ♥ Contribui para o desenvolvimento cognitivo da criança.
- ♥ Amamentar reduz os riscos de hemorragia no pós-parto, câncer de mama, ovários e colo do útero.

Importante:

Nos primeiros seis meses de vida o bebê deve amamentado exclusivamente, e a oferta de água, chás e outros leites é desnecessária, mesmo em locais secos e quentes.

2.3 Introdução Alimentar

Novos alimentos como frutas e papas principais devem ser introduzidas a partir dos 6 meses.

Como saber se o bebê está preparado??

Observe sinais de prontidão, que são: conseguir sentar, sustentar a cabeça, o tronco e perder o reflexo de esticar a língua para mamar, o que levaria a empurrar a colher para fora. O bebê também passa a ser mais curioso e abre a boca mais para provar novas coisas.



Mas por quê aos 6 meses?

Além da questão da maturação motora e cognitiva, certas enzimas digestivas começam a ser mais eficazes no sexto mês. As bactérias intestinais já estão instaladas e protegem o bebê de possíveis infecções e o sistema imunológico está preparado para diminuir as chances de desenvolvimento de alergias alimentares.

Mas, se o meu bebê receber fórmula infantil, devo iniciar a alimentação antes dos 6 meses?

Não. O bebê em leite artificial deve receber os primeiros alimentos aos 6 meses de vida também.

Abordagem:

Trate o tema de maneira suave e coloque sempre que essas informações são baseadas em evidências científicas e nas orientações dos especialistas para maior segurança dos bebês. Abra espaço para que os presentes possam tirar suas dúvidas ou dar contribuições.

2.2 Cólicas:

A principal manifestação da cólica é o choro inconsolável. Deve ser lembrado que o choro faz parte do desenvolvimento neurológico e comportamental do bebê. Pode ser ocasionado também pelo frio, calor, fraldas que necessitam de troca e fome, entre outras causas que acontecem normalmente no cotidiano.

Quando suspeitar de que o choro está ligado a cólica?

Quando o choro não desaparece quando as outras causas são descartadas, pode ser cólica. No entanto, nem todo choro inconsolável é cólica. Assim, o pediatra deve avaliar o lactente para descartar outras causas que podem acarretar choro inconsolável e estabelecer o diagnóstico correto do problema.

O que pode indicar aos pais que seu filho está com cólica?

Existe uma definição de cólica que leva em consideração a ocorrência de choro inconsolável e/ou inquietação e/ou irritabilidade por pelo menos três horas, em três dias da semana e com duração superior a três semanas (a chamada "regra dos 3"). Não se conhece com a exatidão as causas da cólica.

Dicas que podem ser úteis para ajudar no controle da cólica do bebê:

- Pegar o bebê no colo (pode ser tentado o contato direto da barriga do bebê com a barriga do pai/mãe);
- Enrolar o bebê em uma manta ou cobertor;
- Flexionar as coxas do bebê sobre a barriga;
- Banho morno ou compressas na barriga;
- Reduzir estímulos para o bebê (evitar locais com muito barulho ou excesso de pessoas);
- Estabelecer uma rotina para banho, sono, passeio e outras atividades;
- Nunca interromper a amamentação exclusiva.

Como Amamentar:

O bebê deve estar virado para a mãe, unto de seu corpo, bem apoiado e com os braços livres.

A cabeça do bebê deve ficar de frente para o peito e o nariz bem na frente do mamilo. O bebê deve ser colocado para sugar quando ele abrir bem a boca.

Quando o bebê pega bem o peito, o queixo encosta na mama, os lábios ficam virados para fora, o nariz fica livre e aparece mais aréola na parte de cima da boca do que na de baixo.

Uso de Mamadeira e Chupetas:

O Ministério da Saúde não recomenda o uso de mamadeiras e chupetas. A mamadeira, além de ser um importante fonte de contaminação, observa-se que algumas crianças, depois de experimentarem a mamadeira, passam a apresentar dificuldade quando vão mamar no peito, o que pode levar ao desmame.



PEGA CORRETA NA AMAMENTAÇÃO



É normal o intervalo entre as mamadas diminuir de repente?

Bebês que mamavam a cada 2 a 3h, de um dia para o outro podem voltar a mamar a cada 1 ou 2 horas, nas chamadas Crises transitórias da Lactação, também chamados de Picos de Crescimento, que acompanham o estirão de crescimento do bebê.

A mãe pode sentir que a mama não fica mais cheia e tem a falsa impressão de que seu leite não está suficiente. Oriente a amamentação em Livre demanda, e explique que isso ajudará a aumentar a produção de leite.

4.1 Método Canguru

(Apresente o QR Code para que os pais assistam o vídeo "Método Canguru: quando afeto e carinho também são saúde para o seu bebê."



O que é o Método Canguru?

O Método Canguru (MC) é uma política pública de assistência ao recém-nascido prematuro e sua família, voltada para o cuidado humanizado. Nela é estimulada a presença dos pais na unidade neonatal com o livre acesso e a participação nos cuidados com o filho. Os cuidados devem ser individualizados, respeitando o sono e o estado comportamental do recém-nascido. O pai e a mãe são orientados a tocar o filho e a realizar a posição canguru precocemente.

O que é a posição canguru?

A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso em contato pele a pele, na posição vertical, junto ao peito dos pais. A equipe de saúde deve estar adequadamente treinada para orientar de maneira segura os pais a realizar a posição canguru.



Como o Método Canguru estimula o aleitamento materno?

Um dos pilares do Método Canguru é o estímulo ao aleitamento materno, incentivando o contato precoce e a presença constante da mãe junto ao recém-nascido. A mãe é orientada a realizar a extração manual do leite junto à incubadora e a oferecê-lo ao filho com a ajuda da equipe.

Estudos realizados em hospitais que praticam o Método Canguru demonstraram que o volume de leite diário é maior nas mães que realizam o contato pele a pele com seu bebê. É sabido também que as mães que fazem o contato pele a pele mantêm a amamentação de seus bebês por um tempo maior.

E se o bebê nascer antes do previsto?

Bebês nascidos antes das 37 semanas de gestação são considerados prematuros e podem necessitar de cuidados especiais. As complicações mais comuns são dificuldades respiratórias, baixo peso e vulnerabilidade a infecções.



Abordagem sobre Prematuridade

Explique que a prematuridade é apenas um dos possíveis cenários, mas que a maioria das gestações chega a termo. Fale sobre a prematuridade de forma serena, sem dramatizar, e foque nas soluções e nos cuidados que estão disponíveis.

Mostre que os avanços na medicina e nas práticas de cuidados, como o Método Canguru, têm aumentado significativamente as chances de desenvolvimento saudável de bebês prematuros. Destaque a capacidade das equipes de saúde em cuidar desses casos e que o ambiente da UTI em muitos casos é o ambiente mais seguro para que o bebê continue seu desenvolvimento com todo o suporte e monitoramento.

Ao abordar o tema, enfatize que conhecer sobre prematuridade é uma maneira de estar informada e preparada, mas que a gestante não deve ter medo, pois uma rotina saudável e o acompanhamento médico regular ajudam a detectar e prevenir riscos.

Ao falar de prematuridade, enfatize que as informações são dadas para que a gestante esteja preparada para qualquer cenário, não porque algo necessariamente vá acontecer.

Dicas:

- ♥ Nem todo choro do bebê é fome. Pode ser frio, calor, algum desconforto, fraldas sujas ou busca por aconchego.
- ♥ Se o bebê estiver fazendo barulhos ao mamar (como estalos), ele pode estar engolindo ar. Nesse caso, avalie se a pega está adequada.
- ♥ É muito importante que o bebê esvazie a mama. O leite do fim da mamada tem mais gordura e, por isso, mata a fome e traz maior ganho de peso.
- ♥ Quando o bebê quer mamar, ele abre a boca, boceja, e faz movimentos mão-boca. Depois, fica inquieto, gira a cabeça de um lado para o outro, com mais movimentos de membros e fazendo ruídos de sucção. Ao perceber esses sinais ofereça o peito.

Importante:

O aleitamento exclusivo é a melhor indicação para a saúde do bebê, mas por vezes, pode ser exaustivo para a mãe. Por isso, o apoio da família é essencial para que a mulher possa ter alguns momentos de descanso e suporte emocional para seguir firme nesse processo desafiador.

Regurgitações ou golfadas

São mais comuns nos primeiros meses de vida do bebê, devido à imaturidade do trato gastrointestinal. Por segurança, oriente a manter a criança em posição vertical por um período após as mamadas.

Se o bebê apresentar recusa alimentar, perda ou baixo ganho de peso, irritabilidade ou choro excessivos, indique busca por avaliação médica.

Abordagem:

Orientar e encorajar a mãe a confiar na capacidade do seu corpo, ao mesmo tempo reforce que por ser um período exaustivo e desafiador, é imprescindível o apoio familiar. Reforce que nem todas as mães conseguem amamentar e que isso não é culpa da mulher. A família toda é responsável pelo sucesso ou fracasso da amamentação. Reforce que a amamentação não deve causar sofrimento, em caso de dor, oriente a busca por um banco de leite o quanto antes.



Principais benefícios desse Método?

- ♥ Favorece o vínculo;
- ♥ Estimula o aleitamento materno;
- ♥ Favorece um melhor desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido de baixo peso;
- ♥ Favorece a estimulação sensorial adequada;
- ♥ Reduz o estresse e a dor;
- ♥ Proporciona um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde;
- ♥ Possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado com seu filho.

Importante:

O contato e o cuidado dos pais, são fatores comprovados por evidências científicas, que contribuem para a recuperação mais rápida dos recém-nascidos. Por isso o apoio irrestrito da família é fundamental, para oferecer encorajamento e suporte emocional para a permanência junto aos bebês.

Abordagem

Explique o MC como uma forma de fortalecer o vínculo entre a família e o bebê, enfatizando que o calor e conforto promovidos pela presença do pai e da mãe (independente de serem um casal) traz benefícios comprovados cientificamente.

Atente as diferentes configurações familiares e situações socioeconômicas a fim de conduzir a orientação de acordo com a realidade dos cidadãos assistidos.

Foque nos benefícios do contato pele a pele como: estabilização da temperatura, favorecimento do aleitamento materno e o fortalecimento do vínculo emocional, também para bebês nascidos a termo. Destacando sempre o protagonismo familiar e a necessidade de oferecer suporte para que a mãe.

Encerramento

Encoraje as gestantes a confiarem no próprio corpo e na capacidade de gerar e cuidar de seus bebês. Explique que a grande maioria das gestações segue o curso natural, e que o acompanhamento adequado garante o cuidado necessário para prevenir ou tratar complicações.

Reforce que, em qualquer situação, a gestante contará com apoio da equipe de saúde, reforçando que a família, desempenha papel fundamental no apoio ao cuidado com um bebê.

Incentive o esclarecimento de dúvidas e a busca ativa por informações. Abra espaço para perguntas ou contribuições e por fim agradeça a atenção e se coloque à disposição para maiores esclarecimentos individualmente.



Fontes:

Sociedade Brasileira de Pediatria:
<https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/>

Ministério da Saúde:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca>

Guia de Comunicação em Saúde Boas Práticas:
https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/78904/4/GBP_01_Boas-Praticas-em-Comunicacao.pdf

Bem-vindo, bebê!



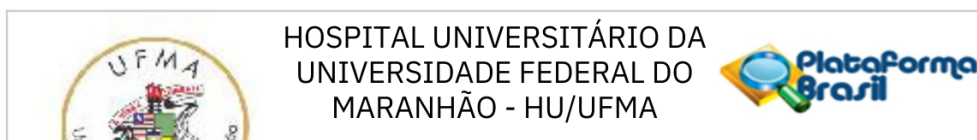
• **Diálogo**

• **Conexão**

• **Cuidado**

ANEXO A

PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMUNICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO MÉTODO CANGURU: Inserção de Práticas Comunicativas no Pré-Natal para Ampliar o envolvimento das famílias

Pesquisador: Luciana Machado Carvalho Nunes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77391424.2.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

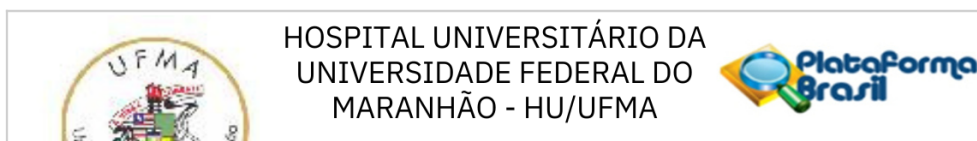
Número do Parecer: 6.663.726 **Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO__2264305. Datado de 06/02/24).

Introdução:

No contexto atual, as instituições não conseguem alcançar a excelência em serviços e uma reputação desejável sem uma boa estratégia de comunicação. O público se tornou mais exigente e não determina suas opções de consumo de produtos ou serviços somente por publicidade, mas considerando todo o contexto ideológico e social demonstrado pelas organizações em seus posicionamentos, o que gera ou não identificação com a marca e influencia nas decisões de compra, consumo e relações de trabalho. (CARRAMENHA, 2013, p. 181) As instituições públicas por sua vez, não possuem a base de seus relacionamentos pautadas em relações de consumo, enfrentando as fragilidades orçamentárias e estruturais para a prestação de serviços de excelência e busca pela consolidação de uma reputação sólida. Levando em consideração que a comunicação "está presente em todos os setores, em todas as relações, em todos os fluxos de informações, espaços de interação e diálogos" (DUARTE; MONTEIRO, 2009, p. 334), ela se torna essencial para o

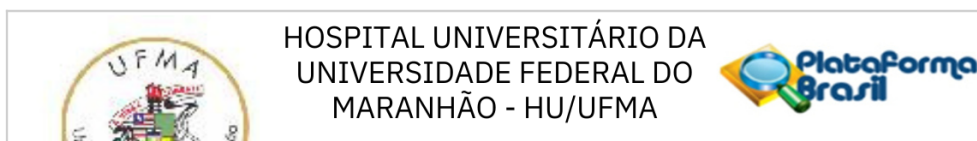
Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 6.663.726

êxito nesse processo. Nas instituições hospitalares, existe um grande volume de circulação de pessoas, que normalmente vivenciam um momento atípico de suas vidas que envolve o enfrentamento de uma situação de doença própria ou de um ente querido. Instituições hospitalares possuem um público amplamente segmentado e dificuldade de alcançar as diversas especialidades e atividades da cadeia de produção. Os complexos de grande porte apresentam ainda grande variedade de serviços distintos entre si, que movimentam uma grande quantidade de informações e necessidades específicas do seu público. (SENHORAS, 2007). Nesse ambiente a comunicação tem o desafio de buscar sempre alternativas para alcançar o maior número de pessoas, bem como aperfeiçoar estratégias para que se sintam valorizados e reconhecidos em suas necessidades de atenção, especialmente pacientes que pela natureza do atendimento realizado irão estabelecer uma relação de vínculo e permanência significativa na instituição. O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HU- UFMA, tem como propósito descrito em sua identidade institucional “Ensinar para transformar o cuidar”, e os valores organizacionais formalizados permeiam humanização do atendimento e valorização do ser humano e inovação para fazer mais e melhor transformando a sociedade, entre outros pontos, que para serem revertidos em prática precisam estar alinhados a estratégias que contemplem o atendimento com foco nas necessidades dos usuários e que venham a acrescentar em sua capacidade de interação, engajamento nos tratamentos e capacidade de compreensão. Entre as Unidades de grande relevância para todo o estado, está a de Cuidados Intensivos Perinatais, que engloba a UTI Neonatal, e outros serviços voltados para a assistência a bebês recém-nascidos que apresentam alguma condição que afeta a saúde, entre elas, a prematuridade que é a principal causa de morte em menores de cinco anos. O HU-UFMA é referência no Maranhão em assistência para gestações de alto risco, onde condições pré-existentes podem aumentar os riscos de um nascimento pré-termo, além de ser o centro formador que profissionais da área da saúde. De acordo com a Política de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso, desde o pré-natal, as gestantes e famílias precisam receber informações no tocante a possibilidade da prematuridade, o que ajudará em caso de necessidade a atuar de maneira participativa no processo de atenção à criança juntamente com a equipe multidisciplinar. Entre essas informações está o Método Canguru, que é um modelo de atenção perinatal humanizado que inclui, entre outros pilares, a participação da família nos cuidados neonatais e o contato pele a pele. Durante o acompanhamento pré-natal do HU-UFMA, as informações são oferecidas de maneira pontual, porém as ações ainda não conseguiram obter a constância necessária para abranger a maior parte das famílias atendidas, surgindo aí a indagação sobre como as informações sobre a metodologia canguru podem chegar de maneira efetiva até as

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar		CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	Município: SAO LUIS	
UF: MA		
Telefone: (98)2109-1250	Fax: (98)2109-1002	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 6.663.726

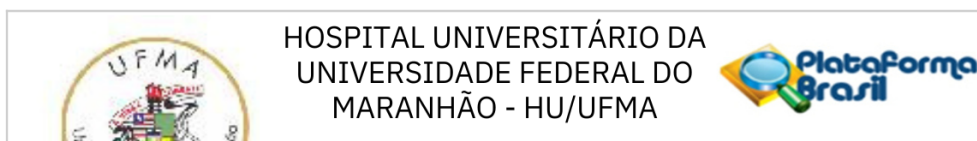
famílias durante o pré-natal e alcançar os pacientes de maneira que venha a fortalecer a participação e aumentar a segurança. No contexto descrito, surge a necessidade de implementar estratégias de comunicação para alcançar mais famílias e prepará-las para participar como agentes engajados e atuantes junto à equipe multidisciplinar no cuidado de recém-nascidos de baixo peso e assim fortalecer a relação de vínculo e o cuidado de maneira integral.

Hipótese:

A implementação de uma estratégia de comunicação poderá colaborar com a consolidação do Método Canguru no pré-natal.

Metodologia Proposta: Este estudo tem como proposta desenvolver uma série de vídeos, com o intuito de ampliar o acesso as informações sobre o Método Canguru para as famílias no pré-natal no Hospital Universitário da UFMA. O desenvolvimento do artefato remete a necessidade de levantamento de informações com diferentes públicos, por isso serão combinadas as abordagens de pesquisa quantitativa e qualitativa, para obter as informações de cada segmento e um arcabouço de informações mais completo, entendendo que a relação entre os métodos tem grande potencial para enriquecer o trabalho de pesquisa. “Entre eles há uma oposição complementar que, quando bem trabalhada teórica e praticamente, produz riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa”. (DESLANES, 2009, p 22). O método quantitativo será trabalhado por meio do levantamento de dados realizado junto aos profissionais dos serviços envolvidos, que irão subsidiar a elaboração do artefato e o método qualitativo embasará a realização de entrevistas com os usuários do serviço e a análise dos dados obtidos. Para isso, inicialmente será realizada uma pesquisa bibliográfica para aprofundamento nos conteúdos relacionados à implementação do produto, a saber: Comunicação Organizacional, Comunicação em Saúde, Políticas Públicas de Saúde e Comunicação Digital. Para o delineamento dos conteúdos técnicos a serem contemplados nos vídeos, será realizada a aplicação de formulários semiestruturados enviados diretamente para o WhatsApp dos profissionais de assistência da Unidade de Cuidados Intensivos Perinatais - UCIP, a fim de identificar quais os conteúdos técnicos essenciais a serem disponibilizados para os usuários sobre o Método Canguru durante o pré-natal. Nele, terão três perguntas fechadas, nas quais eles deverão optar por uma das respostas predefinidas e outra quatro com espaços para digitação, oportunizando a indicação de conteúdos não apontados nas opções anteriores. Paralelamente a esse processo, para compreender de que maneira os conteúdos poderão ser

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar			
Bairro: CENTRO		CEP: 65.020-070	
UF: MA	Município: SAO LUIS		
Telefone: (98)2109-1250	Fax: (98)2109-1002	E-mail: cep@huufma.br	



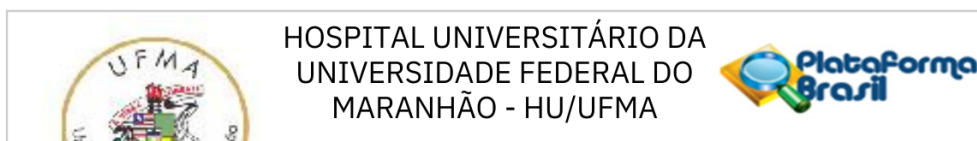
Continuação do Parecer: 6.663.726

distribuídos para os usuários de maneira mais efetiva, serão aplicados formulários semiestruturados, com nove perguntas (quatro perguntas fechadas e 5 abertas), junto a equipe da Unidade de Obstetrícia do HU-UFMA, que são os profissionais que durante o atendimento serão de fato multiplicadores de informação durante o pré -natal. Para compreender de maneira mais ampla a realidade e as experiências do público-alvo do produto, serão realizadas entrevistas com as famílias em atendimento na UCIP, visando detectar as principais necessidades, dificuldades, expectativas e dúvidas mais frequentes a serem respondidas nos vídeos, além da linguagem e estratégias mais adequadas para tal. Como cálculo amostral para obtenção de resultados representativos, tomaremos como base o número médio de colaboradores a pacientes das áreas estudadas. Considerando um erro amostral de 5% e um nível de confiança de 90%, distribuído de forma heterogênea (50/50) para usuários e homogênea (80/20) para funcionários, será utilizado o programa “Comentto” para realizar o cálculo amostral para cada área descrita e definir a quantidade de formulários aplicados e pacientes entrevistados, a saber: Unidade de Obstetrícia – 112 questionários, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – 93. Para entrevista com os pacientes da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais Intermediários, o número de entrevistados será definido de acordo com a ocupação no momento da pesquisa, devendo alcançar 51% dos acompanhantes de bebês em tratamento.

Metodologia de Análise de Dados: Os dados obtidos por meio da pesquisa serão analisados e tabulados, para que deles sejam extraídos os conteúdos a serem trabalhados na elaboração do roteiro e produção adequados para melhor e aceitação e compreensão do público. Serão utilizadas planilhas do google organização e compreensão do material para análise descritiva.

Desfecho Primário: Com a consolidação dos dados obtidos pela pesquisa, a proposta é a produção de uma série de vídeos educativos a serem divulgados durante o pré -natal, possibilitando a facilitação no acesso a informações de interesse das gestantes e familiares que utilizam esse serviço no HU-UFMA, de maneira simples, objetiva e com foco nas suas necessidades ampliando conhecimento sobre o Método Canguru, visando potencializar a participação para um cuidado humanizado, na medida em que facilita o acesso a informações sobre o método e seus benefícios; otimiza o fluxo de orientações para as famílias e incentiva os colaboradores a serem promotores de informação. A iniciativa visa utilizar uma estratégia viável, acessível e de fácil compreensão, para que as

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar			
Bairro: CENTRO		CEP: 65.020-070	
UF: MA	Município: SAO LUIS		
Telefone: (98)2109-1250	Fax: (98)2109-1002	E-mail: cep@huufma.br	



Continuação do Parecer: 6.663.726

informações sobre o Método Canguru, sua importância e seus benefícios para recuperação de recém-nascidos de baixo peso sejam amplamente difundidas para as famílias ainda durante o pré-natal, possibilitando que eles se apropriem de conhecimentos essenciais para uma participação ativa no tratamento de seus bebês, em caso de necessidade.

Tamanho da Amostra no Brasil: 215

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Promover a inserção de práticas comunicativas sobre o Método Canguru durante o pré-natal para potencializar o acesso à informação e a participação das famílias.

Objetivo Secundário:

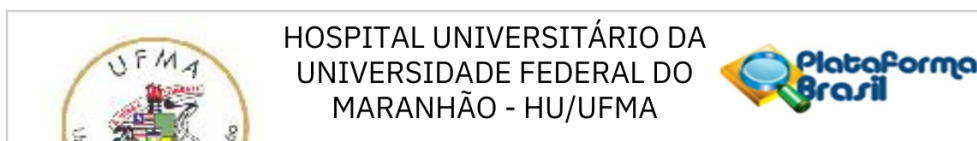
- Facilitar o acesso a informações sobre o Método Canguru e seus benefícios;
- Otimizar o fluxo de informações e orientações para as famílias em acompanhamento pré-natal;
- Aumentar o engajamento e a motivação familiares no tratamento;
- Incentivar os colaboradores a serem promotores de informação e orientação;
- Orientar sobre condutas, procedimentos e ações que contribuem para melhor recuperação do recém-nascido de baixo peso;- --- -Contribuir para o empoderamento das famílias acerca de seus direitos em caso de um nascimento prematuro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo apresenta riscos mínimos de dano emocional e social no momento da abordagem para entrevista e aplicação do questionário, uma vez que os indivíduos possam vir a se sentir compelidos para responder as perguntas ou se sentir desconfortáveis ao serem abordados. Porém, os riscos serão minimizados pelo esclarecimento de que a participação é voluntária e por isso cada pessoa abordada tem liberdade para responder ou não as questões como um todo, ou àquela que considerar constrangedora. Será garantida ao usuário a realização da entrevista em local isolado, no qual se sinta mais confortável e acolhido. Tudo isso, primando pelo respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, atentando e considerando sinais de desconforto verbais ou não verbais. O risco da perda ou de divulgação de dados de identificação, será reduzido com a limitação do acesso para apenas um pesquisador habilitado para a coleta de dados, possibilitando dessa forma, a segurança da guarda das informações, a confidencialidade, a

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 6.663.726

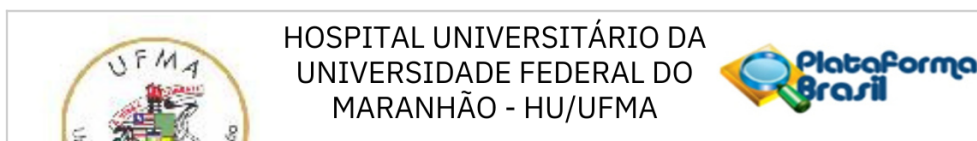
privacidade e a garantia da integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras).

Benefícios: Os benefícios esperados são direcionados para a população estudada, a sociedade e os profissionais da instituição, na medida em que o conhecimento compartilhado entre profissionais da saúde e seus pacientes tende a corroborar com orientações e direcionamentos do tratamento, bem como com a recuperação. A elaboração de um produto que possibilitará ampliação do conhecimento dos pacientes sobre o método canguru, tente a reforçar o compromisso institucional com um cuidado materno-infantil humanizado e trazer impactos significativos para a experiência das famílias que vivenciam um dos momentos mais significativos de sua história: o nascimento de um bebê.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este estudo tem como proposta a inserção de práticas comunicativas para ampliação do acesso a informações sobre o Método Canguru, para as famílias em acompanhamento pré-natal no hospital Universitário da UFMA, compreendendo que o acesso ao conhecimento poderá contribuir com um cuidado integral. O objetivo é desenvolver uma estratégia para ampliar o acesso as informações sobre o Método Canguru para as famílias no pré-natal do HU-UFMA, busca-se potencializar a participação para o cuidado humanizado, na medida em que facilita o acesso a informações sobre o método e seus benefícios; otimiza o fluxo de orientações para as famílias e incentiva os colaboradores a serem promotores de informação. A proposta é desenvolver vídeos educativos a serem divulgados durante o pré-natal, possibilitando o acesso a informações de interesse das gestantes e seus acompanhantes de maneira simples, objetiva e com foco nas suas necessidades. Para iniciar a pesquisa quali-quantitativa, será realizado um levantamento bibliográfico para aprofundamento nos conteúdos relacionados à implementação do produto, a saber: Comunicação e Saúde, contemplando a interrelação entre as duas áreas para a efetivação dos direitos do cidadão; Comunicação Organizacional, que contextualiza o processo comunicativo entre a organização e seus públicos; Comunicação Digital, para contribuir com a criação do artefato e conhecer as políticas públicas e a legislação que rege a área de atuação da pesquisa. Paralelamente a esse processo, serão aplicados questionários junto à equipe da Unidade de Cuidados Intensivos Perinatais - UCIP e da Unidade de Obstetrícia do HU-UFMA, com o intuito de identificar respectivamente as necessidades de informação observadas nas famílias assistidas e as dificuldades de manter o fluxo de informação sobre o Método Canguru no pré-natal. Para traçar o

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar			
Bairro: CENTRO		CEP: 65.020-070	
UF: MA	Município: SAO LUIS		
Telefone: (98)2109-1250	Fax: (98)2109-1002	E-mail: cep@huufma.br	



Continuação do Parecer: 6.663.726

perfil do usuário, serão realizadas entrevistas com as famílias em atendimento na UCIP, visando detectar as principais necessidades, dificuldades, expectativas e dúvidas mais frequentes a serem respondidas nos vídeos. A produção do artefato, justifica-se devido à necessidade de otimizar o acesso a informações sobre o Método Canguru no pré-natal, considerando que isso contribuirá para o fortalecimento da Política de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso, que é de grande relevância para o cuidado neonatal e gerando impactos positivos na experiência de atendimento e em segurança para as famílias beneficiadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3).

Recomendações: 1- De forma a garantir sua integridade, o TCLE deve apresentar a numeração das páginas. Solicita-se que esta seja inserida de forma a indicar, também, o número total de páginas, por exemplo: 1/3, 2/3, 3/3.... 2- Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

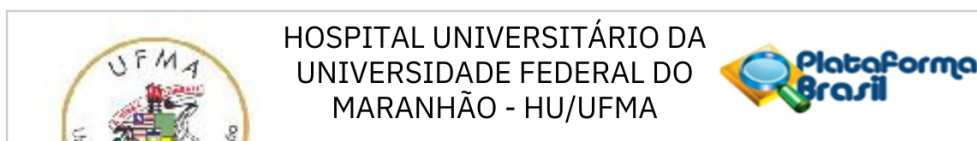
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. Sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 6.663.726

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2264305.pdf	06/02/2024 17:11:22		Aceito
Folha de Rosto	LucianaFolhaderostoPlataforma.pdf	06/02/2024 16:41:21	Luciana Machado Carvalho Nunes	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_HU_UFMA.pdf	31/01/2024 15:39:03	Luciana Machado Carvalho Nunes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_1.docx	31/01/2024 15:26:06	Luciana Machado Carvalho Nunes	Aceito
Investigador TCLE / Termos de Assentimento /		31/01/2024 15:21:40	Luciana Machado Carvalho Nunes	Aceito
Justificativa de Ausência TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Profissionais_UOB.docx			Aceito
Justificativa de Ausência TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Profissionais_UCI.docx	31/01/2024 15:21:30	Luciana Machado Carvalho Nunes	Aceito
Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista.docx	31/01/2024 15:21:17	Luciana Machado Carvalho Nunes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 22 de Fevereiro de 2024

Assinado por:
Camiliane Azevedo Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br