Rev. Latino-Am. Enfermagem
18(2):[07 pantallas]
mar.-abr. 2010
www.eerp.usp.br/rlae

Artículo Originale

Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería

João Carlos Arivabene[1]
Maria Antonieta Rubio Tyrrell[2]

El objetivo de este estudio fue describir vivencias de las madres, analizándolas bajo los principios del Método de la Madre Canguro (MMC) y discutir las contribuciones de las madres a partir de los significados de esas vivencias para las acciones de enfermería. En la recolección de los datos, se empleó un cuestionario que caracterizó el perfil socioeconómico de las madres y, por medio de la técnica grupo focal, se obtuvieron relatos de los beneficios de esas vivencias que subsidiaron la construcción de las categorías: sobrevivencia y recuperación del bebé; el día a día de las madres modificado por el MMC; y, valorización de los lazos afectivos familiares en el MMC. Se constató que las vivencias están relacionadas al aumento del vínculo entre la madre y el bebé, a la disminución del tiempo de separación del recién nacido de la familia, además de proporcionar mayor competencia y confianza a los padres en los cuidados con su hijo, inclusive antes del alta hospitalaria, mejorando las relaciones de la madre con la familia, entre ellos y con el equipo que cuida del bebé.

Descriptores: Cuidado Madre Canguru; Vivencias Maternas; Atención de Enfermería; Enfermería.

[1] Maestría en Enfermería, e-mail: jcarivabene@yahoo.com.br.
[2] Doctor en Enfermería, Profesor Titular, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, e-mail: direcao@eean.ufrj.br.

Correspondencia:
João Carlos Arivabene
Faculdade Pitágoras - Unidade de Linhares
Rua São Mateus, 1458
Araça
CEP: 29901-350 Linhares, ES, Brasil
E-mail: jcarivabene@yahoo.com.br

Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem

O objetivo deste estudo foi descrever vivências das mães, analisando-as à luz dos princípios do Método da Mãe Canguru (MMC) e discutir as contribuições das mães a partir dos significados dessas vivências para as ações de enfermagem. Na coleta dos dados, empregou-se questionário que caracterizou o perfil socioeconômico das mães e, por meio da técnica grupo focal, obtiveram-se relatos dos benefícios dessas vivências que subsidiaram a construção das categorias: sobrevivência e recuperação do bebê, o dia a dia das mães modificado pelo MMC e valorização dos laços afetivos familiares no MMC. Constatou-se que as vivências estão relacionadas ao aumento do vínculo entre a mãe e o bebê, à diminuição do tempo de separação do recém-nascido da família, além de proporciona maior competência e confiança aos pais nos cuidados com seu filho, mesmo antes da alta hospitalar, melhorando o relacionamento da mãe com a família, entre eles e com a equipe que cuida do bebê.

Descritores: Método Mãe Canguru; Vivências Maternas; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

Kangaroo Mother Method: Mothers' Experiences and Contributions to Nursing

This research aimed to describe mothers' experiences, analyzing them in the light of the principles of the Kangaroo Mother Method (KMM), and discuss the mothers' contributions based on the meanings of these experiences for nursing actions. In data collection, a questionnaire was used that characterized the mothers' socioeconomic profile and, through focus groups, stories were obtained about the benefits of these experiences, which supported the construction of the following categories: survival and recovery of the baby; the mothers' daily life modified by the KMM and valuation of affective family bonds in the KMM. The experiences are related to increased bonding between mother and baby, reduction of the infant's time of separation from the family, besides leading to increased competition and confidence in the parents to take care of their child, even before discharge, improving the mother's relation with the family, inside the family and with the team that takes care of the baby.

Descriptors: Kangaroo Mother Care; Maternal Experiences; Nursing Care; Nursing.

Consideraciones iniciales

En todo el mundo nacen anualmente 20 millones de niños prematuros y/o con bajo peso (inferior a 2.500g al nacimiento, sin considerar la edad de gestación). De estos, un tercio muere antes de completar un año de vida[1]. La condición de prematuro (recién nacido que no completó 37 semanas de gestación, a pesar del peso de nacimiento clasificada en: prematuro limítrofe – de 35 a 37 semanas incompletas; prematuro moderado – gestación de 31 a 34 semanas; prematuro extremo – gravidez inferior a 30 semanas)[2], en el recién nacido (RN) se constituye en un gran problema de salud infantil.

Amparado en el proceso epidemiológico del prematuro, principalmente en las cuestiones neonatales, desde 1979, en el Instituto Materno-Infantil de Bogotá (Colombia), los médicos Edgar Rey Sanabria y Héctor Martinez Gómez se preocuparon con la normalización del Método Madre Canguro (MMC) que, en aquel momento, tenía como objetivo reducir la mortalidad neonatal.

En el transcurso de esas tres décadas, el MMC ha siendo utilizado en varios países, principalmente en aquellos que no disponen de un número suficiente de incubadoras y de recursos humanos para celar por la

alta calidad de cuidados a los recién nacidos de bajo peso (RNBP). En esos países, el propósito básico fue el de dar alta precoz a los RNBPs frente a la situación crítica experimentada[3].

En Brasil, los primeros servicios que desarrollaron el MMC fueron los del Hospital Guilherme Álvaro en Santos, SP (1992) y los del Instituto Materno-Infantil en Recife, PE (1993). A partir de esas bien sucedidas experiencias, hubo una considerable expansión del método en el país, como consecuencia de las ventajas, tanto para la madre como para el bebé, a pesar de que, en las políticas brasileñas, el énfasis esté vinculado más para los beneficios relacionados al bebé: disminución del tiempo de separación del recién nacido de la familia, evitando largos períodos sin estimulación sensorial; proporciona mayor competencia y confianza a los padres en el manoseo de su hijo, mismo antes del alta hospitalaria; facilita el control térmico del niño; y disminuyen las enfermedades e infecciones hospitalarias, propiciando un período de permanencia menor del bebé en el hospital, entre otros, conforme definido en la Norma de Atención Humanizada al Recién Nacido de Bajo Peso – Método Canguro – Portería n.º 693, de 5 de julio de 2000[4].

Partiendo de la primicia que el nacimiento de un niño, sobretodo prematuro (edad de gestación inferior a 38 semanas - muchas veces dependientes de cuidados profesionales y/o cuidados maternos) transforma la organización familiar, necesitando adaptaciones en la vida cotidiana, envolviendo las relaciones internas y externas de esos seres familiares, se considera, aquí, que la enfermería tiene papel fundamental en el MMC, donde deben existir esclarecimientos y cambios de concepciones y prácticas de cuidados con el RNBP, proporcionando, así, conocimientos, entre otros, sobre derechos y deberes paternos y maternos y por qué no, fraternos y solidarios.

En ese contexto, la madre, el padre, el bebé y los familiares viven momentos de crisis en sus vidas, dentro en un medio social, económico, espiritual y cultural. De esa forma, las madres y sus familiares deben ser escuchados sobre sus dudas y dificultades, deseos y preocupaciones, siendo eso posible solamente a partir del reconocimiento de la realidad familiar, alcanzando, así, el entendimiento del proceso salud-enfermedad-salud y su (re)integración familiar, atendiendo las necesidades biopsicosociales de los participantes.

Como es previsto en el MMC, "sólo serán considerados como 'Métodos Canguro' los sistemas que permitan el contacto precoz entre el bebé y su madre/familiares, realizado de manera orientada y supervisada, por libre elección de la familia, de forma creciente y segura"[3]. Esos seres participantes deberán ser acompañados por un equipo de salud adecuadamente entrenado, dando a ellos soporte asistencial y educacional digno y propiciando que ejerzan el derecho de ciudadano, permitiendo, así, atender los principios del MMC que se basan en el alta precoz, independientemente del peso, desde que el bebé presente condiciones clínicas estables, el incentivo al contacto precoz entre la madre y el bebé, siendo el mismo colocado entre las mamas, y la manutención del bebé en la posición vertical.

A pesar de que la asistencia al MMC nació y, también se desarrolló basada en las necesidades del bebé, la norma brasileña contempla la atención humanizada a los integrantes del método, esto es, la madre, hijo, familia y profesionales participantes[4].

En ese proceso de asistir a la madre y a la familia, los cuidados médicos, de enfermería y de otros terapeutas, casi siempre son muy valorizados, tendiendo a ser considerados poderosos, así, la estructura institucional se vuelve autoritaria, en la cual el equipo de salud ejerce poder dominante sobre la realidad cultural de la mujer/madre y de la familia, con serio perjuicio a la calidad de la asistencia. Así, esos profesionales desarrollan acciones educativas y asistenciales que sustituyen las creencias y prácticas populares, ya que estas son tenidas como no científicas y pueden causar perjuicio a los cuidados requeridos por el niño[5].

Con base en lo expuesto, se seleccionó, como objeto de estudio, las vivencias de las madres en el MMC implantado en un hospital público de la Grande Vitória, en el Estado de Espírito Santo. Para esto, fueron trazados como objetivos: describir las vivencias de las madres en el MMC, analizar las vivencias de las madres bajo la luz de los principios del MMC, y discutir las contribuciones de las madres, a partir de los significados de sus vivencias en el MMC, para las acciones de enfermería.

Recorrido teórico metodológico

La investigación es de naturaleza cualitativa, ya que ese abordaje posibilita la incorporación de los significados, de los motivos, de las inspiraciones y creencias, de los valores y actitudes, comprendidos, aquí, como fenómenos humanos que hace parte de la realidad social de los participantes[6]. Y, también, que ese abordaje parte del presupuesto de que existe una relación dinámica construida entre el mundo real y el sujeto que en el actúa, dando al mundo objetivo una visión subjetiva del sujeto.

Adecuando el método a la investigación y al escenario, fue utilizado el estudio de caso de naturaleza reveladora, ya que esta es utilizada cuando el investigador tiene la oportunidad de observar y analizar un fenómeno, previamente inaccesible a la investigación científica, esto es, pretende desvendar algunos fenómenos predominantes previamente inaccesibles a los científicos, hasta entonces. Ese método posibilita estudiar como es el día a día de esos actores sociales. Todavía más, el estudio de caso como método permite obtener un conocimiento amplio y detallado del objeto, además de poseer gran flexibilidad, y se refiere a la capacidad de lidiar con amplia variedad de evidencias presenciadas en el desarrollo de la investigación[7].

Los actores de la investigación fueron 13 madres de bebés prematuros de bajo peso, asistidos en las tres etapas (primera etapa: Unidad de Tratamiento Intensivo Neonatal (UTIN) y Unidad Intermediaria; segunda etapa: Alojamiento Conjunto Canguro; tercera etapa: Follow-Up – Canguro Domiciliar) del MMC, en el período de 2000 a 2005, considerándose que, en ese período, el método se desarrolló de forma plena y completa en el escenario escogido, tanto en la organización estructural como en recursos humanos.

La operacionalización de la recolección de los datos, que se realizó de noviembre de 2006 a marzo de 2007, los actores tuvieron libre arbitrio para participar. Fueron esclarecidos en cuanto al proyecto y cuidados éticos del proceso de investigación, para esto, hubo aproximación previa con esos actores. La recolección de datos abarcó dos fases, en la primera, se aplicó un cuestionario, lo que fue hecho a través de entrevistas individuales constando de preguntas con datos sociodemográficos y con el objetivo de caracterizar los actores de la investigación y también el escenario.

Después de ese momento individual, consecutivamente, las madres fueron reunidas para las entrevistas colectivas (segunda fase), donde fue aplicada la estrategia del grupo focal, que es "una forma de recolectar datos directamente de las declaraciones de un grupo, que relata sus experiencias y percepciones en torno de un tema de interés colectivo"[8]. También, es adecuada para las relaciones familiares, de equipos de trabajo y de redes interpersonales, y posibilita el favorecimiento de la elaboración dialéctica del pensamiento grupal[9].

En el desarrollo del grupo focal, se reunió cada grupo investigado en una sesión, que tuvo en promedio una hora y media de duración, ocurriendo en local neutro – auditorio del hospital investigado, ambiente fuera de la convivencia de los participantes y de fácil acceso, libre de ruidos - lo que posibilitó el registro de las declaraciones sin interferencias. Inicialmente, se pretendía formar esos grupos con seis a ocho entrevistados, para atender las necesidades de obtención de datos de interés colectivo que contribuyen para la construcción de las categorías empíricas y analíticas.

Debido a las dificultades climáticas (lluvia en exceso) e falta de tiempo de algunos entrevistados, estos se resumieron a dos grupos compuestos de cuatro entrevistadas y a un grupo con cinco participantes, totalizando las 13 madres de bebés atendidos por el MMC que participaron de este estudio.

La investigación está de acuerdo con la Resolución n.º 196/96 de la Comisión Nacional Comité de Ética en Investigación (CONEP) con seres humanos[10]. Contó con la aprobación del CEP/EEAN/HESFA/UFRJ y de la institución escenario de la investigación. Las madres, al concordar en participar del estudio, firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido (TCLE).

La investigación fue realizada en un hospital público estatal, localizado en el municipio de Serra, perteneciente a la Grande Vitória, en el Estado de Espírito Santo. Esa institución es integrante del Sistema Único de Salud (SUS). Es también hospital de referencia, por su habilitación, en nivel terciario, para la atención a la gestante, a la parturienta, a la puérpera y al recién nacido de alto riesgo.

A partir de los resultados preliminares, fueron construidas las siguientes categorías temáticas: a) beneficios de las vivencias en el MMC: sobrevivencia y recuperación del bebé; b) el día a día de las madres, modificado por el MMC; c) valorización de la afectividad entre familiares; d) dificultades experimentadas en el MMC; e) beneficios de las vivencias relacionadas al equipo de enfermería y f) comentarios y sugerencias de las madres. En este artículo, serán tratadas las tres primeras categorías expuestas.

Análisis y discusión de los resultados

Perfil sociodemográfico de las madres

Se verificó las siguientes características: el intervalo de edad varió entre 18 y 40 años, siendo que prevaleció, entre las madres, el intervalo de edad de 33 años o más; en cuanto al estado civil, diez de las entrevistadas eran casadas (76,9%, siendo que la mayoría (69,2%) se ocupaba de los quehaceres domésticos, disponiendo, también, en su mayoría (69,2%, de renta familiar insuficiente (1 a 3 salarios mínimos), dificultando la progresión del desarrollo social, económico, cultural,

familiar y, también, la adquisición terapéutica de su bebé (consultas, terapias, medicamentos, otros), cuando estos no son proporcionados por el SUS; en cuanto a la escolaridad, 92,3% presentaban 1º o 2º grado completo, se observa que el proceso educacional todavía presenta niveles insatisfactorios en esa población; la mayoría de ellas se declaró evangélica (61,5%) y, en esa perspectiva, se entiende, aquí, que los individuos en situación de riesgo valorizan las creencias y sus valores religiosos.

Categorías temáticas

Beneficios de las vivencias en el método madre canguro: sobrevivencia y recuperación del bebé

Las madres destacaron, explicitaron y afirmaron que la adhesión al método se debió a la sobrevivencia y recuperación del bebé. Esas madres tienen como primera preocupación la sobrevivencia de su hijo prematuro. Se destaca que la adhesión materna al MMC está acompañada de miedo, ansiedad y sentimiento de culpa, sentimientos estos que pueden dificultar el proceso del método, así como las relaciones sociales de esa madre con otros participantes en el MMC[11]. Esa situación es confirmada en las afirmaciones colectivas que siguen.

[...] el bebé se desarrolla mejor y recupera peso más rápido.

[...] él tiene la necesidad de amor, afecto, contacto conmigo.

Según las madres, la adhesión al método fue una sugerencia de los profesionales del equipo de salud (asistente social, enfermera, médico) y para una de las madres la sugerencia partió del esposo. En ese proceso, se observa que no existe una declaración única sobre la participación del equipo de salud – esto es, las declaraciones de las madres se refieren a los profesionales de forma aislada, y no pertenece a un equipo interdisciplinar. Se destaca que no todas las madres participaron del MMC de forma consensual, a pesar de que adhirieron por causa de los beneficios al bebé; cinco madres afirmaron haber muchas dificultades, sin embargo adhirieron al método también por el beneficio de sobrevivencia del RN. Otra situación que debe ser considerada es el abordaje del profesional/equipo sobre la adhesión al método, justificando la necesidad de la adhesión por las ventajas para el bebé, como identificadas a seguir.

[...] desarrollar, crecer, ganar peso, cuando agarramos al bebé, lo que más queremos es que él recupere el peso, porque si no recupera el peso, no puede salir.

[...] ah, usted lo tiene que hacer por causa de su hija, para que ella tenga más peso, protege más [...] dijeron así: use el método que su hija se va a desarrollar más rápido, engordar, crecer. Entonces yo lo hice.

El día a día de las madres modificado por el MMC

Las madres explicaron no medir esfuerzos para atender las necesidades de los bebés. Se entiende la aflicción experimentada por muchas de esas mujeres/madres al abandonar los otros hijos, el marido, el empleo o el estudio, para dedicarse casi exclusivamente a los cuidados del bebé prematuro, pudiendo, así, abandonar su papel de mujer, trabajadora o esposa. Esa situación podrá propiciar el aparecimiento de un estado de vulnerabilidad para las madres y familiares y la ocurrencia de disturbios sociales, culturales, económicos, entre otros, como se evidencia a seguir.

[...] fue muy difícil, sin embargo valió la pena. Llegue a abandonar la casa y los otros hijos.

[...] yo vivía exclusivamente para él (bebe, justificando que eso necesitaba más de su atención).

Pertinente a la convivencia familiar, tres madres explicaron que los esposos u otro familiar (suegra, hermanos, madres) no incorporaron el MMC, dificultando la relación entre la madre y otros seres sociales, como es observado en las siguientes declaraciones.

[...] mi hija adolescente, entonces fue el mayor sufrimiento, ya que yo acumulaba la preocupación con el bebé y el mi marido creaba problemas, traía todo para mi cabeza.

En las relaciones en que los familiares eran comprensivos y colaboradores, se notó que estos ayudan mucho en el desarrollo del MMC, dando una visión de ciudadanía en el proceso salud-enfermedad-salud, como se identifica en las declaraciones a seguir.

[...] una pareja de pastores nos adoptó, a mí, a mi marido y a mi hija, la esposa del pastor mandaba a mi otra hija para la escuela, hacía los deberes de casa con ella, lavaba las ropitas del bebé, yo realmente estaba precisando, fue muy bueno.

[...] mi madre fue muy especial, estaba siempre presente, fue ella que me aconsejó, ella venía siempre aquí (hospital) conmigo. [...] mi familia fue primordial, fue todo.

Se reconoce la dura realidad de las mujeres/madres, ya que estas, además de ejercer el papel de madres/cuidadoras, desempeñan otros papeles en la sociedad. Inclusive en 2007, después de transcurridos 13 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo[12], los avances, en la práctica, no atienden a las necesidades experimentadas por la mujer, la que no se percibe bajo el riesgo de enfermarse y de morir.

Otro hecho que debe ser resaltado es que las madres prestan cuidados profesionales (formales), esto es, los profesionales de la salud, que las asisten, exigen de esas madres actividades/cuidados que deberían ser prestados por ellos (dar baño técnicamente, sostener al bebé para punción de la vena, otros), y, también, los cuidados maternos (informales) a sus bebés, esos sí, cuidados de aproximación afectiva con el bebé (cambiar pañales, acariciar, otros), que son propósitos y no tareas maternas de madre. En el desarrollo de esas actividades, algunas complejas, las madres se sienten sobrecargadas, lo que, la mayoría de las veces, les es impuesto sin ser discutido y propuesta esa asistencia, como descrito a seguir.

[...] Cuando tenía que "agarrar una vena", mi Dios que cosa triste, yo tenía que estar al lado y a veces sostener el bebé para "pincharlo".

[...] yo venía aquí (hospital) a cuidar del bebé y después llegaba en casa para ayudar a mi niña de 7 años a hacer la comida. [...] después que llegaba en casa, llegaba cansada, iba a lavar las ropitas de él (bebé) para en el otro día tener que volver al hospital y cuidar de mi bebecito.

Además, algunas madres relataron que, en su ausencia, los bebés no eran bien atendidos y ellas no recibían las informaciones de forma completa y correcta, lo que dificultaba la relación entre ellas y el equipo profesional, como se constata en las declaraciones a seguir.

[...] cuando yo la vi estaba con la cabeza raspada, caramba, fue pésimo, ellos me explicaron que era porque estaba sin vena, ahí yo me quedé con rabia mismo.

[...] pensaba, mi Dios del cielo, la chiquitita no cambiaba ni los pañales, ella quedaba toda encharcada, así yo llegaba en casa, yo no quería hacer nada, yo sólo quería llorar.

Valorización de la afectividad entre familiares

Se caracterizó por la mejoría de la convivencia, afectividad y comprensión, lo que sucede cuando hay participación efectiva de los familiares en el MMC. En ese sentido, se concuerda, aquí, con algunos autores, cuando consideran que la familia tiene en el amor y en el apoyo mutuo de la pareja el principal determinante de la educación de los hijos, a fin de poder desempeñar la importante tarea de formar hábitos, actitudes y valores[5]. Con esa base teórica, se fundamenta la mejoría en la calidad de vida de los participantes, en que las acciones de las familias están centradas en el individuo integral, considerando las transformaciones sociales, económicas y culturales.

[...] a familia y los vecinos, el apoyo que ellos nos dieron, ayudó mucho.

[...] todos estaban muy felices, rezando, pidiendo a Dios, orando, haciendo campaña y todo.

[...] tuve la colaboración de toda la familia, de él (marido), de mi madre, de mi familia, mucha fuerza, mucho apoyo, mucha caricia, mucho cariño fue lo que me ayudó mucho.

La relación directa entre madre e hijo evidencia que el contacto íntimo con el bebé prematuro puede interferir positivamente en la relación de ese bebé con el mundo. Esos hechos son constatados en las declaraciones a seguir.

[...] ellos se quedan bien agarraditos con nosotros [...] nosotros acabamos creando una superprotección [...] hoy él es muy agarradito conmigo. [...] ellos no quieren más perder aquel vínculo, quedar agarrado, son niños que no quieren quedarse dentro de la cuna, no quieren quedarse dentro del cochecito, sólo quieren estar con nosotros, dormir con nosotros.

En la perspectiva de las contribuciones, en términos asistenciales, se enfatiza la dimensión educativa y sociocultural de los cuidados ofrecidos a los familiares del RNBP, asegurando a esa clientela el derecho constitucional a la salud del ciudadano. Esa contribución es extensiva a los profesionales de la salud y en especial a los de enfermería, garantizando la calidad en la relación del profesional cuidador con la persona cuidada.

Consideraciones finales

Si se reflexiona sobre los resultados considerando las ventajas contenidas en la norma de 2000, sobre el MMC, se constata que, de acuerdo con las declaraciones de las madres, son evidentes las vivencias relacionadas, de un lado, con: a) el aumento del vínculo entre la madre y el bebé; b) la disminución del tiempo de separación entre el recién nacido y la familia, evitando largos períodos sin la vigilancia de los cuidados de la madre y c) la mejoría de la relación de la madre y la familia y, de ellos con el equipo que cuida del bebé.

Si se relacionan los resultados del MMC con el Programa de Humanización en la Atención al Recién Nacido Pretérmino, se puede inferir que este todavía presenta una gran fragilidad relacionada a la seguridad técnica de los profesionales y a los recursos adecuados al éxito del método.

A través de los resultados obtenidos, se entiende que la participación familiar se torna esencial para el suceso del método. Esa participación debe acontecer de forma harmoniosa en el ambiente hospitalario (primera y segunda etapa) y en el ambiente domiciliar (tercera etapa), asegurando a esas mujeres/madres apoyo, confort, confianza y sociedad en los cuidados profesionales (formales), y también en los cuidados

maternos (informales), cuando así propuestos por el equipo de salud. En ese sentido, hay necesidad de trabajar mejor el entendimiento de la indicación del MMC y la adhesión espontánea por parte de la madre, evitando, así, situaciones de crisis familiar y de estrés, inclusive de pérdida de trabajo o abandono del estudio.

En ese sentido, el equipo de enfermería deberá conocer el perfil socioeconómico de los clientes y reconocer la realidad de la vivencia de la madre-familia en su contexto social, valorizando la incorporación de esos individuos en el proceso de cuidar y de asistir al recién nacido prematuro y la madre prematura. Para esa propuesta, es necesario que la enfermería conozca, comprenda y transforme su asistencia, en la cual madre-bebe-familia deben ser comprendidos dentro de su cultura propia, entendiendo la necesidad de promover cuidados de enfermería en la perspectiva transcultural.

Y, también, considerando que en el MMC, según la política de salud, el protagonista es el bebé prematuro, se observa que la enfermería responsabiliza excesivamente a la mujer-madre, no ayudando a la madre a transformarse o adecuarse a la situación de ser madre prematura, causando desarmonía relacional, debido a la falta de habilidad profesional en reconocer las dificultades de adaptación por parte de la madre y familia al bebé prematuro.

Para tanto, se entiende que este estudio podrá servir como punto de referencia para otras investigaciones y/o estudios a ser desarrollados, fortaleciendo la línea de investigación sobre Políticas y Modelos de Enseñanza y Asistencia en Enfermería y Salud de la Mujer y del Recién Nacido, favoreciendo el desarrollo de acciones educativas y asistenciales que promuevan el fortalecimiento del papel ciudadano de los participantes en el MMC.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral a saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. Pediatria Básica: tomo I – pediatria geral e neonatal. 9.ed. São Paulo: Sarvier; 2003.
3. Almeida CM, Almeida AFN, Foiti EMP. Efeitos do método mãe canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termos de baixo peso. Rev Bras Fisioter. 2007; 11(1):1-5.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 693, de 5 de julho de 2000. Norma de atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso. Brasília; 2005. [online]. [Acesso em: 15 março 2005]. Disponível em: http://www.saude.gov.br.
5. Elsen I, Monticelli M. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. Texto e Contexto Enferm. 2006; 15(1):26-34.
6. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25. ed. Revista e atualizada. Petrópolis – Rio de Janeiro: Vozes; 2007.
7. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
8. Leopardi MT, Thofehrn MB. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. Rev Texto & Contexto Enferm. 2006; 15(3):409-17.
9. Aschidamini IM, Saupe R. Grupo focal: estratégia metodológica qualitativa. Um ensaio teórico. Rev Cogitare Enferm. 2004; 9(1):9-14.
10. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS 196 / 96 e outras. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2000. [Cadernos Técnicos].
11. Caetano LC, Scochi CGS, Angelo M. Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. Rev Latino-am Enfermagem. 2005; 13(4):562-8.
12. Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Relatório final. Cairo: CNPD; FNUAP; 1994.

Recibido: 30.4.2008
Aceptado: 18.12.2009

Como citar este artículo:

Arivabene JC, Tyrrell MAR. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2010 [acceso en: ___ ___ ___];18(2):[07 pantallas]. Disponible en: _____

día
mes abreviado con punto
año
URL