

IDENTIFICAÇÃO DAS BARREIRAS PARA A PARTICIPAÇÃO DAS MÃES NA SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO CANGURU: ANÁLISE BASEADA NO ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA DA TERAPIA OCUPACIONAL

Identification of barriers to mothers participation in the second stage of Kangaroo-mother care: analysis based on the occupational therapy practice framework

Identificación de barreras para la participación de las madres em la segunda etapa del método Madre-canguro: análisis basado em em marco de práctica de terapia ocupacional

Caroline da Costa dos Santos

<https://orcid.org/0009-0000-1338-5534>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Departamento de Terapia Ocupacional, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Carolina Grego Del Cole

<https://orcid.org/0000-0003-4300-5445>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Departamento de Terapia Ocupacional, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo: Introdução: O Método Canguru consiste no modelo de assistência humanizada ao recém-nascido e a sua família, aplicado em três etapas. A ocorrência da segunda etapa depende da mãe aceitar permanecer continuamente com o bebê dentro do hospital. **Objetivo:** Compreender os motivos pelos quais algumas mães não aderem à segunda etapa, a considerar os aspectos do domínio da Terapia Ocupacional. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva e exploratória, realizada com três mães que estavam com seus filhos internados na Unidade Neonatal. Os instrumentos de coleta foram: roteiro de entrevista, diário de campo e observação participante. Para a análise dos dados utilizou-se a esquematização de Bardin, com interpretação referenciada no método hermenêutico-dialético de Minayo e com base na quarta edição do documento elaborado pela Associação Americana de Terapia Ocupacional. **Resultados:** Os resultados indicam predominância de barreiras psicossociais ligadas à existência de outros filhos e ao acesso/participação dos pais na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru. Além disso, apontam para barreiras associadas ao papel ocupacional de mãe no contexto cultural e histórico vivenciado. **Discussão:** É fundamental a compreensão sobre os aspectos subjetivos que precisam ser atendidos para melhor preparar e acolher essas mulheres no hospital. **Conclusão:** Observa-se a necessidade de difusão da política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru a todos os atuantes na Unidade Neonatal, de modo a promover a valorização da Unidade Canguru, o enfrentamento das barreiras e o bem-estar do recém-nascido.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Método Canguru. Recém-Nascido Prematuro. Maternidades. Terapia Ocupacional.

Abstract: Introduction: The Kangaroo-Mother Care Method consists of a model of humanized care to the newborns (NB) and their families, applied in three stages. The second stage depends on the mother accepting the invitation to stay with the baby inside the hospital. **Objective:** Understanding why some mothers don't adhere to the second stage, considering aspects of the domain of Occupational Therapy. **Methods:** It's descriptive and exploratory qualitative research with three mothers who still had their children hospitalized at Intensive Care Neonatal Units. The collection tools were: interview script, field diary and participant observation. For data analysis, Bardin's schematization was used, with interpretation referenced to Minayo's hermeneutic-dialectic method and based on the fourth edition of the document prepared by the American Occupational Therapy Association. **Results:** The results indicate a predominance of psychosocial barriers linked to the existence of other children and the access/participation of the fathers in the Kangaroo Intermediate Care Unit. Furthermore, they point to barriers associated with the occupational role of mother in the cultural and historical context experienced. **Discussion:** It is essential to understand the subjective aspects that need to be addressed to better prepare and welcome these women in the hospital. **Conclusion:** There is a need to disseminate the policy of Humanized Care for Newborns – Kangaroo-Mother Method Care to all those working in the Neonatal Unit, in order to promote the appreciation of the Kangaroo Unit, tackling barriers and the well-being of the newborn.

Keywords: Intensive Care Units, neonatal. Kangaroo-Mother Care Method. Infant, Premature. Maternity. Occupational Therapy.

Resumen: Introducción: El Método Madre-Canguro consiste en un modelo de atención humanizada para el recién nacido y su familia, aplicado en tres etapas. La ocurrencia de la segunda etapa depende de que la madre acepte permanecer continuamente con el bebé dentro del hospital. **Objetivo:** Comprender los motivos por los cuales algunas madres no se adhieren a la segunda etapa, considerando aspectos del dominio de la Terapia Ocupacional. **Métodos:** Se trata de una investigación cualitativa descriptiva y exploratoria, realizada con tres madres que tenían a sus hijos ingresados en la Unidad Neonatal. Los instrumentos de recopilación fueron: guión de entrevista, diario de campo y observación participante. Para el análisis de los datos se utilizó la esquematización de Bardin, con interpretación referenciada en el método hermenéutico-dialéctico de Minayo y basada en la cuarta edición del documento elaborado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional. **Resultados:** Los resultados indican una predominancia de barreras psicossociales relacionadas con la existencia de otros hijos y el acceso/participación de los padres en la Unidad de Cuidados Intermedios Canguro. Además, señalan barreras asociadas con el rol ocupacional de madre en el contexto cultural e histórico experimentado. **Discussión:** Es fundamental comprender los aspectos subjetivos que deben abordarse para preparar y acoger mejor a estas mujeres en el hospital. **Conclusión:** Se observa la necesidad de difundir la política de Atención Humanizada al Recién Nacido - Método Madre-Canguro a todos los que trabajan en la Unidad Neonatal, con el fin de promover la valoración de la Unidad Canguro, enfrentar las barreras y garantizar el bienestar del recién nacido.

Palabras clave: Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. Método Madre-Canguro. Recién Nacido Prematuro. Maternidades. Terapia Ocupacional.

Como citar:

Santos, C. C.; Del Cole, C. G. (2024). Identificação das Barreiras para a Participação das Mães na Segunda Etapa do Método Canguru: Análise Baseada no Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. 8(4), 2740 – 2761. 10.47222/2526-3544.rbto62262.

Introdução

O Método Canguru (MC) é a assistência humanizada prestada ao recém-nascido (RN) e à sua família durante a internação na Unidade Neonatal (UNeo). Essa lógica de cuidado ampara-se na política nacional de saúde pública de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru (AHRN-MC), publicada como portaria Nº 693 em julho de 2000 (Ministério da Saúde, 2000). O modelo utiliza estratégias de cuidado biopsicossociais para potencializar o desenvolvimento da criança de risco, tendo em vista que o crescimento e a evolução deste se solidificam na articulação harmônica entre os aspectos biológicos, ambientais e familiares (Ministério da Saúde, 2007). Os objetivos do método estão relacionados à proteção do crescimento e desenvolvimento do RN, ao envolvimento dos pais nos cuidados com o bebê e ao fortalecimento dos vínculos com a rede de apoio social (Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde da Criança IFF/FIOCRUZ, 2022).

A posição canguru, principal estratégia do MC, foi originada na Colômbia em 1978. Consiste em manter o RN em contato pele a pele no peito da mãe ou do pai, somente de fralda, em posição vertical até estabilizá-lo, recomendando-se duração mínima de uma hora (Ministério da Saúde, 2017; Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde da Criança IFF/FIOCRUZ, 2022). A prática proporciona contenção similar à uterina, mantendo-o no ritmo materno (Ministério da Saúde, 2017), sendo benéfica ao reduzir a separação mãe/pai-bebê, fortalecer vínculos e promover confiança no cuidado (Ministério da Saúde, 2017; Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde da Criança IFF/FIOCRUZ, 2022). Além disso, auxilia no ganho de peso, redução do estresse e da dor, termorregulação e no sono profundo compartilhado (Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde da Criança IFF/FIOCRUZ, 2022).

No entanto, o MC vai além da posição canguru, apoiando-se nos demais pilares que sustentam a política, sendo eles: acolhimento ao bebê e a família, respeito às individualidades e envolvimento da mãe nos cuidados (Menezes, 2022).

O método é estruturado em três etapas e o fluxo de realização se assemelha ao raciocínio organizacional da UNeo, a qual considera as necessidades de cuidado do RN e promove atenção integrada e sequencial (Ministério da Saúde, 2017).

A primeira etapa inicia no pré-natal ao identificar-se a gravidez de alto risco. O foco é fornecer informações sobre o funcionamento do serviço, promover a interação mãe/pai-bebê e incentivar a participação nos cuidados (Ministério da Saúde, 2018). Ela termina durante a internação do RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo) (Ministério da Saúde, 2018).

A segunda etapa consiste na permanência contínua da mãe com o RN na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), protagonizando os cuidados de maneira mais ativa. Os critérios estabelecidos para o RN ir para essa etapa são: apresentar estabilidade clínica, nutrir-se de forma enteral plena e ter peso mínimo de 1.250g. Também são estabelecidos critérios maternos, onde a mãe precisa desejar participar, ter disponibilidade e apoio social para permanecer no hospital e conhecer minimamente os sinais de comunicação do filho e o manejo da posição canguru (Ministério da Saúde, 2017). O objetivo é promover a posição pelo maior tempo possível, favorecer o aleitamento materno

exclusivo e preparar a família para assumir o cuidado pleno da criança, facilitando a alta (Ministério da Saúde, 2018). A finalização se dá quando o bebê atinge 1.600g, tem o ganho de peso diário adequado por três dias consecutivos e está em sucção exclusiva ao peito ou complemento.

A terceira etapa começa com a alta do bebê e decorre no acompanhamento da adaptação da família aos cuidados domiciliares pela equipe do hospital e da Unidade Básica de Saúde (UBS) até atingir o peso de 2.500g. As ações objetivam garantir o bem-estar do bebê, avaliando o crescimento e desenvolvimento, orientando nas necessidades do cuidado, identificando fragilidades e vulnerabilidades psicossociais e mostrando-se aberto para que retornem quando preciso (Ministério da Saúde, 2018).

A permanência da família, sobretudo da mãe, o maior tempo possível junto ao bebê proporciona benefícios para ambos através do contato prolongado pele a pele. Ainda que haja evidências das vantagens adquiridas na segunda etapa, como aumento da autonomia dos pais no cuidado e maior conhecimento de práticas favoráveis ao desenvolvimento global do RN, a permanência em período integral no hospital é um convite.

A recusa em participar da etapa na UCINCa foi constatada em um hospital especializado na saúde da mulher, o que significa que parte das famílias não obtiveram os benefícios propostos para potencializar a evolução do RN e facilitar a transição para a casa. Tal observação foi feita pela pesquisadora durante o ano de 2022, quando atuou no complexo neonatal como acadêmica bolsista. A partir disso, houve um interesse em compreender o que estaria impossibilitando a adesão dessas mães.

Surgiu como hipótese para este estudo a inferência de que o **afastamento do cotidiano por tempo indeterminado** contribui para a recusa das mães em participar da segunda etapa.

Os contextos ocupacionais são um dos aspectos do domínio da Terapia Ocupacional e dizem respeito aos fatores que influenciam o acesso, envolvimento, a participação, qualidade e satisfação de desempenho dos sujeitos nas ocupações, podendo ser ambientais e pessoais (AOTA, 2020).

Os fatores ambientais estão relacionados ao ambiente físico, social e atitudinal, que podem facilitar ou dificultar a realização das ocupações do indivíduo (AOTA, 2020). Na segunda etapa, é crucial considerar os fatores ligados ao apoio e relacionamentos, atitudes e serviços, sistemas e políticas. Os fatores pessoais **são as características individuais do sujeito**, como costumes, crenças, padrões de atividade e comportamento (AOTA, 2020). As características psicológicas e status socioeconômico, por exemplo, podem afetar a presença das mães na UCINCa (Caetano et. al, 2005).

Sendo assim, o contexto ocupacional pode dificultar o envolvimento no cuidado do filho hospitalizado, especialmente se isso exigir relegar outros papéis ocupacionais a segundo plano. Os papéis, integrados aos padrões de desempenho, podem apoiar ou criar barreiras para o desempenho ocupacional (AOTA, 2020). Estes papéis são normativos, pois geram expectativas de desempenho que atendam às normas sociais e estão vinculados ao contexto cultural do indivíduo (Crepeau & Schell, 2011 apud Behar, 2018).

A portaria Nº 930/2012 (Ministério da Saúde, 2012), que estabelece diretrizes para o cuidado ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, apesar de intinar o cuidado multiprofissional, não inclui o terapeuta ocupacional (TO) na equipe mínima da UNNeo. Entretanto, a resolução Nº 7/2010 do Ministério

da Saúde (2010) estabelece a atuação do TO como requisito mínimo para o funcionamento das UTIs adulto e pediátrica. Já a resolução N° 429/2013 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) reconhece a Terapia Ocupacional em contextos hospitalares, sendo uma das áreas a atenção ao desempenho ocupacional de neonatos (COFFITO, 2013). Além disso, a portaria N° 072/2000 do Ministério da Saúde inclui o atendimento ao RN de baixo peso por equipe multiprofissional, na qual fazem parte TO, na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2000).

Desta forma, o objetivo da investigação é compreender as barreiras para a participação das mães na segunda etapa do Método Canguru, permanecendo internadas junto ao bebê na UCINCa, a considerar os aspectos do domínio da Terapia Ocupacional.

Métodos

Trata-se de pesquisa do tipo estudo de caso, descritivo e exploratório, com análise qualitativa dos dados, realizada no Hospital da Mulher Mariska Ribeiro (HMMR). A ocorrência da pesquisa de campo teve início após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da universidade e da instituição coparticipante (CAAE n° 65054222.4.0000.5286 e CAAE n° 65054222.4.3001.5279) e as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo em colaborar de forma voluntária.

A amostra é formada por puérperas que estiveram presentes no hospital durante o primeiro semestre de 2023, sendo os critérios de inclusão: ter vivenciado a UTIN ou UCINCo; ter sido convidada à segunda etapa do MC; e ter se recusado a passar por essa etapa.

Como técnica para levantamento de dados, foi elaborado um questionário contendo cinco perguntas norteadoras sobre o contexto de nascimento e internação do RN, sendo elas relacionadas: às mudanças trazidas pelo nascimento do RN; ao convite para participar da segunda etapa do MC; ao conhecimento do MC e funcionamento da segunda etapa; ao motivo da recusa em participar da segunda etapa; e ao que poderia facilitar a participação. Este foi utilizado como roteiro na realização das entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas em áudio e as falas transcritas da maneira exata como foram ditas. Outras ferramentas e procedimentos utilizados nessa etapa foram: diário de campo, recorrido para complementar as informações obtidas em áudio, e observação participante, na variação rápida e superficial, para a implementação do contexto no caso em que foi possível acompanhar as ações investigadas na pesquisa, como a abordagem para o convite à UCINCa.

O material transcrito foi lido e explorado à exaustão até que fosse possível expandi-lo e criar categorias específicas relacionadas com o conteúdo identificado como principal dos textos (Taquette, 2016).

A análise dos dados teve a intenção de compreender as categorias específicas que surgiram a partir das barreiras identificadas como dificultadoras ou impeditivas pelas mães. Para tal, foi feita análise de conteúdo temática, apresentada por Bardin, com interpretação referenciada no método hermenêutico-dialético proposto por Minayo, onde o contexto sócio-histórico e a realidade expressa durante a investigação são considerados importantes para a compreensão dos dados (Gomes, 2001). Também utilizou-se a esquematização de Bardin, que propõe a descrição sistemática e objetiva do conteúdo

alcançado nas entrevistas, possibilitando realização de inferências a respeito do conteúdo exposto (Gomes, 2001).

De maneira prévia, as autoras estabelecem categorias gerais baseadas na reflexão sobre possíveis barreiras para a participação que poderiam fazer parte do contexto abordado pelo estudo. As definições consideradas na interpretação dos dados e discussão dos resultados foram:

- I.Barreiras psicossociais: impeditivos ou dificultadores relacionados à rede de apoio familiar, de amigos/comunidade e outras instituições, e à condição emocional e de saúde mental da mãe, pai, familiares e demais componentes da rede de apoio;
- II.Barreiras de saúde física: impeditivos ou dificultadores relacionados à condição física de saúde da mãe, pai, familiares e demais componentes da rede de apoio;
- III.Barreiras econômicas: impeditivos ou dificultadores relacionados a condição financeira;
- IV.Barreiras à participação em ocupacionais: impeditivos ou dificultadores relacionados aos papéis impostos à mãe pela sociedade e ao trabalho que desempenha profissionalmente;
- V.Barreiras arquitetônicas: impeditivos ou dificultadores relacionados ao ambiente da UCINCa;
- VI.Barreiras atitudinais: impeditivos ou dificultadores relacionados ao relacionamento da mãe e/ou familiares com a equipe do hospital;
- VII.Barreiras na comunicação: impeditivos ou dificultadores relacionados ao modo como a segunda etapa do MC foi apresentada para a mãe e para a família.

Os dados classificados foram interpretados e discutidos com base nos aspectos do domínio da Terapia Ocupacional, presentes no documento Domínio & Processo da Terapia Ocupacional, desenvolvido pela Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), visando a obtenção de respostas para a pergunta de pesquisa (AOTA, 2020).

Resultados

Aspectos gerais da pesquisa de campo

A pesquisa de campo teve início em março/2023 e encerrou-se em abril/2023. A finalização ocorreu em razão do pedido de disponibilização de leitos feito pela Secretaria Municipal de Saúde para a internação de crianças com bronquiolite, o que resultou na suspensão das atividades da UCINCa por tempo indeterminado. A segunda etapa também foi suspensa meses antes do início da pesquisa, no período de dezembro/2022 a janeiro/2023, quando a UNeo passou por reformas. Nessas ocasiões, a UCINCa não foi entendida como necessária para ser remanejada, assim como foi feito com a UTIN e UCINCo, bem como não foi considerado seu remanejamento em virtude da concessão de leitos.

Foram efetuadas 4 abordagens a mães com bebês internados na UCINCo, as quais atendiam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa. No entanto, uma das mães não compareceu ao local previamente combinado para a realização da entrevista, totalizando 3 participantes para este estudo.

História de vida tópica das mães

O seguimento da história de vida selecionado foi do último trimestre gestacional até o momento da pesquisa, compreendendo as repercussões do nascimento e da internação do bebê sobre o cotidiano da mãe.

Entrevistada 1 (E1)

Mulher de 28 anos, com ensino médio incompleto, em licença maternidade de seu emprego como auxiliar de serviços gerais após parir gêmeas. Embora ciente do risco de nascimento prematuro, sentiu-se despreparada para estar na UNeo.

Ela reside com seus dois filhos (ambos meninos, 5 e 9 anos) e com o pai das gêmeas. Seu esposo é quem tem preparado os meninos para ir à escola e uma pessoa é paga por ela para levá-los e buscá-los enquanto ela está no hospital. Sua irmã é a única identificada como rede de apoio.

Suas experiências gestacionais anteriores fizeram com que desta vez se preparasse psicologicamente para interromper suas atividades de lazer e modificar sua rotina, além de ter trabalhado a consciência, pois acredita que quando se engravida as pessoas próximas somem automaticamente. No seu discurso, a maternidade aparece como trabalho a ser concluído de maneira correta, por isso tem medo de falhar como mãe ao não conseguir dar atenção a todos os filhos ao mesmo tempo. Seu lazer era dividido em “final de semana com os meninos” e “final de semana solo”, contudo, após o parto, o momento que ela tinha para si deu lugar ao final de semana com as filhas.

As bebês estão internadas a cerca de 20 dias e destes, de 10 a 11 dias a entrevistada 1 permaneceu na UNeo, pois se divide entre o hospital e a casa. Neste tempo, seus filhos só viram as irmãs por fotos e por isso não identificam facilmente que são duas crianças diferentes. Segundo ela, seu filho mais velho “virou criança” e tem buscado chamar muita atenção.

Ela se sente incompreendida pela equipe por ter negado ir à UCINCa, sente que precisam ter mais paciência e consciência sobre as demandas psicológicas que as mães têm na UNeo.

Entrevistada 2 (E2)

Mulher de 42 anos, com ensino médio completo e de licença maternidade de seu emprego como técnica de enfermagem na rede pública de saúde. Sua gestação foi de risco, contudo não foi acompanhada pelo pré-natal do hospital, tendo somente uma consulta neste local na mesma semana em que entrou em trabalho de parto.

Ela mora com seu cônjuge e seu filho de 13 anos. Sua rede de apoio é ampla e fortalecida, constituída pelo marido, as comadres e as amigas.

Após o nascimento do bebê, relata ter sentido mudanças físicas e emocionais na UNeo. Ela sentia incerteza em relação ao desfecho da situação de seu filho, ficando estressada. Além disso, ela não se recuperou adequadamente do puerpério, estando ainda com pontos, sentindo dores e ardência, resultado de passar o dia inteiro sentada ao lado da incubadora.

E2 tem a percepção de que as mudanças na vida só irão ser sentidas quando for pra casa e quando tiver que voltar a trabalhar. Em relação às mudanças nas relações interpessoais, se sente muito acolhida, com todos sendo muito participativos desde a gestação, e já planeja como irá organizar as visitas ao bebê quando estiver em casa.

O RN está internado há três semanas e quatro dias no hospital, considerado o dia do parto. E2 passou oito dias sem ir em casa e ver o outro filho. Ela também se pressiona a organizar as coisas para o filho mais velho, como arrumá-lo para ir à escola e preparar refeições. Além disso, os filhos ainda não tiveram contato, o que tem deixado o filho mais velho indignado.

Neste período, ela também tem feito acompanhamento psicológico e psiquiátrico para interromper gradualmente o medicamento que faz uso para controle da insônia, pois acredita que na maternidade é preciso fazer escolhas.

Entrevistada 3 (E3)

Mulher de 23 anos, com ensino médio completo e de licença maternidade pelo emprego de assessora de vendas em loja de rede varejista. Sua gestação foi de risco, mas fez o pré-natal na UBS, chegando no hospital de referência de modo emergencial após sentir dores.

Ela mora em município diferente da localização do hospital, junto com a mãe e o namorado. Sua rede de apoio é formada pela sua mãe e pela esposa de sua mãe.

Ela relata que a permanência na UNeo tem sido cômoda e acha que só haverá mudanças na rotina quando a bebê for para casa. O que percebe neste momento são os aprendizados relacionados a ser mãe, como, por exemplo, amamentar. Ela também percebe que tem pouco contato com outras pessoas devido a sua constante presença no hospital. Mas, apesar disso, acredita que a sua rotina continua a mesma e que o período pelo qual tem passado não a afetou.

E3 tem permanecido no hospital durante o dia e ido para casa à noite. Em um primeiro momento aceitou participar da segunda etapa do MC, mas depois de pensar e conversar com o pai da RN, desistiu. Segundo ela, o que a fez mudar de ideia foram os contras presentes na etapa.

Convite à segunda etapa do Método Canguru

Além dos critérios referidos pela AHRN-MC, o HMMR adota os parâmetros “maior peso” e “maior proximidade da alta” para efetuar o convite à UCINCa, considerando o número limitado de leitos. O remanejamento dos bebês também tende a ser efetuado de acordo com a necessidade de liberação de leitos na UCINCo, o que dificulta principalmente a diligência dos critérios maternos.

De acordo com o que foi observado pela pesquisadora e relatado pelos profissionais, o encaminhamento do RN para a UCINCa é realizado conforme indicação médica, atendendo aos critérios clínicos do bebê. A equipe médica realiza o “convite” para a UCINCa, estando por vezes acompanhada da psicóloga e/ou assistente social. Contudo, não é padrão haver discussão do caso com a equipe multidisciplinar antes da decisão do encaminhamento, sendo negligenciados os critérios maternos e as condições familiares devido à falta de articulação das informações. Ou seja, no geral, somente os critérios do RN são considerados

para a indicação à UCINCa, não sendo posto em relevância a disponibilidade e segurança da mãe em relação aos cuidados do RN e seu respectivo apoio social.

As médicas entendem como necessária a transmissão das seguintes informações para as mães sobre a ida para a UCINCa: o RN está em estabilidade clínica; a permanência na UCINCa favorece o aleitamento materno; e a UCINCa é um momento pré-alta. A posição canguru não é mencionada, segundo a equipe, pela compreensão da prática ser passível de realização independente de se estar na UCINCa.

Porém, o MC foi pensado a partir da compreensão de que tanto a mãe quanto o bebê se beneficiam do fortalecimento de vínculo advindo da prática do contato pele a pele. Logo, os benefícios da segunda etapa são esperados através da realização do posicionamento pelo maior tempo possível e pelo envolvimento dos pais no cuidado (Ministério da Saúde, 2017). A não menção à prática que nomeia a unidade pode não deixar claro que o espaço tem o objetivo de promovê-la.

Quando a mãe aceita ir para a UCINCa, a transferência é realizada no mesmo dia, constatando assim possível falta de tempo para o planejamento e organização da rotina e da rede de apoio para a permanência no hospital. Quando a mãe se nega, não há grandes investimentos na elaboração de estratégias individualizadas para possibilitar o enfrentamento das barreiras e facilitar a permanência.

O convite para a UCINCa na perspectiva das mães

Este tópico apresenta os dados obtidos através da pergunta "Como foi feito o convite para participar da segunda etapa do Método Canguru?". Esta questão contou com perguntas complementares relacionadas aos momentos antes, durante e após o convite para a segunda etapa, buscando entender o contexto de realização e se houve participação da rede de apoio na tomada de decisão.

As puérperas compreenderam as informações transmitidas, contudo não ficou evidente a dinâmica de funcionamento dentro da UCINCa e nenhuma delas estava familiarizada com o local. Houve divergências quanto ao tempo de permanência do pai na unidade, sendo entendido pela E3 que este só poderia permanecer junto ao bebê por uma hora. No entanto, esta foi a recomendação temporária durante a pandemia de COVID-19 para evitar aglomerações.

Apenas uma mãe explicitou ter dialogado com familiares/rede de apoio para tomar a decisão.

Tabela 1 – Condições em que o convite foi realizado

	COM QUEM E ONDE ESTAVA?	COMO/QUANDO FOI FEITO?	DEU PARA ENTENDER O FUNCIONAMENTO DA UCINCA?	TEVE TEMPO PARA PENSAR?
E1	Sozinha na UNeo	"(...) eles esperaram eu retornar, porque eu tô dividida né?! (...) de lá [casa], pra vim ficar com as meninas e em casa com os	"Eles não me falaram muito como que funciona lá dentro (...) o que acontecia a respeito lá dentro não tenho	"Sim... a assistente social... me deu um tempinho lá, aquela paciência (...) `Vê se você consegue arrumar uma pessoa de

	COM QUEM E ONDE ESTAVA?	COMO/QUANDO FOI FEITO?	DEU PARA ENTENDER O FUNCIONAMENTO DA UCINCA?	TEVE TEMPO PARA PENSAR?
		menino. (...) Aí [eu cheguei e] eles me fizeram o convite "	informação nenhuma."	confiança pra cuidar dos meninos...' [sugestões da assistente social]"
E2	Sozinha na UNeo	"(...) não foi de fato um convite (...) porque assim, eu não consegui ir embora... Não queria deixar ele acordado... Sensação de... de tá abandonando ele... tudo mais. Me falaram que tinha, que eu poderia ficar."	"Sim, ela me explicou direitinho."	"Todos os dias eu pensei nisso. Todos os dias eu pensava 'Não, vou ficar. Eu vou ficar. Eu vou ficar.' (risos). Mas nunca conseguia."
E3	[a abordagem da fonô] Sozinha na UNeo	"Ela [a fonoaudióloga] me falou, ai eu fui perguntar a médica. (...) A médica do plantão falou que ainda não dava. No plantão seguinte que a médica botou pra mim ir... (...) ...Ai eu aceitei de boa."	"Aham... Sim, é, ela explicou direitinho."	"(...) depois, eu sentada, com a neném, cuidando, comecei a pensar sobre. (...) Aí eu já não quis. Depois eu sentei, conversei com ele [namorado], falei sobre. Ele também não gostou muito."
	[o convite: relato da pesquisadora] Com o pai na UNeo	A mãe estava amamentando quando a médica chegou e confirmou que alguém já havia falado sobre a UCINCa com a mãe. A mãe disse que havia até pensando em ir, mas que por conta de como era não dava para ela e nem para o pai, porque o pai trabalhava. A médica ouviu e confirmou que		

	COM QUEM E ONDE ESTAVA?	COMO/QUANDO FOI FEITO?	DEU PARA ENTENDER O FUNCIONAMENTO DA UCINCA?	TEVE TEMPO PARA PENSAR?
		não daria para a mãe ir.		

Notas: UCINCa = Unidade de Cuidados Intermediários Canguru, UNeo = Unidade Neonatal, E1 = Entrevistada 1, E2 = Entrevistada 2, E3 = Entrevistada 3. Fonte:

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Conhecimento das mães sobre o Método Canguru e a Segunda Etapa

A maioria das entrevistadas compreenderam a segunda etapa como uma possibilidade de maior contato com o bebê. De forma isolada, mencionaram o ganho de peso, o aleitamento espontâneo e o acolhimento para alta. Assim, neste momento, destacou-se para elas a permanência junto ao filho como importante para o vínculo, e a perspectiva sobre não poder ir para casa foi mencionada apenas uma vez.

Tabela 2 – Explicação das mães do que é o Método Canguru, como funciona a UCINCa e se já realizou a posição canguru

	O QUE É O MC/UCINCA	JÁ FOI NA UCINCA E/OU FEZ A PC?
E1	"Eu não sei... te explicar (risos) (...) [falaram que] o bebê ganharia... ganharia peso mais rápido... Mas não falaram, assim... não so... não expli... explicaram pra mim exatamente o que que era o canguru... (...) ...Assim: 'Olha, canguru é dessa forma, funciona assim...'. Eu só sei... a única coisa que eu sei do canguru [é] que eu teria que ficar lá dentro, não poderia sair pra nada."	Não
E2	"Ah... é um acolhimento que você pode ficar com seu filho o tempo todo, que você tem o conforto de ter uma cama, um lugar pra tomar banho, você fica... Ah... Um acolhimento pra você e pro seu filho até ele ter alta. Você ficar mais pertinho dele, ter mais contato, calor materno com o filho. (...) Enfim... Basicamente eu entendi dessa forma."	Não
E3	"Ah... eu falaria que é um... um local no hospital que a pe... pesso... a mãe fica totalmente com seu... com o bebê... que fica... pode ficar à vontade na parte de amamentação, de ensinar, mais... mais... Como fala a palavra? Mais próxima do bebê, pra ter o coisa de mãe e filho (sorri). Eu falaria assim, que seria bom pra quem... pra quem não quer ficar	Fez a posição canguru uma vez

	O QUE É O MC/UCINCA	JÁ FOI NA UCINCA E/OU FEZ A PC?
	longe da criança, né?!"	

Notas: MC = Método Canguru, UCINCa = Unidade de Cuidados Intermediários Canguru, PC = Posição Canguru, E1 = Entrevistada 1, E2 = Entrevistada 2, E3 = Entrevistada 3.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A posição canguru ou o termo "contato pele a pele" não foram associados ao espaço, o que corresponde a pouca compreensão das mães sobre a dinâmica na UCINCa e sobre os benefícios da prática. Também está de acordo com a baixa realização do posicionamento na rotina da UNeo.

Identificação e compreensão das barreiras para a participação

Questionou-se às entrevistadas quais os motivos levaram-nas a recusar o convite/transfêrencia para a UCINCa. Somando-se a isso, foi solicitado que apontassem o que facilitaria a participação nesta etapa.

As participantes apresentaram duas barreiras relacionadas à recusa ao convite, no entanto, em cada caso uma das barreiras foi considerada predominante em relação a outra. Os conteúdos principais identificados no texto sobre as barreiras predominantes foram: filho (E1 e E2) e horário/acesso (E3). Já os presentes nas barreiras consideradas secundárias estavam relacionados à explicação/informação (E1), saúde (E2) e atividades (E3).

Com base nos conteúdos identificados acima, foram estabelecidas as seguintes categorias específicas:

- Barreira relacionada à existência de outro(s) filho(s): E1 e E2
- Barreira relacionada ao acesso e participação de familiares/rede: E3
- Barreira relacionada às informações da segunda etapa: E1
- Barreira relacionada ao cuidado com a saúde: E2
- Barreira relacionada à realização de atividades cotidianas: E3

Tabela 3 – O que as mães identificaram como barreira e possíveis facilitadores

	BARREIRA	CATEGORIA ESPECÍFICA	FACILITADOR
E1	"É por isso, pelo fato de não ter me explicado muito... bem, né..."	C	"Eu acho que o mínimo ou eles poderia (...) Na parte do canguru, como eles falam que é melhor pra criança e pra mã... pra mãe... (puxa o ar) já é... normal, mas pra criança é... liberar. Um exemplo: se... não pode sair o tempo todo, igual a gente tem o livre acesso aqui [UTIN/UCINCo]. Mas um dia sim um dia não a gente tentar arrumar uma pessoa pra dormir. Mas ter acesso
	"Mas pior do que isso é eu ter que ficar lá presa e não deix... e não poder ficar com os meninos lá fora... A minha preocupação é só... era só eles mesmo."	A	

	BARREIRA	CATEGORIA ESPECÍFICA	FACILITADOR
			as outras crianças do lado de fora, porque a maioria daqui eu acredito que não vai porque tem filho em casa... (...) ... Então eu acho que isso dificulta muito as mães entra pra dentro do canguru, porque... ela não vai conseguir ficar lá dentro com a cabeça lá fora..."
E2	"(...) Como você não pode ir embo... ih... ih... ir em casa, pra mim não dá. Porque apesar do meu filho não ser mais pequenininho... (...) ... ele precisa de mim. Tem que botar ele pra escola... tem que ver comida, deixar as coisas encaminhadas. Então pra mim é muito difícil."	A	"Se fosse mais maleável a questão de você não ter que ficar aqui o tempo todo sem poder ir em casa, talvez fosse mais fácil... (...) ... pra mim, entendeu? O fato de você ter... ter que ficar aqui, só em casos específicos poder ir em casa, ai pra mim já pega. (...) Se meu filho precisar de qualquer coisa no meio do dia... {sei lá}... Acho que aí seria um caso extremo. Mas assim, preciso ir lá, ver... (...) ... Entendeu? Que tá tudo certo."
	"E eu tenho minhas questões, eu tomo medicação controlada, então (incompreensível) eu tenho que tomar minhas medicações se não eu não durmo, eu tenho insônia... E agora eu nem sei como é que eu vou fazer, porque eu não vou tomar... (...) Porque se a criança chorar eu tenho que ta alerta..."	D	
E3	"O horário. Eu falaria que pra mim eu não quis por causa do horário da entrada do pai."	B	" Eu acho... eu acho que eu ficaria aqui se ele [o pai da RN] pudesse ficar totalmente à vontade junto comigo e se eu pudesse, ah, ir em casa e voltar."
	"E o... livre acesso, que a gente tem que ficar totalmente preso aqui e pra mim é ruim [por ter coisas para fazer em casa]."	E	

Notas: C = Barreira relacionada às informações da segunda etapa, A = Barreira relacionada à existência de outro(s) filho(s), D = Barreira relacionada ao cuidado com a saúde, B = Barreira relacionada ao acesso e participação de familiares/rede, E = Barreira relacionada à realização de atividades cotidianas, E1 = Entrevistada 1, E2 = Entrevistada 2, E3 = Entrevistada 3.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Mesmo estando na mesma categoria (A), E1 e E2 têm contextos ocupacionais distintos. A primeira, apesar de contar com o esposo em algumas etapas do cuidado dos filhos, não o considera parte da rede de apoio, sendo esta frágil. Ainda, expressou preocupações com as mudanças comportamentais de um dos filhos. Já a segunda tem uma rede de apoio extensa e consistente, incluindo o marido, que é pai de ambos os filhos. No entanto, ela ainda sente necessidade de ser a principal cuidadora do outro filho.

Diferentemente das demais, E3 não possui outros filhos. Ficando na UCINCo, o seu namorado poderia participar dos cuidados da filha pelo tempo que quisesse, podendo inclusive dormir no local, enquanto indo pra UCINCa ele teria sua participação restringida ao período de uma hora, sendo este o principal motivador da recusa (categoria B).

Neste momento, a UCINCa apresentou-se como espaço de restrição, fazendo oposição ao momento em que foi vista como oportunizadora de um cuidado autônomo. Pelo contrário, aparece agora como quem rompe relacionamentos extra-hospitalares tanto da mãe quanto do bebê, gerando afastamento da família ampliada. Com base nesta perspectiva comum, as soluções oferecidas por elas buscavam a flexibilização do acesso externo.

Realizando a análise temática dos dados coletados, os núcleos de sentido presentes no conteúdo das categorias específicas encontradas, de modo geral, expressam a ideia da UCINCa como um contexto de isolamento da realidade vivida pelas mães. Ou seja, seria este um ambiente paralelo que não consideraria elementos existentes na vida destas mulheres como sendo ainda necessários neste momento, tais como ocupações, fatores pessoais e ambientais e padrões de desempenho.

Ao decorrer das entrevistas, foi viável pautar outros possíveis dificultadores para a participação na UCINCa, os quais as próprias mães não identificaram como barreiras. Chamaremos estes de barreiras terciárias.

Estabeleceu-se as seguintes categorias específicas relacionadas ao conteúdo principal dessas barreiras:

- F. Barreira relacionada à fragilidade da rede de apoio: E1
- G. Barreira relacionada a questões econômicas: E1
- H. Barreira relacionada ao papel ocupacional de mãe: E1 e E2
- I. Barreira relacionada à relação com a equipe: E1

Tabela 4 – Barreiras terciárias

	BARREIRA	CATEGORIA ESPECÍFICA
E1	[Em relação a rede de apoio] “Não... só minha irmã... (...) ... mas nem sempre, entendeu?” “(...) depois que a gente... engravida, assim... automaticamente... as pessoas somem... Mas eu também tava consciente de que poderia acontecer, que o risco poderia acontecer.”	F

	BARREIRA	CATEGORIA ESPECÍFICA
	[Em relação a passagem] "Porque ajunta a passagem e essa questão dos meninos. Aí eu fico um dia sim, um dia não, mas não dormia. A primeira vez que eu dormi foi hoje... de ontem pra hoje..."	G
	[Em relação a ser mãe] "Fica como se fosse um emprego, né!? Pra ver se a gente vai concluir aquilo corretamente. E fica com medo de falhar. Minha preocupação até hoje é só essa."	H
	[Em relação a equipe] " (...) eles falam bastante que ajuda... e tudo mais... ai... é... pelo tom... de falar... é... el... atua um desânimo... um desânimo, porque aquilo ajuda a criança e a gente quer... que a criança saia dali... entendeu?" "(...) às vezes falta um pouquinho de compreensão. Elas não querem nem ouvir... (...) Porque elas só falam que precisa ir pro canguru, parece que elas expulsa a gente e fala 'Pode indo pro canguru...' (...) '... Se você não for agora eu não quero falar com você'. Tipo uma malcriação. 'Ah não vai não? Então eu não vou te explicar o que é e não quero falar'. Eu acho que elas tem... precisa ser mais compreensiva (...) Eu acho que elas teria que ter um pouco mais de paciência (...)"	I
E2	[Em relação ao psicológico da mãe na UNeo] "... Porque você fica estressada, cê fica... é... é... com a cabeça perturbada de estar presa aqui o tempo todo com a incerteza (pausa) do que va... Muito no início. Porque ele [o RN] parou, ele entubou... Então a incerteza de que vai dar tudo certo..."	H
	[Em relação ao cuidado do filho e participação do pai] "Ele precisa de mim. Tem que botar ele pra escola... tem que ver comida, deixar as coisas encaminhadas. (...) O pai faz, tudo... (...) ... Só que não é a gente..., não é a mesma coisa do que eu ta fazendo..."	H

Notas: F = Barreira relacionada à fragilidade da rede de apoio, G = Barreira relacionada a questões econômicas, H = Barreira relacionada ao papel ocupacional de mãe, I = Barreira relacionada à relação com a equipe, E1 = Entrevistada 1, E2 = Entrevistada 2.
Fonte: Elaborada pelas autoras.

Classificando as categorias específicas de acordo com as categorias gerais previamente estabelecidas, chegamos à seguinte identificação:

Tabela 5 – Correlação entre categorias específicas e categorias gerais

CATEGORIA ESPECÍFICA	CATEGORIA GERAL
A - Barreira relacionada à existência de outro(s) filho(s).	I - Barreiras psicossociais: impeditivos ou dificultadores relacionados à rede de apoio familiar, de amigos/comunidade e outras instituições, e à condição emocional e de saúde mental da mãe, pai, familiares e demais componentes da rede de apoio.
B - Barreira relacionada ao acesso e participação dos familiares/rede.	
D - Barreira relacionada ao cuidado com a saúde. *Neste caso, saúde mental.	
F - Barreira relacionada à fragilidade da rede de apoio.	
G - Barreira relacionada a questões econômicas.	III - Barreiras econômicas: impeditivos ou dificultadores relacionados à condição financeira.
E - Barreira relacionada à realização de atividades cotidianas. *Neste caso, não foram relatadas quais seriam as atividades.	IV - Barreiras à participação em ocupações: impeditivos ou dificultadores relacionados aos papéis impostos à mãe pela sociedade e ao trabalho que desempenha profissionalmente.
H - Barreira relacionada ao papel ocupacional de mãe.	
I - Barreira relacionada a relação com a equipe.	VI - Barreiras atitudinais: impeditivos ou dificultadores relacionados ao relacionamento da mãe e/ou familiares com a equipe do hospital.
C - Barreira relacionada às informações da segunda etapa.	VII - Barreiras na comunicação: impeditivos ou dificultadores relacionados ao modo como a segunda etapa do MC foi apresentada para a mãe e para a família.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Apurou-se que as mães percebem as barreiras psicossociais como os impeditivos ou dificultadores mais influentes para a decisão de não participar da segunda etapa do MC. Estas barreiras estariam relacionadas a participação da família ampliada (pai e filhos), a consistência da rede de apoio e ao estado emocional e de saúde mental das mulheres e de seus filhos mais velhos.

Também se destacou as barreiras à participação em ocupações relacionadas ao papel de mãe e a necessidade de realização de atividades no contexto domiciliar.

Discussão

Terapia Ocupacional: análise das barreiras segundo a AOTA

O Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo “descreve os conceitos centrais que fundamentam a prática da Terapia Ocupacional” e ampara a sua intervenção (AOTA, 2020, pág. 6). Tal documento é dividido em duas seções, onde aborda os campos de ação e conhecimento da profissão (domínios) e as ações desenvolvidas pelo profissional (processos) (AOTA, 2020).

As barreiras identificadas como resultado da pesquisa estão implicitamente relacionadas a aspectos da vida cotidiana que estas mães percebem como importantes e que não seriam possíveis de se realizar caso aceitassem permanecer 24 horas no hospital como, por exemplo, participar da vida dos outros filhos e exercitar a conjugalidade. Devido a isso, a ideia do abandono a algo ou alguém aparece no discurso das entrevistadas.

A opção pela não participação na UCINCa tem significado para elas lidar com a escolha de um lado frente ao dilema que se apresenta pelo convite, encontrado nos trabalhos de Caetano et. al (2005): estar com o RN ou atender a outras necessidades da vida familiar? Tal dilema expõe a carência de trabalhos visando facilitar o enfrentamento das limitações criadas pelo contexto de internação.

A atuação da Terapia Ocupacional baseia-se no envolvimento das pessoas em ocupações dentro de um contexto, considerando a dinâmica existente entre esses e outros aspectos da vida, como seus papéis, suas competências e seus valores (AOTA, 2020). Por isso, é preciso ter conhecimento dos diversos fatores relacionados ao caso para desenvolver planos terapêuticos individualizados.

Para a AOTA (AOTA, 2020), as ocupações são compreendidas como eventos diários, com propósito, centrais para a vida do indivíduo e detentores de significados e realizações subjetivas. O envolvimento dos pais no cuidado do filho é definido como cocupação, pois exige a participação ativa dos progenitores e do RN, com intencionalidade e partilhamento (Dittz & Rocha, 2018; AOTA, 2020).

Ao analisar as categorias de destaque encontradas, compreendeu-se que as barreiras psicossociais e as à participação em ocupações se enquadram nas seguintes categorias pertencentes às ocupações de domínio da Terapia Ocupacional (AOTA, 2020): Atividades de vida diária (AVD); Atividades de vida diária instrumentais (AVDI); Gestão de saúde; Descanso e sono; Trabalho e; Participação social.

A categoria específica A (Barreira relacionada à existência de outro(s) filho(s)) indica as dificuldades das puérperas em manter a cocupação com os filhos mais velhos enquanto permanecem no hospital. Essa relação entre mãe e filho pertenceria ao campo das AVDI, por tratar-se do cuidado e educação do outro (AOTA, 2020), e Participação social, por tratar-se do convívio familiar (AOTA, 2020).

As categorias específicas B (Barreira relacionada ao acesso e participação dos familiares/rede) e F (Barreira relacionada à fragilidade da rede de apoio) também se enquadram em Participação social. Enquanto a categoria D (Barreira relacionada ao cuidado com a saúde) pertence ao campo da Gestão de saúde e Descanso e sono, por indicar a dificuldade da E2 em gerir medicações, condição e sintomas importantes para a sua participação no sono (AOTA, 2020).

As categorias específicas E (Barreira relacionada à realização de atividades cotidianas) e H (Barreira relacionada ao papel ocupacional de mãe), correlacionadas a categoria geral "barreiras à participação em ocupações", necessitam de uma análise mais subjetiva para compreensão dos tipos de ocupações que de fato se tratam. No entanto, a resposta final não poderá ser dada nesta discussão, pois há limitações nas informações fornecidas pelas participantes da pesquisa. Refletindo sobre as possibilidades, a categoria específica E poderia se adequar tanto às AVD, quanto às AVDI e/ou ao Trabalho. Já a categoria específica H poderia pertencer ao campo do Trabalho, das AVDI e/ou da Participação Social, de acordo com as observações destas mulheres sobre os lugares que ocupam no cuidado de seus filhos.

Compreender o contexto existente para que essas barreiras influenciem a participação no MC é uma atribuição da Terapia Ocupacional. Faz parte dessa compreensão considerar também os demais aspectos do domínio, isto é, os padrões de desempenho, as competências de desempenho e os fatores do cliente (AOTA, 2020). O dilema apontado por Caetano et. al (2005) ocorre pelo surgimento de um novo contexto: a internação do bebê na UNeo. O novo cenário compromete e transforma a dinâmica familiar já existente ao exigir novas competências e alterar as rotinas, hábitos e papéis (Caetano et. al, 2005).

A atuação do TO na equipe multidisciplinar e interdisciplinar, baseando-se nos norteadores da política de AHRN-MC, é demandada desde a primeira etapa (Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde da Criança IFF/FIOCRUZ, 2022). Buscando ampliar a permanência dos pais junto ao filho (Ministério da Saúde, 2017) e alcançar os critérios para a segunda etapa do MC, este momento de chegada do RN na UNeo deve ser utilizado para acolher a família, identificar as barreiras existentes para a participação, elaborar metas terapêuticas e implementar a intervenção. Os esforços para amparar a aproximação entre pais e filhos ocorrem pela compreensão de que a presença parental é terapêutica, pois diminui o desconforto ao qual o bebê está sendo exposto (Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde da Criança IFF/FIOCRUZ, 2022).

Baseando-se nas categorias gerais – barreiras psicossociais e à participação em ocupações –, além de possibilitar o envolvimento gradativo da mãe e da família nas coocupações relacionadas ao bebê (Dittz et. al, 2019; AOTA, 2020; Vieira & Pinheiro, 2021), mostra-se necessário para a permanência dos pais no contexto da UNeo o auxílio direcionado a organização da rotina familiar (AOTA, 2020; Vieira & Pinheiro, 2021).

Os objetivos a partir desta intervenção sobre as barreiras apresentadas pelas entrevistadas estariam voltados para minimizar os impactos sofridos na rotina de costume, buscando adaptar atividades para o contexto emergente, mobilizar e aproximar a rede de apoio durante a permanência no hospital e utilizar as ocupações cotidianas de forma terapêutica para possibilitar a participação em tarefas desejadas, necessárias ou esperadas (AOTA, 2020).

Para as entrevistadas 1 e 2, o estabelecimento e modificações na rotina pretendiam, sobretudo, satisfazer a necessidade de cuidado e afirmação dos demais filhos na nova configuração familiar. Para a E3, se trataria da construção de estratégias para que as atividades fundamentais no ambiente domiciliar não deixassem de ser executadas.

Juntamente com a intervenção citada, apresentou-se como uma demanda para o hospital campo da pesquisa, a partir dos resultados obtidos, a carência pela modificação do ambiente para receber a visita dos irmãos dos RNs de maneira periódica. segundo a AOTA (2020), as modificações possibilitam aos terapeutas ocupacionais encontrar modos que permitam o desempenho da atividade no ambiente natural. Desta forma, as visitas possibilitam fortalecer a irmandade, criar vínculos entre os membros da família e a sensação de pertencimento ainda no período de permanência do RN no hospital (Costa & Dittz, 2022).

Modificações também seriam necessárias neste hospital para que a barreira relacionada à presença e participação do pai (categoria específica B), apontada pela E3, fosse ultrapassada. A inclusão dos pais na rotina deve se dar da mesma maneira que a das mães, em virtude do entendimento que a paternidade se constrói no decorrer das relações diárias pai-bebê (Abade & Romanelli, 2018).

A participação, além de ser aceita como objetivo final das intervenções, também pode ser meio para alcançar outras metas (AOTA, 2020). Grupos e oficinas são métodos que contribuem para a permanência das mães no hospital, sendo estratégicos para o fortalecimento da rede de apoio, do engajamento dos pais nos cuidados, para a redução da ansiedade, a promoção da saúde mental e o acesso às informações importantes sobre o RN e a dinâmica hospitalar (Ministério da Saúde, 2017; Costa & Dittz, 2022; Dittz & Rocha, 2018; Vieira & Pinheiro, 2021).

Estas atividades de apoio podem ser adaptadas para serem vivenciadas com o RN na posição canguru, de maneira a não oferecer riscos à criança, e o TO pode conduzi-las ou fazer parte da equipe interdisciplinar que a conduz, incentivando principalmente a reassunção de atividades significativas pelas mães (Ministério da Saúde, 2017; Costa & Dittz, 2022; Vieira & Pinheiro, 2021).

A categoria específica D, que trata da não participação da E2 na segunda etapa devido a compreensão de que seria impedida de dar continuidade ao seu acompanhamento clínico para insônia, permite exemplificar a potencialidade da intervenção da Terapia Ocupacional na UCINCa. Esta categoria se enquadra nos domínios da profissão, se adequando da seguinte forma: No domínio das Ocupações se encontra em gestão de saúde e descanso e sono; No domínio dos Contextos está nos fatores pessoais relacionados à condição de saúde; e no domínio dos Fatores do cliente corresponde ao subitem sono.

Seguindo as ocupações gestão da saúde e descanso e sono conceituadas pela AOTA (2020), o profissional TO possui instrumentalização e repertório técnico para trabalhar, dentre outros ocupações específicas: a gestão da condição de saúde e o manejo de sintomas; a gestão da medicação; o descanso; a preparação do sono; e a participação no sono. A permanência da mãe na UCINCa permitiria o apoio profissional ao processo gradual de descontinuidade medicamentosa no dia a dia, uma vez que o desejo de interromper a medicação está relacionado com a intenção de suportar a participação ativa em outras ocupações necessárias ao papel de mãe (AOTA, 2020).

Assim, estando apto a prestar cuidados no contexto hospitalar neonatal, com sua prática fundamentada em evidências e de acordo com as políticas previstas para a humanização da assistência perinatal, o TO poderá oportunizar às mães envolvimento satisfatório nas ocupações junto ao RN de risco. Suas intervenções são capazes de facilitar a permanência das mães na UCINCa.

Porém, devido a não preconização da profissão na equipe mínima da UNeo pela portaria nº930/2012 e pela resolução nº7/2010 do Ministério da Saúde, não são todas as maternidades que possuem TOs atuantes. O HMMR dispõe de apenas uma profissional desde a sua inauguração em 2012, a qual presta serviços não só nas UTIN e UCIN, mas também interconsultas e atendimento ambulatorial follow-up. Segundo Vieira & Pinheiro (2021), a atuação de somente um único TO e a falta de exclusividade à UNeo mostra-se realidade da categoria. Tal quantitativo profissional prejudica a utilização de suas expertises em totalidade e em maior potência nas práticas demandadas pelo cenário hospitalar.

Conclusão

O estudo identificou que as barreiras psicossociais e as ocupacionais representam os principais motivos para a não adesão de algumas mães à segunda etapa do MC no HMMR. A falta de inclusão dos pais e irmãos do RN na atenção hospitalar e as compreensões socioculturais do que é ser mãe de UTI impactam na decisão de não permanecer com seus filhos na UCINCa.

Apesar da unidade cumprir o estabelecido pela portaria N°930 para organização da UNeo, verificou-se que a aplicação da AHRN-MC não vem sendo priorizada no que diz respeito ao cuidado centrado na família, proporcionando desinformação aos pais quanto às práticas, benefícios e potencialidades do método.

A facilidade com que a unidade Canguru mostrou ser descartada, observada na sua inativação por duas vezes em menos de seis meses, aponta para a possível falta de compreensão da sua importância no desenvolvimento do RN junto a sua família. Esta desconsideração pode estar contribuindo para a falta de direcionamento dos profissionais para as complexidades envolvidas no convite à segunda etapa e no MC para além do posicionamento.

Uma maior probabilidade de adesão à segunda etapa procede a implementação adequada da primeira, uma vez que o ajuste dos manejos durante a introdução da tríade mãe-bebê-família na UNeo é o que proporcionará conhecimento gradativo do método e maior segurança e estabilidade para mãe assumir de forma integral os cuidados do seu filho.

A segunda etapa é uma oportunidade estratégica para a aproximação do RN e sua família. No entanto, sua execução exige transformações no dia a dia de todos os participantes envolvidos no processo de cuidado. É fundamental que os aspectos maternos e sociais também sejam considerados ao avaliar a possibilidade de internação na UCINCa, a fim de garantir o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê durante esse período delicado.

Fica evidente que a Terapia Ocupacional se baseia em conceitos que confirmam o seu papel junto ao bebê e à sua família no ambiente hospitalar neonatal, possuindo um conjunto de habilidades para executar ações que incentivam a presença das mães ao lado de seus filhos na UCINCa. Sua integração na equipe multidisciplinar contribui para a implementação das práticas de humanização propostas pelo AHRN-MC.

Deste modo, conclui-se que há necessidade da ampliação dos conhecimentos sobre os norteadores do Método Canguru pelos profissionais atuantes nesta unidade de saúde, principalmente os relacionados

aos critérios maternos para realização da segunda etapa e a inclusão da família ampliada no cuidado. Esse direcionamento busca não apenas promover a valorização da UCINCa, mas também de todas as etapas do método, além de viabilizar a construção de estratégias multidisciplinares para enfrentar as barreiras apresentadas pelas mães.

Referências

- Abade, F. & Romanelli, G. (2018). Paternidade e paternagem em famílias patrifocais. *Revista Estudos Feministas*, 26(2), e50106. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2018v26n250106>
- Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde da Criança IFF/FIOCRUZ. (2022). Curso de Sensibilização da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru - 2ª oferta [curso online]. Ambiente Virtual De Aprendizagem IFF/FIOCRUZ. <https://ead.iff.fiocruz.br/moodle/>
- Behar, R. C. R. (2018). A maternidade e seu impacto nos papéis ocupacionais de primíparas. [Monografia, Universidade Federal da Paraíba]. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/12177/1/RCRB29062018.pdf>
- Caetano, L. C. et al. (2005). Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4), 562-568. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400015>
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. (2013). Resolução Nº 429 de 08 de julho de 2013. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências. <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3191#more-3191>
- Costa, P. R. & Dittz, E. S. (2022). Intervenção do terapeuta ocupacional junto à família do recém-nascido. In C. O. ALVES & H. D. RABELO (eds.), *Terapia Ocupacional em Neonatologia* (pp. 95-120). Instituto NUFEN.
- Dittz, E. S. & Rocha, L. L. B. (2018). Terapia Ocupacional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. In M. M. R. P. CARLO & A. M. KUDO (eds.), *Terapia ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos*. (pp. 311-328). Editora Payá.
- Dittz, E. S. et al. (2019). A construção da co-ocupação materna na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, 27(1), 92-104. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1125>
- American Occupational Therapy Association - AOTA. (2020). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process* [Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo]. (2021). (4th Edition). Politécnico de Leiria. <https://doi.org/10.25766/671r-0c18>
- Gomes, R. (2001). A análise de dados em pesquisa qualitativa. In M. C. S. MINAYO (eds.), *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. (PP. 25-31). Vozes.

Menezes, M. B. (2022). Estruturas organizacionais das unidades neonatais brasileiras: o Método Canguru como normativa prática. In C. O. ALVES & H. D. RABELO (eds.), *Terapia Ocupacional em Neonatologia*. (pp. 69-94). Instituto NUFEN.

Ministério da Saúde. Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2010). RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília*.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. (2000). Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Aprovar a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília*.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. (2007). Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma de anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília*.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro (2012). Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília*.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2017). *Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico*. (3ª ed.).

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2000). Portaria nº 072, de 02 de março de 2000. Inclui na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde atendimento ao recém-nascido de baixo peso.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2000/prt0072_02_03_2000.html

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2018). *Método canguru: diretrizes do cuidado*. (1ª ed.).

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf

Taquette, S. R. (2016). Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. In *Anais do 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa* (pp. 524-533). Porto: A. P. COSTA et al.

Vieira, T. C. S. A. & Pinheiro, C. L. (2021). Atuação do terapeuta ocupacional com pais de bebês em unidades neonatais brasileiras. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.*, 3(5), 333-351.

<https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto41909>

Contribuição das autoras: C.C.S.: Elaboração, coleta de dados, formatação, análise dos dados, revisão do texto. C.G.D.C.: Orientação do trabalho, análise dos dados, revisão do texto e formatação.

Recebido em: 11/01/2024

Aceito em: 21/06/2024

Publicado em: 31/10/2024

Editor(a): Carolina Maria do Carmo Alonso