

ROBERTA COSTA

REFLEXÕES DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE O MÉTODO MÃE-
CANGURU EM UMA UNIDADE DE NEONATOLOGIA: UM
DIÁLOGO FUNDAMENTADO NA ABORDAGEM
PROBLEMATIZADORA

FLORIANÓPOLIS
2005

ROBERTA COSTA

REFLEXÕES DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE O MÉTODO MÃE-
CANGURU EM UMA UNIDADE DE NEONATOLOGIA: UM
DIÁLOGO FUNDAMENTADO NA ABORDAGEM
PROBLEMATIZADORA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Marisa Monticelli

FLORIANÓPOLIS
2005

ROBERTA COSTA

REFLEXÕES DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE O MÉTODO MÃE-
CANGURU EM UMA UNIDADE DE NEONATOLOGIA: UM
DIÁLOGO FUNDAMENTADO NA ABORDAGEM
PROBLEMATIZADORA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 19 de dezembro de 2005, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Marisa Monticelli
- Presidente -

Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha
- Membro -

Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
- Membro -

Dra. Astrid Eggert Boehs
- Suplente -

Dra. Vera Lúcia Barbosa
- Suplente -

"Batem juntos dois corações
em permanente contato. Dividem
calor, carinho, conforto e segurança".



AGRADECIMENTOS

Este caminho eu não trilhei sozinha, muitas pessoas me acompanharam nesta trajetória. Desta forma gostaria de agradecer a todos que me apoiaram e compartilharam esses momentos enriquecendo de uma forma ou de outra este estudo.

Agradeço à minha orientadora, Dra. Marisa Monticelli, pelo seu constante apoio, carinho, dedicação e sabedoria, pelas “broncas” e “puxões de orelha”, por cuidar de mim e partilhar comigo sua luz e conhecimento em todos os passos desta caminhada.

Aos meus pais, Paulo e Rosinéia, à minha irmã Francine e ao meu cunhado Bruno, desculpem a cara amarrada, a falta de tempo, obrigado por nossa experiência de vida em conjunto, por tantos diálogos, pelo carinho, incentivo, compreensão e ajuda em mais este desafio. Obrigada por todos os cuidados de vocês frente aos muitos descuidos meus.

Ao meu amor Mateus, que cruzou minha vida meio sem querer, no meio da realização deste estudo. E que agora faz parte da minha vida de uma maneira que não ousou descrever em palavras. Você foi à fonte maior de luz, energia e inspiração para este trabalho. Obrigado por todos os momentos que passamos juntos e pela dialogicidade mantida sempre. TE AMO!

Aos meus familiares, meus avós, tios e primos, que perto ou longe, sempre estiveram presentes, me incentivando e apoiando em mais esta caminhada.

Aos profissionais que participaram deste trabalho, pela parceria estabelecida, pela disponibilidade, interesse e apoio constante durante e após nossos encontros, por partilhar comigo seus conhecimentos, experiências e sentimentos e especialmente o desejo de mudança.

Aos recém-nascidos e famílias, objetivo maior deste estudo, que me motivam no cotidiano da assistência a pensar, refletir, criar e recriar e que me possibilitam a cada novo encontro “ser mais”.

Às pessoas que compõe a equipe de saúde da neo do HU/UFSC, de modo especial à Mel e ao Gugu, por me ajudarem a superar este e tantos outros desafios, por disponibilizarem seu “ombro amigo” nos momentos de dificuldades, por unirmos forças para enfrentar obstáculos e por compartilharem comigo a maravilhosa experiência de cuidar do recém-nascido e família.

Às professoras Astrid Eggert Boehs, Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, Kenya Schmidt Reibnitz, Maria Emília de Oliveira, Rosane Gonçalves Nitschke e Vera Lúcia Barbosa, componentes da banca examinadora, que se dispuseram a contribuir e orientar possibilitando a concretização deste estudo.

Aos professores do Curso de Graduação em Enfermagem, em especial, às professoras da disciplina de “Enfermagem Obstétrica e Neonatológica”, Odaléa, Mila, Marisa, Vitória, Vanda, Telma, Ana e Joéli, pelo incentivo constante, pelas várias oportunidades de ensino-aprendizagem, por apoiar todos os meus passos em minha vida profissional. À professora Miriam Sussikind Borenstein, que sem dar-se conta de sua atitude, foi a pessoa que me impulsionou e possibilitou, conhecer e me apaixonar pela área de obstetrícia e neonatologia. E à professora Ilca Luci Keller Alonso, por me incentivar nesta e em muitas outras caminhadas.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação, pela disponibilidade e pronta atenção. E em especial, à professora Kenya Schmidt Reibnitz, que me orientou e compartilhou seus conhecimentos e experiências na construção do referencial teórico-metodológico que serviu de guia para a realização deste trabalho.

Aos colegas e amigos do Curso de Mestrado, especialmente a Carol Portela, amiga deste e de muitos outros momentos, ora perto ora longe, partilhando experiências, vivências, risos e angústias.

Aos meus amigos: Bianca – que mesmo longe sempre me incentivou, a Melissa, a Joéli, a Gisele, a Silvana, a Sonciarai, a Maria Elisa, a Mariucha, a Marina, a Patrícia, a Fernanda Porto, a Carol e ao Ricardo – por me possibilitarem momentos de descontração que serviram como fonte de renovação de inspirações para este trabalho. E aos muitos outros amigos, que não cito aqui, mas aos quais também quero dar muitos abraços de agradecimento.

Aos profissionais do Hospital Infantil, por compartilharem comigo novas experiências de cuidado à criança e à família, em especial aos funcionários da UTI neonatal – que me acolheram de braços abertos, permitindo novos momentos de aprendizagem e que mesmo conhecendo pouco deste trabalho, demonstraram interesse e me motivaram a seguir em frente; aos trabalhadores da UTI pediátrica – que em meio a correria dos plantões ainda achavam tempo para me incentivar e perguntar sobre este trabalho e que ainda nos momentos de raríssimas calmarias permitiam as correções finais deste trabalho que ora apresento.

Às minhas amigas e colegas da ABENFO (Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras) pelo constante apoio e incentivo em todos os passos desta caminhada.

Aos meus colegas participantes do NEPEPS (Núcleo de Estudos em Educação Popular e Saúde) pelos muitos momentos de reflexões e discussões que certamente contribuíram para a concretização desta proposta.

E finalmente, agradeço a Deus, por tudo e por todos!

RESUMO

COSTA, Roberta. **Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora.** 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 228p.

Este estudo teve como objetivo promover um processo educativo, com a equipe de saúde neonatal, sobre as potencialidades do Método Mãe-Canguru (MMC) na assistência ao recém-nascido e família, a partir do referencial teórico-metodológico da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire. Foi realizado na unidade de neonatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Os sujeitos deste estudo foram os integrantes da equipe de saúde neonatal, que demonstraram interesse em refletir sobre a compreensão do MMC enquanto proposta de atendimento implantada em sua realidade. A utilização da metodologia problematizadora com a aplicação do Arco de Charles Maguerez caracterizou-se como caminho metodológico para a operacionalização deste estudo. Foram desenvolvidas doze oficinas, visando proporcionar ao grupo, a oportunidade de socializar suas idéias e experiências, refletir sobre sua realidade, analisá-la de forma crítica, buscando compreendê-la e transformá-la. A avaliação deste processo ocorreu ao longo do mesmo, sendo que a análise dos dados coletados nas oficinas foi realizada através da seleção das falas e acontecimentos mais significativos com relação ao MMC e a vivência da equipe de saúde. A análise global dos dados foi realizada em três fases: coleta e organização dos dados; codificação e identificação dos temas emergentes. A partir da análise dos dados de cada oficina surgiram os seguintes temas: “mães não realizam a posição canguru”; “a participação e a inclusão”; “validade e valorização do MMC enquanto política de atenção neonatal”; “fragilidades na implementação do Método”; “a necessidade de mudanças de atitudes dos profissionais para garantir a integralidade do desenvolvimento do MMC”; “promoção da integralidade das ações dos profissionais da equipe”; “ampliando o nosso sujeito de cuidado para além do recém-nascido prematuro, envolvendo a família e suas interações”; “acolhimento”; “mudança do paradigma da atenção neonatal – o cuidado centrado na família”; “a unidade de terapia intensiva neonatal aliando o desenvolvimento tecnológico ao cuidado sensível”; “o MMC provoca mudanças positivas na assistência neonatal”, “o cuidado individualizado”; “educação contínua e permanente” e “educação problematizadora como uma constante na assistência neonatal”. Os resultados apontaram a importância e necessidade da criação de espaços para reflexões entre os profissionais da equipe de saúde sobre sua prática assistencial, de modo que os profissionais compartilhem suas idéias, opiniões, vivências e sentimentos, provocando mudanças na maneira de pensar e agir do grupo, possibilitando a transformação do modelo assistencial vigente e favorecendo desta forma o cuidado integral e individualizado prestado ao recém-nascido e família. Neste sentido, o estudo visa contribuir para uma discussão mais ampla sobre esta nova proposta governamental de atenção neonatal, assim como estimular novos estudos no sentido de modificar e melhorar a compreensão do cuidado ao recém-nascido e sua família.

Palavras-chave: método mãe-canguru, equipe interdisciplinar de saúde, neonatologia, educação em saúde.

ABSTRACT

COSTA, Roberta. **Reflections of the team of health on the kangaroo-mother method in a unit of neonatology: a dialogue based on the problem-solving boarding.** 2005. Dissertacion (Master in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis. 228p.

The purpose of this study was to promote a process educative, with the team of neonatal health, on the potentialities of the Kangaroo-Mother Method (KMM) in the assistance to just-born and the family, from the theoretical methodological framework of Paulo Freire's Liberating Pedagogy. The research was developed in the unit of neonatology of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina. The participants of this study had been the integrant ones of the team of neonatal health that had demonstrated interest in reflecting on the understanding of KMM while the proposal of attendance implanted in its reality. The use of the problem-solving methodology with the application of the Charles Maguerez's Arch was characterized as methodological way for to operate this study. Twelve workshops had been developed, aiming at to provide to the group, the chance to socialize its ideas and experiences, to reflect on its reality, to analyze it of critical form, searching to understand it and to transform it. The evaluation of this process occurred to the long one of exactly, being that the analysis of the data collected in the workshops was carried through the election of says them and more significant events with relation to the KMM and the experience of the health team. The global analysis of the data was carried through in three phases: it collects and organization of the data; codification and identification of the emergent themes. From the analysis of the data of each workshop the following themes had appeared: "mothers do not carry through the position kangaroo"; "the participation and the inclusion"; "validity and valuation of the KMM while politics of neonatal attention"; "fragilities in the implementation of the Method"; "the necessity of changes of attitudes of the professionals to guarantee the completeness of the development of the KMM"; "promotion of the completeness of the actions of the professionals of the team"; "extending our citizen of care for beyond the premature just-born one, involving the family and its interactions"; "shelter"; "change of the paradigm of the neonatal attention - the care centered in the family"; "the unit of neonatal intensive therapy uniting the technological development to the sensible care"; "the KMM provoke positive changes in the neonatal assistance", "the individuality care"; "continuous and permanent education" and " problem-solving education as a constant in the neonatal assistance". The results had pointed the importance and necessity of the creation of spaces with respect to reflections between the professionals of the health team on its practical assistance, in way that the professionals share its ideas, opinions, experiences and feelings, provoking changes in the way to think and to act of the group, making possible the transformation of the effective assistance model and favoring of this form the integral and individuality care given just-born and to the family. In this direction, the study he aims at to contribute for a ampler quarrel on this new proposal governmental of neonatal attention, as well as stimulating new studies in the direction to modify and improving the understanding of the care to just-born and its family.

Key words: kangaroo-mother method, patient care team, neonatology, health education.

RESUMEN

COSTA, Roberta. **Reflexiones del equipo de salud sobre el método madre-canguro en una unidad de neonatología: un diálogo fundamentado en el abordaje problematizador.** 2005. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 228p.

Este estudio tuvo como objetivo promover un proceso educativo, con el equipo de salud neonatal, sobre las potencialidades del Método Madre-Canguro (MMC) en la asistencia al recién-nacido y familia, a partir del referencial teórico-metodológico de la Pedagogía Libertadora de Paulo Freire. Fue realizado en la unidad de neonatología del Hospital Universitario del Universidad Federal de Santa Catarina. Los sujetos de este estudio fueron los integrantes del equipo de salud neonatal, que demostraron interés en reflejar sobre la comprensión del MMC mientras propuesta de atención implantada en su realidad. La utilización de la metodología problematizadora con la aplicación del Arco de Charles Maguerez se caracterizó como camino metodológico para la operacionalização de este estudio. Fueron desarrollados doce encuentros, visando proporcionar al grupo, la oportunidad de socializar sus ideas y experiencias, que reflejen sobre su realidad, analizarla de forma crítica, recogiendo comprenderla y transformarla. La evaluación de este proceso ocurrió al largo del mismo, siendo que el análisis de los datos recolectados en los encuentros fue realizado a través de la selección de las hablas y acontecimientos más significativos con relación al MMC y la vivencia del equipo de salud. El análisis global de los datos fue realizada en tres fases: colecta y organización de los datos; codificación e identificación de los temas emergentes. A partir del análisis de los datos de cada encuentro surgieron los siguientes temas: “madres no realizan la posición canguro”; “la participación y la inclusión”; “validez y valorización del MMC mientras política de atención neonatal”; “fragilidades en la implementación del Método”; “la necesidad de cambios de actitudes de los profesionales para garantizar la integralidade del desarrollo del MMC”; “promoción de la integralidade de las acciones de los profesionales del equipo”; “ampliando nuestro sujeto de cuidado para además del recién-nacido prematuro, envolviendo la familia y sus interacciones”; “acogida”; “cambio del paradigma de la atención neonatal – el cuidado centrado en la familia”; “la unidad de terapia intensiva neonatal aliando el desarrollo tecnológico al cuidado sensible”; “el MMC provoca cambios positivos en la asistencia neonatal”, “el cuidado individualizado”; “educación continua y permanente” y “educación problematizadora como una constante en la asistencia neonatal”. Los resultados apuntaron la importancia y necesidad de la creación de espacios para reflexiones entre los profesionales del equipo de salud sobre su práctica asistencial, de modo que los profesionales compartan sus ideas, opiniones, vivencias y sentimientos, provocando cambios en la manera de pensar y actuar del grupo, posibilitando la transformación del modelo asistencial vigente y favoreciendo de esta forma el cuidado integral e individualizado prestado al recién-nacido y familia. En este sentido, el estudio visa contribuir para una discusión más amplia sobre esta nueva propuesta gubernamental de atención neonatal, así como estimular nuevos estudios en el sentido de modificar y mejorar la comprensión del cuidado al recién-nacido y su familia.

Palabras claves: método madre-canguro, grupo de atención al paciente, neonatología, educación en salud.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – Introdução	11
CAPÍTULO 2 – Revisão de Literatura	20
2.1 Atenção perinatal e ao recém-nascido prematuro	20
2.2 O método mãe-canguru	36
2.2.1 Periódicos internacionais	44
2.2.2 Periódicos nacionais	52
CAPÍTULO 3 – Referencial Teórico-Methodológico.....	57
3.1 A pedagogia libertadora de Paulo Freire.....	57
3.2 A metodologia problematizadora	62
3.3 Marco conceitual.....	64
CAPÍTULO 4 – Contexto e Percorso da Prática Educativa.....	70
4.1 Local do estudo.....	70
4.2 Sujeitos do estudo	72
4.4 Aspectos éticos	80
CAPÍTULO 5 – A Metodologia Problematizadora em Curso.....	82
5.1 Movimentos preliminares e aspectos gerais	82
5.2 A ação-reflexão-ação do grupo	85
5.2.1 O “dar-se conta do problema”	86
5.2.2 Saber a opinião de todos (e de cada um) faz toda a diferença	94
5.2.3 Vislumbrando algumas potencialidades e fragilidade do Método	99
5.2.4 Percebendo-se “parte do problema”	107
5.2.5 Se a proposta é coletiva... ..	114
5.2.6 Olhando para dentro e para fora	120
5.2.7 “Sensibilizando” a realidade.....	126
5.2.8 O diálogo propicia a exteriorização de conceitos e valores	134
5.2.9 Percebendo-se parte da solução	141
5.2.10 Reconhecendo as mudanças	147
5.2.11 Buscando hipóteses de solução	153
5.2.12 Transformando a realidade	160
CAPÍTULO 6 – Dos Problemas Iniciais à Aplicação à Realidade e a Perspectiva Futura	168
CAPÍTULO 7 – Considerações Finais.....	185
Referências.....	191
Apêndices	207
Anexos.....	224

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

A assistência ao recém-nascido prematuro¹ sofreu várias transformações ao longo dos tempos, sendo que o desenvolvimento de tecnologias de maior complexidade para o cuidado neonatal surgiu apenas no século XIX com Pierre Budin, um médico obstetra francês que utilizou incubadoras com paredes de vidro para permitir às mães a visualização de seus filhos, incentivando que estas os visitassem e cuidassem (KENNELL; KLAUS, 1992). Apesar deste importante trabalho, a ênfase na permanência dos pais junto a seus filhos prematuros foi, aos poucos e por diversos motivos, sendo abandonada. Os bebês foram progressivamente sendo levados para ambientes restritos e tecnificados, tendo sempre a justificativa de prevenir infecções e oferecer-lhes condições adequadas de sobrevivência (CAETANO, 2004).

Neste período de exclusão dos pais nos cuidados aos prematuros, ocorreram inúmeras mudanças e avanços no manejo de bebês, entre elas, o uso de tecnologia avançada de terapia intensiva, tais como incubadoras, berços de calor radiante, equipamentos para assistência ventilatória, alimentação parenteral e antibióticos de última geração. Progressivamente, modernas unidades de tratamento intensivo foram contribuindo para aumentar a expectativa de sobrevivência de recém-nascidos com graus cada vez maiores de prematuridade e menor peso ao nascer. Isso colaborou para uma ampla mudança no perfil da mortalidade infantil. Entretanto, paralelamente e de

¹ Os termos recém-nascido “prematuro” e recém-nascido “pré-termo”, neste estudo, serão utilizados de modo intercambiável e similar para denominar os nascidos com menos de 37 semanas de gestação (WHO, 1961), seguindo o mesmo padrão adotado pelo Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2002), ao se referir ao Método Mãe-Canguru, embora a literatura especializada atual faça diferença entre os dois termos.

forma reiterativa, ainda existem alguns problemas associados à atenção neonatal, à exemplo do maior tempo de internação, com separação precoce e prolongada da mãe-filho-família, menor incidência e prevalência do aleitamento materno, maior exposição do neonato à complicações que cursam com graves seqüelas e maior demanda da atenção especial e de alto custo.

Com o uso de tecnologia avançada, é possível a sobrevivência de neonatos com idades cada vez menores mas, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), a prematuridade ainda é responsável por mais de 50% da morbi-mortalidade entre recém-nascidos sem anomalias fetais. Os avanços técnico-científicos são importantes na assistência aos prematuros, mas de forma isolada não oferecem solução ao problema ainda grave para a saúde perinatal², que é o nascimento antes do termo e suas repercussões.

Sabe-se que, anualmente, nascem em todo mundo, vinte milhões de recém-nascidos pré-termo e com baixo peso (BPN)³. Desses, um terço morre antes de completar um ano de vida (BRASIL, 2001a).

Dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2001) mostraram que o baixo peso ao nascer apresentou uma prevalência de 7% nos países industrializados e 17% nos países em desenvolvimento. A média mundial, em 2002, estava em torno de 10% e, no Brasil, o percentual era de 10% neste mesmo período.

Em Santa Catarina, no ano de 2002, dos 89.080 nascidos vivos, 7,9% apresentavam baixo peso e 6,1% eram prematuros (SANTA CATARINA, 2004).

No contexto atual, há uma preocupação mundial crescente em aliar os avanços tecnológicos com uma assistência sensível e individualizada. Existe um movimento em prol da humanização do nascimento, estimulando os profissionais de saúde a repensarem sua prática, buscando a transformação da realidade no dia-a-dia do cuidado.

² Período perinatal: abrange a idade gestacional que corresponde ao conceito do peso de 1.000g (equivalente a 28 semanas completas) até os primeiros sete dias completos de vida (REZENDE; MONTENEGRO; BELFORT, 1998).

³ Baixo peso ao nascer: nascimento com peso inferior a 2.500g (WHO, 1961). É importante salientar que nem todo recém-nascido de baixo peso é prematuro, entretanto ambos são englobados Método Mãe-Canguru.

Nesta perspectiva, a preocupação com a saúde perinatal, atualmente, tem envolvido políticas governamentais que evocam, cada vez mais, políticas assistenciais no sentido de “humanizar” o processo de nascimento, à exemplo do incremento da qualidade da atenção pré-natal, a ênfase na prática do parto normal, a participação do pai em todo o processo, o incentivo à amamentação, o fortalecimento do vínculo da família com o recém-nascido, enfim, atividades que visam oportunizar a expressão de emoções e vivências, a troca de conhecimentos entre profissionais e famílias, bem como a aprendizagem de melhores formas de viver a gravidez, o parto e o puerpério.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) brasileiro (BRASIL, 2001b), o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal. Humanizar o atendimento ao recém-nascido (RN) significa, entre outros, ter segurança técnica da atuação profissional, eficácia na atenção ao recém-nascido, condições hospitalares compatíveis com o período neonatal, oferta de condições para participação da família do neonato no processo assistencial, aliados à necessidade da atenção individualizada.

O atendimento perinatal tem sido foco primordial da atenção do MS brasileiro, procurando elevar não só o padrão de assistência técnica a essa população (mulher, recém-nascido, família), mas também propondo uma abordagem por parte dos profissionais de saúde, que seja fundamentada na integralidade do ser, buscando a mudança de percepção com relação a humanização da assistência prestada (BRASIL, 2001a).

Nessa linha de pensamento, considerando os avanços científico-tecnológicos que contribuíram para um aumento da expectativa de sobrevivência dos recém-nascidos prematuros e de baixo peso e considerando também o adequado desenvolvimento dessas crianças, assegurado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, o Ministério da Saúde lançou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Projeto Mãe-Canguru (doravante denominado Método Mãe-Canguru ou apenas MMC), por meio da Portaria nº 693 GM/MS (BRASIL, 2000), que visa o estabelecimento de uma contínua

adequação tanto na abordagem técnica quanto das práticas que impliquem em mudanças ambientais e comportamentais com vistas à melhoria na atenção aos prematuros, envolvendo a família e, particularmente, a mulher/mãe.

O Método Mãe-Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele-a-pele precoce entre mãe e recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido (BRASIL, 2002, p.18).

O MMC surge como uma forma de oferecer assistência adequada e de qualidade, associada à humanização do processo de nascimento do bebê prematuro e/ou de baixo peso, tendo ainda a possibilidade de reduzir os custos hospitalares envolvidos nesta assistência.

Os benefícios do Método incluem redução da morbidade e do período de internação dos bebês, melhoria na incidência e duração da amamentação e contribui para o senso de competência dos pais. Esta prática inicia dentro do hospital e continua em casa, mediante o acompanhamento da equipe de saúde.

Em síntese, o MMC contempla três etapas. Em uma primeira, quando o recém-nascido necessita de internação em uma unidade de tratamento intensivo em período integral, a equipe deve estimular progressivamente a presença dos pais, orientar sobre rotinas e procedimentos, estimulando o contato tátil e assim que possível, iniciar o contato pele-a-pele.

Quando o recém-nascido estiver clinicamente estável e com peso superior a 1.250g, poderá ser transferido para a segunda etapa do Método, indo então para o alojamento conjunto (ainda dentro da unidade neonatal), onde a posição canguru será aplicada o maior tempo possível e os pais começam a assumir os cuidados com seu bebê, favorecendo o processo de amamentação e estabelecendo o vínculo com outros familiares.

A terceira etapa é a do acompanhamento ambulatorial, em que o binômio (mãe/filho) recebe alta ainda em posição canguru, com a garantia de uma avaliação do crescimento e desenvolvimento e do equilíbrio psico-afetivo entre o bebê e sua família.

Essa nova proposta metodológica na assistência ao recém-nascido é uma filosofia que envolve ações ditas de humanização, exige reflexões e certamente mudanças de atitude por parte de toda a equipe de saúde, mas também dos participantes diretos desta abordagem, que são a mãe, o recém-nascido e a família. É uma metodologia que busca a humanização da atenção neonatal e uma alternativa à assistência tradicional (CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999). Xavier (2002) descreve esta, como um cuidado complementar ao tratamento de alta tecnologia, que cria condições que permitem às mães/famílias vivenciarem tanto o “saber-fazer” quanto o “responsabilizar-se”. Salienta ainda que essa proposta incentiva a assistência ambulatorial, a perspectiva da desmedicalização e a desospitalização do cuidado, logo que possível.

Mesmo com a implantação deste programa em várias cidades brasileiras que, em tese, possibilitaria um cuidado mais compartilhado com a família, além de uma assistência integral e individualizada, não existem muitas garantias de que um novo modelo esteja sendo efetivado, na prática, se não forem conhecidas as motivações que regem as atitudes de profissionais e clientes envolvidos, e se os componentes da equipe de saúde não se comprometerem efetivamente na alteração do modelo de atenção neonatal. É necessário problematizar a nova realidade para desvelar o seu significado, seja para as famílias participantes, seja para a equipe de saúde neonatal.

Na unidade de neonatologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani São Thiago/Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), campo no qual desenvolvo minha prática profissional como enfermeira, a proposta de humanização da assistência baseada no MMC começou a ser introduzida em 1996, quando então passamos a estimular a maior participação dos pais nos cuidados e o contato pele-a-pele precoce. A partir deste momento, procurou-se sensibilizar e capacitar toda a equipe de saúde para a importância das mudanças na rotina de assistência ao bebê prematuro.

Estas mudanças implicaram principalmente no estímulo à presença dos pais junto a seus filhos prematuros, visando garantir o início cada vez mais precoce da amamentação, a alta hospitalar do bebê antes de completar 2.000g convencionais e a

participação dos pais nos cuidados do filho prematuro. Entretanto, somente em novembro de 2000, é que foi disponibilizada uma sala na unidade de neonatologia para que o MMC passasse a ser desenvolvido no HU/UFSC, como modelo piloto. Após este primeiro passo para implantação de uma estrutura física que atendesse os requisitos do MS, o nosso hospital passou a ser considerado Centro de Referência da região sul, nesta metodologia.

Ao iniciar minhas atividades profissionais como enfermeira assistencial, nesta unidade, comecei a compartilhar a experiência do nascimento prematuro com recém-nascidos, famílias e principalmente com a equipe de saúde que atua neste ambiente. Aos poucos, no entanto, algumas inquietações foram surgindo em minha mente, pois ao mesmo tempo em que percebia que os profissionais da equipe pareciam bastante comprometidos com a qualidade da assistência prestada, também observava que as ações, muitas vezes, eram realizadas de maneira rotineira e pouco refletida pelo grupo. Com a introdução do Método Mãe-Canguru, enquanto proposta governamental, e apresentando-se como uma nova abordagem no cuidado ao recém-nascido e sua família, a equipe foi “obrigada” a mudar seu panorama assistencial, tendo que rever seus comportamentos e atitudes de “fora para dentro”. No entanto, o que percebo hoje, é que durante toda a discussão desse processo, não se levou em consideração a opinião dos profissionais sobre este novo paradigma de cuidado, sendo que as mudanças foram, de certa forma, impostas à equipe que, por sua vez, foi incorporando novas rotinas, não tendo espaço e tempo necessários para que pudesse transformar as ações de maneira consciente e proposital.

Ao assumir a coordenação da equipe de enfermagem neonatal, este problema tornou-se ainda mais visível. Apesar de estarmos há mais de quatro anos implementando esta metodologia na unidade e de toda equipe ter sido capacitada, não existem registros sistemáticos sobre todo esse processo, não conhecemos os significados que os componentes da equipe de saúde atribuem à proposta, não foi realizada uma avaliação sobre as possíveis mudanças ocasionadas por este novo modelo de atenção à saúde do neonato e nem das repercussões para clientes/família/profissionais; ou seja, tudo que tem sido feito até o momento, todas as transformações e mudanças que a assistência vêm sofrendo, permanecem apenas na

memória dos atores que estão construindo e vivenciando este novo caminho no cuidado ao recém-nascido prematuro.

Além disso, o MS e outros autores ressaltam a importância e grande necessidade de capacitar a equipe de saúde para aplicar o Método, mas não se fala dos significados que isso tem para a equipe. Não é avaliada com a equipe de saúde a aplicabilidade do MMC, as reais possibilidades de implantação desta metodologia na realidade em que estão inseridos, não há momentos previstos para uma reflexão da equipe sobre os benefícios e implicações que esta mudança poderá acarretar na assistência.

Enquanto enfermeira e coordenadora da equipe de enfermagem, observo que os profissionais de saúde não vêm discutindo o MMC de forma sistemática, ou seja, entre a equipe de saúde não há espaços para refletir enquanto grupo, sobre a assistência prestada, não são compartilhados os diferentes saberes, não são levantadas as reais potencialidades e fragilidades do Método e não há uma prática educativa que seja sistemática e dialógica que contribua para a discussão contínua da realidade.

Em minha práxis percebo uma resistência e uma certa falta de aderência em colocar em prática a integralidade do Método. Este aparente desinteresse tem sido manifestado pela pouca credibilidade que alguns profissionais atribuem ao mesmo, procurando não se envolverem na unidade canguru, esquivando-se de atuar, mostrando algumas vezes descontentamento de seguir os princípios do MMC e pelo julgamento precipitado que a equipe faz da família – principalmente da mãe, como sendo “incapaz” de cuidar de seu filho prematuro.

Além disso, tal desinteresse e desvalorização revelam-se através dos valores e das crenças atribuídos ao Método, que são diferentes entre as pessoas componentes da equipe e também entre os diferentes profissionais da equipe – muitas vezes esses valores e crenças são, inclusive, conflitantes.

A partir destas minhas observações, acredito ser de fundamental importância que a equipe de saúde possa criar espaços para refletir sobre a tradição do seu dia-a-dia. É necessário questionar, dialogar e refletir sobre as ações do cotidiano, para então analisar a realidade de forma crítica, compreendendo-a e transformando-a. Vislumbro

desta forma um processo educativo como maneira de oportunizar e despertar os trabalhadores da saúde para reflexão da sua prática diária, repensando suas ações cotidianas e rotineiras. Por meio do diálogo com os pares e com a realidade, a equipe de saúde neonatal pode vir a analisá-la, revê-la e reavaliá-la, buscando apreendê-la, e assim, transformando-se como pessoa e como um grupo que possui objetivos em comum, pode rever também as ações desenvolvidas *para, no e com o mundo* (FREIRE, 1981).

Ademais, percebo que já existem alguns estudos comprovando os reais benefícios do Método para o recém-nascido prematuro e sua família, tais como aqueles que demonstram a redução da morbidade e mortalidade das crianças nascidas com baixo peso a partir do MMC (CONDE-AGUDELO; DIAZ-ROSSELO; BELIZAN, 2002), o contato pele-a-pele acelerando o desenvolvimento do sistema nervoso e comportamental em crianças pré-termo (FELDMAN; EILDELMAN, 2003), a comparação do MMC com o modelo tradicional: efeitos na temperatura, peso, comportamento para bebês prematuros (CHWO et al., 2002), a contribuição do contato pele-a-pele mãe-bebê para interação familiar (FELDMAN et al., 2003), além de estudos sobre a percepção positiva dos pais que vivenciam o Método (FURLAN; SCOCHI; FURTADO, 2003). Entretanto, os estudos que descrevem a percepção da equipe de saúde em relação ao MMC ainda são raros, apesar do Ministério da Saúde acreditar na importância desta equipe e estar investindo amplamente na capacitação destes profissionais, buscando fortalecê-los na instrumentalização desta prática assistencial.

Sensibilizada por toda essa conjuntura exposta aqui, conduzi então uma prática visando criar espaços dialógicos para refletir com a equipe de saúde da unidade de neonatologia do HU/UFSC sobre o MMC, tendo como **objetivo principal promover um processo educativo, com a equipe de saúde neonatal, sobre as potencialidades do MMC na qualidade da assistência ao recém-nascido e família, a partir do referencial teórico-metodológico da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire.**

Este trabalho se propõe a despertar nos profissionais da equipe de saúde que atuam na assistência ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, entre os quais eu

me incluo, a necessidade de um espaço para reflexões sobre a prática assistencial, dificuldades e possibilidades da equipe, buscando cada vez mais alcançar a integração entre seus membros, tanto no que diz respeito à atuação interdisciplinar, quanto na responsabilidade de todos com relação às ações de saúde, favorecendo desta forma a transformação do modelo assistencial vigente, possibilitando melhor compreensão das nuances do processo de nascimento e uma assistência de qualidade ao recém-nascido e sua família.

Pretendo contribuir para o “ser mais” tanto dos profissionais de saúde, que prestam assistência, quanto para os recém-nascidos e suas famílias, que são o foco principal (ainda que indireto) deste processo educativo.

CAPÍTULO 2 – REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo farei uma breve incursão nas transformações ocorridas na assistência neonatal ao longo do tempo, incluindo neste contexto, o surgimento do Método Mãe-Canguru como proposta de atendimento ao recém-nascido prematuro e de baixo peso. Após, apresento uma contextualização do Método, bem como, os principais conhecimentos produzidos sobre esta temática.

2.1 ATENÇÃO PERINATAL E AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

A atenção à saúde dos bebês pré-termo passou por grandes transformações através dos tempos. De uma assistência centrada na recuperação do corpo anátomo-fisiológico, tendo como finalidade a redução da mortalidade, face ao risco de despovoamento, transformou-se em uma assistência mais integral e humanizada, com ênfase no processo saúde-doença-cuidado, tendo como finalidade o crescimento e o desenvolvimento da criança e a qualidade de vida. Em suma, o paradigma biotecnológico vem sendo substituído pela abordagem da integralidade (SCOCHI, 2000).

Em relação à assistência aos prematuros, Stéphane Etienne Tarnier, professor e obstetra parisiense, foi um dos pioneiros a desenvolver tecnologias para o cuidado desses bebês, sendo responsável pela construção de uma das primeiras incubadoras, em 1880. Por outro lado, acredita-se que Budin e seu aluno Couney foram os responsáveis pela construção da primeira incubadora destinada aos cuidados da criança

prematura (OLIVEIRA, 2004). O contexto que impulsionou o desenvolvimento dessa tecnologia de cuidado foi a necessidade de redução dos óbitos, entre as crianças pequenas, face à questão demográfica de países em crescimento econômico e político. As estatísticas de óbitos, nesta época, apontavam o nascimento prematuro como uma das causas principais da elevada mortalidade infantil.

Pierre Budin (1846-1907), obstetra francês e discípulo de Tarnier, posteriormente, deu continuidade ao trabalho e aos estudos de seu professor sobre os cuidados ao recém-nascido. Budin dispensou atenção às crianças que ajudava a nascer, criando o primeiro ambulatório de puericultura para bebês saudáveis, no Hospital Charité de Paris, em 1892. Scochi (2000), descrevendo com minúcias o tipo de relação entre o profissional e o pequeno cliente assinala que, semanalmente, os bebês eram examinados e pesados; as mães, encorajadas, recebiam supervisão e orientação para o aleitamento materno, mas quando este era insuficiente, Budin e seus alunos utilizavam amas de leite ou prescreviam o aleitamento misto ou artificial, com o leite de vaca esterilizado, fornecido diariamente para cada refeição. O contato precoce da mãe com os neonatos pré-termo e enfermos era estimulado por facilitar o aleitamento materno.

Especificamente no que diz respeito aos cuidados com os bebês pré-termo, Budin descreveu três problemas que considerava básicos: prevenção das doenças infecciosas às quais eram propensos, a alimentação e a termorregulação (RIBEIRO, 1991).

Em seu livro *Le Nourrisson Alimentation et Hygiène Enfants Débiles – Enfants Nés a Terme*, publicado em Paris, no ano de 1900, Budin descreveu o prematuro como aquele que apresentava peso menor, entre 1.000 e 2.500g, corpo pequeno e enrugado, pele mole, de vermelho vivo, derme transparente, respiração incompleta, inércia muscular, movimentos lentos, sucção fraca e insuficiente e que gritava sem força (SCOCHI, 2000). Ribeiro (1991) relata que Budin reconheceu a importância de um local especial para prestar assistência a esses bebês, nos hospitais onde existiam serviços de partos. Nesse período, o obstetra francês lutou também pela criação de um serviço especial para os prematuros, que foi inaugurado em 1893.

Nesses locais, além da observação minuciosa dos bebês, permitia-se a

presença das mães junto deles o maior tempo possível, visando à estimulação do aleitamento materno. De acordo com Klaus e Kennell (1995, p.139), Budin justificava sua conduta pelo que consta das observações: *“as mães quando separadas do filho ainda pequeno, perdem todo o interesse por aqueles que não puderam cuidar ou afagar”*. Apesar de enfatizar esses cuidados para o estabelecimento do vínculo mãe-filho, também reconhecia as dificuldades dessa assistência citando: *“infelizmente algumas mães abandonam bebês cujas necessidades elas não satisfizeram e pelos quais perderam todo o interesse. A vida do pequeno foi salva, é verdade, porém não à custa da mãe”* (KLAUS; KENNEL, 1995, p. 139).

É certo que Budin tinha uma irreparável preocupação em manter a mãe ao lado do filho, e isso certamente trouxe inúmeros benefícios para a relação materna e filial e também para mudança paradigmática na assistência ao neonato (que passou a ser mais particularizada e de acordo com as necessidades específicas destes bebês), entretanto, embora o contato dela com o filho fosse uma das causas da sua reabilitação, o sucesso da sobrevivência era atribuído à terapêutica clínica, priorizando a fragilidade térmica e nutricional da criança. Nesse sentido, é importante questionar, como o fez Scochi (2000), se a atenção dispensada à mãe não era centrada apenas na obtenção do leite humano para nutrir um bebê com grande risco de morte. Ainda assim, e apesar disso, Budin, pela sua prática assistencial e de pesquisa, foi considerado o primeiro neonatologista e perinatologista da era moderna (KLAUS; KENNEL, 1995).

Em fins do século XIX e início do XX, um de seus alunos, Martin Couney, utilizando sua incubadora (denominada na época, de “chocadeira de crianças”) conseguiu, em quatro décadas, evitar a morte de cerca de 5.000 prematuros. Participou da Exposição de Berlim, em 1896, e de outras exposições na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde expunha seus bebês, instalando-se, posteriormente, em Coney Island. Diferentemente de seu professor, Couney não permitia a participação das mães nos cuidados de seus filhos, encontrando dificuldades em persuadi-las a receber seus filhos após a alta hospitalar (GORDON, 1984; KLAUS, KENNEL, 1995; OLIVEIRA, 2004). Os bebês cedidos a Couney vinham das maternidades alemãs, que não acreditavam na sua sobrevivência, porém, reconhecendo o interesse do público pelos pequenos bebês, este professor passou a cobrar ingressos nas suas exposições

(SCOCHI, 2000). As condições desses bebês que nascessem antes do termo, enquanto objeto de investigação e curiosidade pública, contribuíram para o surgimento da Neonatologia, propiciando o desenvolvimento de pesquisas, estudos controlados e específicos (RIBEIRO, 1991).

Para Pizzato e Da Poian (1982), tais métodos assistenciais constituíram-se num marco histórico para a ruptura da unidade mãe e recém-nascido e na primeira barreira a esse mesmo binômio. Com as elevadas taxas de morbi-mortalidade dos recém-nascidos nos hospitais, foram instituídas rigorosas medidas de isolamento para diminuir as doenças infecto-contagiosas dos neonatos. A ênfase na permanência das mães junto aos filhos prematuros foi, aos poucos, sendo abandonada. Os bebês foram progressivamente levados para ambientes cada vez mais restritos e tecnificados, resultando num total isolamento do bebê (SCHUMACHER, 2000).

Este período foi marcado então pelo grande avanço científico-tecnológico, tornando também o cuidado do recém-nascido cada vez mais complexo. O conhecimento de aspectos biológicos e fisiológicos desses bebês direcionou as práticas de atenção a este segmento populacional. O reconhecimento das intercorrências que esses prematuros apresentavam em termos de debilidades nas funções fisiológicas, dentre as quais se destacam aquelas associadas ao sistema imunológico, termorregulador e digestivo, com reflexos de sucção e deglutição imaturos, entre outros, contribuiu para a diminuição da mortalidade infantil.

Em decorrência da imaturidade anátomo-fisiológica, a assistência desses bebês em unidade neonatal passou a incluir a permanência em berços aquecidos e em incubadoras, para garantir e manter o calor corporal; o recebimento da alimentação parenteral ou por sonda gástrica, até coordenar a sucção, a deglutição e a respiração; e o monitoramento e suporte às funções vitais, por meio de equipamentos como saturômetro, monitores cardio-respiratórios e de temperatura, respiradores para ventilação e outros recursos tecnológicos de alta complexidade, que a cada dia têm aumentado em número e sofisticação, repercutindo no aumento da sobrevivência de bebês com graus cada vez maiores de prematuridade e menores de peso ao nascer (CAETANO, 2004).

No início do século XX instalaram-se berçários junto às maternidades para isolarem todos os neonatos, com a finalidade de reduzir os riscos de infecção e contaminação. Instituíram-se medidas rigorosas de isolamento, com enfermarias separadas para crianças que não apresentavam infecção, enquanto os prematuros eram alojados no berçário ou enfermaria infantil. Evitava-se a hospitalização sempre que possível e adotavam-se regras especiais, como proibição do manuseio desnecessário da criança e a presença de visitas, inclusive a da própria mãe, sendo a alta precoce, também, uma medida preventiva de infecção. Alguns berçários permitiam, por ocasião da alta hospitalar, que as mães amamentassem seus filhos prematuros no seio ou com mamadeiras (PIZZATO, Da POIAN, 1982; KLAUS, KENNEL, 1995). Gradativamente, outras medidas profiláticas foram introduzidas, decorrentes dos avanços da microbiologia, como a lavagem das mãos, o uso de aventais, gorros e máscaras (GORDON, 1984).

Após a Primeira Guerra Mundial ocorreu grande incremento na área de saúde e da produção de conhecimento científico e tecnológico, em diversos países, através de estudos desenvolvidos com recém-nascidos, destacando-se o *Infant Care*, editado em 1914; revisado por diversas vezes e traduzido em oito idiomas. O atendimento infantil tornou-se cada vez mais rígido, principalmente na década de 20, considerada a “década científica” (SCOCHI, 2000). A partir daí, a criança passou a ser alimentada segundo regras inflexíveis e os alimentos artificiais foram recomendados e utilizados, tendo em vista os avanços ocorridos na área de nutrição (ZIEGEL; CRANLEY, 1980).

O aleitamento artificial também, gradativamente, passou a ser usado em larga escala nos berçários e nos estabelecimentos infantis, em decorrência do desenvolvimento microbiológico, industrial, sanitário, nutricional e dos interesses econômicos dos países capitalistas. Segundo Scochi (2000), a ampla difusão da alimentação infantil só se tornou possível graças ao abastecimento de água de boa qualidade, com cloração; ao reconhecimento da relação entre presença de bactérias intestinais e diarreia; ao aumento das práticas de saneamento no manuseio e armazenamento do leite, como a sua pasteurização; à produção do leite em pó; à modificação na tensão do coágulo do leite e crescente disponibilidade de refrigeração; ao desenvolvimento de aparatos, como bicos e mamadeiras de fácil limpeza e à

esterilização (SCOCHI, 2000).

Segundo Ziegel e Cranley (1980), os esquemas rígidos de cuidado ao recém-nascido tornavam-se cada vez mais imprescindíveis com o aumento gradativo do parto hospitalar. As mães que voltavam para casa sem muita orientação, devido à escassez de recursos humanos, levavam consigo um conjunto de regras a cumprir.

Scochi (2000) aborda importantes fatos como determinantes do surgimento dos primeiros berçários: a criação de hospitais-maternidades no século XVIII, institucionalizando a assistência ao nascimento; a questão populacional devido à elevada mortalidade infantil e ao grande declínio das taxas de natalidade; o movimento de proteção materno-infantil; a influência de eloqüentes obstetras divulgando o conhecimento de métodos a serem adotados para a criação dos bebês; o desenvolvimento tecnológico ocorrido após a Revolução Industrial e a medicalização do hospital, transformado em instrumento da prática médica clínica no século XIX.

Com o sucesso clínico, os centros de prematuros foram se expandindo para diversos países. Nos Estados Unidos, o primeiro centro de tratamento de prematuros, denominado "*Sarah Morris Hospital*", foi criado em 1923, na cidade de Chicago. Nesse hospital, o pediatra Heso seguiu os mesmos métodos de Budin, prescrevendo aleitamento natural, utilizando leite humano ordenhado de amas de leite ou da própria mãe do bebê pré-termo, que também era incentivada a participar do cuidado do filho (KLAUS; KENNEL, 1995). De acordo com Scochi (2000) o trabalho nestas unidades era caracterizado por situações de instabilidade clínica dos neonatos e risco de morte eminente, cuja demanda significativa foi e continua sendo de bebês prematuros. Tinha a ênfase centrada no processo diagnóstico e terapêutico, cuja finalidade é a manutenção e recuperação biológica de um ser imaturo ou a cura da doença, enquanto desvio da normalidade, através do uso de saberes científicos desenvolvidos ou apropriados pelas ciências médicas. A unidade "corpo do bebê", fragmentada em partes, ficou então sob o domínio das diversas especialidades médicas.

Nesse ambiente o importante era salvar vidas. A unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) transformou-se então em um ambiente único e grande para

possibilitar a melhor visualização dos bebês pela equipe de plantão; deixou de ser um local silencioso e isolado para se tornar um local agitado, com grande número de profissionais e monitores barulhentos. A tecnologia de cuidado resultou igualmente em aumento de manipulação dos prematuros, levando-os a permanecer sob forte luminosidade e ruídos ambientais durante todo o tempo (LAMY, 1995).

Progressos tecnológicos ocorridos após a Segunda Guerra Mundial abriram caminho para o desenvolvimento da indústria médico-hospitalar e para investigações sobre mecanismos fisiopatológicos da gestação, do feto e do neonato, emergindo avanços na terapêutica, que refletiram na redução da mortalidade perinatal e neonatal.

Scochi (2000) aponta que com essas inovações nas ciências e práticas médicas, o parto hospitalar tornou-se mais seguro para mulheres e neonatos, sendo estes últimos beneficiados, principalmente, em sua função cerebral. O manejo de novas tecnologias médicas, como a anestesia, antissepsia, antibioticoterapia e hemoterapia também contribuíram para isso. Conhecer melhor as condições fetais possibilitou a identificação de fatores de risco e a aplicação de procedimentos cirúrgicos, favorecendo a sobrevivência fetal. Com os avanços, o parto e a assistência ao recém-nascido, passaram a ser realizados em hospitais, tendo por base a premissa de que a ciência e a tecnologia podem dominar e/ou neutralizar os riscos.

Os impactos das intervenções sanitárias e médicas culminaram com a redução da mortalidade infantil não apenas na Inglaterra, mas também em outros países da Europa Ocidental e nos Estados Unidos da América. Todavia, essa diminuição deveu-se mais ao componente infantil tardio, pois a mortalidade neonatal se reduziu em menor proporção, tendo sido a prematuridade e o BPN as causas mais importantes de óbitos. Esse fato epidemiológico justificou o aprimoramento de estratégias clínicas no pré-natal para evitar o nascimento antes do termo, bem como a expansão e transformação dos centros de prematuros, que se tornaram o "locus" privilegiado da atenção, pesquisa, ensino e saber da Pediatria, conformando os fundamentos para o desenvolvimento da disciplina de Neonatologia que, posteriormente, consolidou-se em sub-especialidade (SCOCHI, 2000).

Embora a literatura clínica de 1945 a 1960, fundamentada nos avanços da

Microbiologia e Epidemiologia, reforçasse as normas de isolamento, em fins da década de 30 iniciaram-se também as discussões sobre a validade da separação do binômio mãe-filho e o rigor do isolamento dos bebês. Estudos destacando os efeitos negativos da separação precoce do binômio enfatizaram a importância de uma assistência ao bebê cheia de indulgência e compreensão e da amamentação materna, em esquema de livre demanda, para que, na vida adulta, ele demonstrasse desenvolvimento adequado de sua personalidade (ZIEGEL, CRANLEY, 1980; PIZZATO, Da POIAN, 1982).

Dentre os estudos clássicos encontrados na área da Psicologia e Psiquiatria Infantil, destacaram-se os de Spitz (1980), realizados na segunda metade da década de 30 e na década de 40, que auxiliaram na compreensão das conseqüências danosas da internação infantil para o desenvolvimento físico-emocional da criança. Este autor pesquisou bebês que, durante o primeiro ano de vida, ficaram separados de suas mães em creches e hospitais, devido a moléstias, morte ou hospitalização, sem que tivessem um substituto adequado. Descreveu quadros de transtornos emocionais e de conduta, denominados de depressão analítica e hospitalismo, os quais poderiam acarretar atrasos e desvios no desenvolvimento da personalidade.

Destacam-se também, os estudos sobre as teorias do afeto, separação e perda em crianças, publicados pelo psiquiatra britânico John Bowlby, na década de 50. Na teoria do afeto, caracterizada como vínculo ou laço emocional humano entre mãe e recém-nascido, nos primeiros anos de vida, o autor enfatizou a importância dos cuidados maternos ou de uma mãe substituta, para o desenvolvimento mental da criança (BOWLBY, 1995).

Neste contexto surgiu, nas instituições de assistência neonatal, o "*rooming-in*", traduzido como alojamento conjunto, termo usado pela primeira vez por Gesel, em 1943. Este termo referia-se a um ambiente do hospital onde havia um berço para alojar o bebê, ao lado do leito materno, com o fim de encorajar a mãe no cuidado precoce do filho e de facilitar o relacionamento entre ambos. Vários hospitais passaram a utilizar esse sistema, incentivando a participação do casal na assistência ao recém-nascido. A implantação do alojamento conjunto foi embasada nos resultados de estudos na área da

Psicossomática, Psicodinâmica, Fisiologia Aplicada ao Comportamento e de investigações epidemiológicas; os quais mostraram os inconvenientes clínico-patológicos causados pela concentração de crianças nos berçários, principalmente com relação ao perigo de infecção cruzada; pela falta de vagas e escassez de pessoal. A separação do binômio e as inflexíveis regras dos berçários passaram a ser questionadas, pois vislumbrou-se que a reaproximação mãe-filho, com as devidas precauções, proporcionaria proteção adequada contra infecção, além de restabelecer a satisfação psicológica da mãe e do bebê, através do relacionamento entre eles (ZIEGEL, CRANLEY, 1980; PIZZATO, Da POIAN, 1982; MONTICELLI, 2003).

Scochi (2000) descreve então, que as três bases de fundamentação do cuidado naqueles berçários tradicionais, isto é, a alimentação, a termorregulação e a prevenção de infecção, através de medidas rigorosas de isolamento, ampliaram-se de modo a contemplarem também o referencial do apego e vínculo mãe-filho e familiar no processo de atenção ao nascimento. Cabe assinalar que esse novo enfoque insere-se em um contexto maior de necessidades sociais, provenientes das transformações ocorridas no período pós Segunda Guerra Mundial, no qual as questões emocionais ganharam espaço na perspectiva do crescimento e desenvolvimento infantil, devido ao grande número de crianças abandonadas, rejeitadas e de órfãos.

Nessa mesma direção, observamos, na Inglaterra, que outro marco importante sobre as questões relacionadas à criança hospitalizada, foi o relatório PLATT, publicado em 1959 e elaborado por um Comitê de Bem-Estar da Criança Hospitalizada, constituído pelo Conselho Central dos Serviços de Saúde de Londres. Segundo Gordon (1984), a preocupação do governo britânico sobre esses aspectos decorreu dos resultados dos estudos da área de Psicologia Infantil e Psiquiatria. O Comitê elaborou uma estatística, a qual mostrava que os hospitais eram espaços precários para as crianças, naquele país. Alertou, sobretudo, para as situações de privação e isolamento físico e social, tão nocivos ao desenvolvimento físico e emocional da criança, recomendando, dentre outras diretrizes, a visita aberta e a admissão da mãe junto à criança hospitalizada, com o intuito de evitar esses problemas e de minimizar a ruptura familiar, bem como a inserção dos pais no cuidado de seus filhos, tanto quanto possível.

As recomendações contidas no relatório PLATT repercutiram na organização das práticas de atenção à criança hospitalizada em diversos países da Europa Ocidental e da América do Norte. Ainda assim, nas décadas de 40 a 60, preconizaram o isolamento rigoroso, o manuseio mínimo e um ambiente silencioso, na assistência ao prematuro. As mães eram impedidas de prestar cuidados aos filhos, como medida de prevenção da mortalidade por infecções e os pais só viam seus filhos através de visores (GORDON, 1984), continuando o prematuro intocável pela família, por algumas décadas.

A preocupação com a qualidade de vida, relacionada ao lado emocional do bebê, emergiu somente após vencer grandes dilemas e batalhas concernentes à diminuição de patologias da gravidez, às intercorrências do parto e às causas de óbitos neonatais, tanto do ponto de vista da Obstetrícia quanto da Neonatologia. A Medicina voltou-se para outras problemáticas, como: a relação mãe-filho, estendida a seguir para o relacionamento pais-filho; a prevenção de traumas psíquicos e a criação de um ambiente favorável ao desenvolvimento integral do indivíduo (BRAZELTON, 1988; RIBEIRO, 1991). Para que isso ocorresse, foi necessária a incorporação de outras formas de abordagem até então pouco reconhecidas no âmbito da medicina somática, agregando-se aos instrumentos o conhecimento produzido pelas ciências humanas e sociais, em especial a Sociologia, Antropologia, Psicologia e Psiquiatria, que trouxeram importantes subsídios à rotina assistencial e às práticas de saúde.

Para Lamy (1995), o processo de humanização do atendimento nas UTINs teve início a partir dos avanços na área de Psicologia e Psiquiatria Infantil, questionando a separação mãe-filho, além das tecnologias que possibilitaram o maior controle das doenças infecciosas. Esse instrumental forneceu as bases teóricas que culminaram com a reintrodução dos pais nas unidades neonatais. Ainda de acordo com esta autora, a preocupação com a assistência integral e humanizada emergiu no final da década de 60, expandindo-se para a década de 70, iniciando-se com a ênfase na articulação entre os diferentes níveis de atenção: pré-natal, intra-hospitalar, seguimento pós-natal; de modo a assegurar a continuidade da assistência, visando ao diagnóstico e intervenção precoce e à redução da morbi-mortalidade.

No processo de trabalho em unidades neonatais, o bebê pré-termo vai sendo compreendido sob diferentes formas, em cada momento histórico, porque há uma relação dialética entre o conhecimento, os instrumentos e as necessidades, que vão-se reconstruindo. Então as necessidades anteriores, como manutenção e recuperação da funcionalidade orgânica, através do uso de tecnologias dirigidas ao controle das funções cardio-respiratórias e da termorregulação, com finalidade de redução da mortalidade, transformam-se, gradativamente, no próprio processo de recomposição das práticas, ao longo da história, e conforme a tecnologia avança, ocorrem transformações e o aparecimento de outras necessidades. Portanto, na atenção ao prematuro, com o aumento da sobrevivência, outras formas de atendimento surgiram, como o afeto, o vínculo, o acolhimento, o desenvolvimento integral da criança e da família, a assistência multiprofissional, o seguimento a longo prazo, a desospitalização, dentre outras (SCOCHI, 2000).

Assim, determinados avanços do conhecimento mostraram outras necessidades que não apenas as de vitalidade de um bebê funcionalmente adaptável, mas as de um ser que precisa estabelecer relações com a família, com a equipe e com a sociedade, o que lhe dá direitos universais de cidadania.

A preocupação exclusiva com a sobrevivência, sobre a qual o trabalho em saúde concentra-se no domínio da doença, expandiu-se de modo a considerar não somente os aspectos quantitativos, orgânicos, fisiológicos, mas também a qualidade de vida. Na assistência ao prematuro, a preocupação com a qualidade de vida determinou a busca de um atendimento individualizado e direcionado ao desenvolvimento integral do bebê e da família. Os pais, em especial a mãe, foram inseridos no processo de cuidar, visando o fornecimento de estímulos sensoriais ao neonato e o estabelecimento do vínculo e apego, além do seu preparo para o cuidado domiciliar do filho.

Se antes a mãe era objeto de intervenção somente para receber o treinamento no período de alta hospitalar do filho, nessa fase ela passa a ser também sujeito/agente, uma aliada no processo de assistência, podendo permanecer maior tempo junto ao filho. Isso contribuiu para o desenvolvimento dos aspectos psicoemocionais e comportamentais tanto maternos, quanto da criança (SCOCHI, 2000).

A assistência ao recém-nascido começa a ser repensada e são desenvolvidas ações no sentido de alcançar o cuidado centrado no recém-nascido e sua família, procurando assim, humanizar a assistência. “A humanização da assistência busca contemplar o ser como sujeito do cuidado na sua integralidade sem desconsiderar a sua singularidade/unicidade” (SCHUMACHER, 2000, p.6). Nesta perspectiva, várias tentativas têm sido feitas para humanizar o atendimento ao recém-nascido em unidade de terapia intensiva. Klaus e Kennell (1993) destacam algumas delas: abertura da UTIN aos pais, condução da mãe para próximo do filho, participação da mãe no atendimento diurno para bebês prematuros, alojamento conjunto para pais de bebês prematuros, alta precoce, entrevista com os pais, grupo de pais, contato programado e interação recíproca, conduzir o bebê prematuro saudável na incubadora para a mãe, intervenção domiciliar para os pais jovens, conversas com os pais após a alta.

Somado a estas estratégias, um dos modos encontrados para estimular os aspectos emocionais da criança se deu através do contato precoce pele-a-pele cujo valor na comunicação entre mães e bebês foi amplamente ilustrado por Marshall H. Klaus e colaboradores, desde o início da década de 70. A partir do trabalho pioneiro destes autores, outros estudos foram desenvolvidos para avaliar os efeitos da separação precoce mãe-filho ou, de modo inverso, os efeitos do contato extra entre eles. Os resultados apontaram que a separação causa efeitos danosos no relacionamento, influenciando a frequência e duração da lactação e ainda os sentimentos de confiança maternos quanto à sua capacidade de cuidar de seu bebê no domicílio (WHITELAW et al., 1988).

Dentre os colaboradores de Klaus, destacamos John. H. Kennell, cujas pesquisas têm recomendado o contato precoce entre mãe e filho, enquanto estratégia para favorecer o estabelecimento do vínculo afetivo, e destacado a importância dos cuidados maternos para o melhor desenvolvimento dos bebês internados (KLAUS, KENNELL, 1993; KLAUS, KENNELL, 1995).

Com relação aos prematuros, estudos realizados em países industrializados demonstraram que estes bebês, em condições clínicas estáveis e com peso de 1.361 g, podem ser mantidos de forma segura no contato pele-a-pele com um adulto na UTIN.

Estes estudos também apresentaram as seguintes vantagens: manutenção eficiente da temperatura corporal do bebê através do calor do corpo materno ou paterno, quando o neonato usa apenas um gorro e está coberto por uma manta leve; níveis de PO₂ mais altos, quando o contato pele-a-pele é superior a 2-3 horas por dia; mães mais confiantes na Enfermagem, e aumentando suas produções lácteas (KLAUS, 1998).

Os resultados das pesquisas microbiológicas e epidemiológicas apontaram que essa nova prática não causou aumento da infecção hospitalar. Os fundamentos da prevenção de infecção foram revistos, sendo o foco das medidas restritivas de isolamento deslocado para o uso de insumos descartáveis e procedimentos de desinfecção dos equipamentos e das mãos dos cuidadores (SCOCHI, 2000).

Hoje, acredita-se amplamente ser necessário instrumentalizar os profissionais que atuam nessa modalidade de cuidado com conhecimentos em teorias de família, psicologia familiar, apego mãe-filho, relacionamento interpessoal, aspectos sócio-culturais relacionados ao nascimento e à infância e direitos humanos, para uma atuação mais adequada face ao novo modelo de atenção à saúde.

Com a incorporação dessas questões à prática, tem havido uma tendência de inserção mais ativa dos pais no cuidado do seu filho, inclusive na assistência em unidades de cuidado intensivo, possibilitando o contato pele-a-pele mesmo quando o prematuro está com ventilação mecânica. Os outros membros da família que, até então, ficavam proibidos de adentrar aos berçários, podem relacionar-se com o prematuro durante sua longa permanência hospitalar, sempre que necessário, desde que planejado de forma individualizada.

Para Hostler (1991) o cuidado centrado na família é uma nova filosofia de cuidado que coloca a família, ao invés do hospital e da equipe médica, no centro da prestação de assistência. A autora afirma que a implementação desta forma de assistência requer mudanças de atitude da família e dos profissionais de saúde tanto quanto exige reformulação da política e prática de saúde existentes.

À medida que a família vai sendo inserida no espaço das unidades neonatais, ela traz consigo suas necessidades no processo de vivenciar o nascimento prematuro, os sentimentos de ter um filho com riscos de danos e morte, as dificuldades para

assumir o cuidado cotidiano com um filho que necessitará de atenção especial, a longo prazo, além dos aspectos relacionados a condições socioculturais.

Scochi (2000) destaca que, na assistência ao bebê prematuro, gradativamente, incorporaram-se intervenções dirigidas aos aspectos sensoriais e psicológicos, visando o crescimento e desenvolvimento integral da criança e sua família. Foi estimulada a participação mais ativa dos pais no cuidado aos filhos em berçários, mesmo em UTINs, contemplando as condições socioeconômicas familiares no planejamento da alta hospitalar e no seguimento a longo prazo.

Assim, vai se conformando a doutrina ou o ideário da humanização da assistência neonatal, inserida em um movimento internacional maior - o dos Direitos Universais, cujos princípios voltados ao cuidado à criança nascida pré-termo e sua família se assentam nos direitos de cidadania de ter garantido o acesso a serviços de boa qualidade e integrados de modo a assegurarem a continuidade da assistência; ser atendido em suas necessidades biológicas, emocionais e psicossociais; ser acolhido pelos trabalhadores e serviços; ter os pais junto ao filho, participando ativamente do processo terapêutico e da tomada de decisões relativas ao desenvolvimento integral da criança; ter garantido os seus direitos de cidadão (SCOCHI, 2000).

No que diz respeito à assistência neonatal propriamente dita, o desenvolvimento de muitas tecnologias existentes afeta o diagnóstico e o tratamento, a tomada de decisões, a gerência de informação e outras tarefas relativas ao cuidado à saúde. Todavia, de acordo com Buus-Frank (1999), nenhuma tecnologia sozinha pode acalmar os medos da mãe de um bebê em estado crítico ou emancipar a família para participar da tomada de decisões compartilhada. As contribuições dos profissionais, nesse sentido, são muito mais valiosas do que as soluções puramente tecnocráticas que a tecnologia oferece. Nesse contexto, os profissionais que trabalham com prematuros devem continuar a valorizar e a cultivar suas habilidades humanísticas.

Para Lockridge (1999), a implementação do cuidado de apoio ao desenvolvimento dos bebês tem afetado significativamente o cuidado dispensado aos que necessitam de ventilação mecânica, eliminando as rotinas rígidas de manipulação, sucção e monitoramento. O cuidado individualizado tem substituído as rotinas,

desafiando os profissionais e, particularmente, as enfermeiras, a interagirem e intervirem em resposta aos sinais da criança, mais que a assistência rotinizada.

Da década de 80 para cá, ampliaram-se as dimensões do cuidado no sentido de harmonizar o ambiente da unidade neonatal, evitando a superestimulação do prematuro pelo excesso de luminosidade, ruídos e manipulação, por gerarem dor, estresse e desconforto ao bebê prematuro. Estratégias comportamentais de contenção, posicionamento e de estimulação sensorial não-dolorosa também passaram a ser utilizadas no processo de trabalho, visando o desenvolvimento integral da criança, na perspectiva de humanização da assistência.

Cabe assinalar, ainda, o movimento chamado Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (em 1989), iniciado pelo Fundo das Nações Unidas (UNICEF), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por outras organizações, que teve como objetivo equilibrar o uso da alta tecnologia (que substitui muitos processos naturais pelo uso de aparelhos e artefatos), em direção a uma assistência que englobasse também as perspectivas sociais e humanísticas na assistência pediátrica. Com base neste argumento, Levin (1999) apresentou uma denominação mais abrangente - Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado, sugerindo a utilização dos 11 passos que se seguem, para a melhoria do cuidado clínico e psicossocial, dos recém-nascidos doentes, nas unidades neonatais.

- 1. Deve-se propiciar a permanência materna junto ao bebê doente 24 horas/dia.*
- 2. Cada membro da equipe deve dar atenção às mães e aos bebês, devendo ser capaz de lidar com aspectos psicológicos.*
- 3. A equipe deve estimular a amamentação para todas as mães e ensinar as técnicas de retirada de leite do peito.*
- 4. Deve-se reduzir o estresse psicológico da mãe durante todo o período de tratamento.*
- 5. Não se deve dar ao recém-nascido qualquer outro alimento além do leite humano, exceto quando clinicamente indicado. Se o bebê não pode sugar, o leite materno deve ser dado por sonda e de preferência pela mãe.*
- 6. O número de testes e exames deve ser reduzido ao mínimo.*
- 7. Os contatos mãe-bebê, pele-a-pele e olho-no-olho devem ser usados tão logo*

quanto possível.

8. *Deve-se reduzir o uso de equipamentos médicos no cuidado infantil.*
9. *A terapia agressiva deve ser reduzida ao mínimo.*
10. *Mãe e bebê devem ser considerados como um estreito sistema psicossomático. As visitas diárias da equipe devem ser voltadas não somente para o bebê, como também para as necessidades da mãe, o que inclui um ginecologista e outros especialistas.*
11. *Durante uma permanência hospitalar prolongada, deve-se permitir a visita de familiares sadios à mãe e ao bebê, como por exemplo, o pai, avós e outros que ajudam (LEVIN, 1999, p.354, tradução nossa).*

Em suma, todos esses elementos, idéias, conceitos, projetos e práticas têm contribuído para as políticas atuais de atenção aos recém-nascidos prematuros, e, particularmente, para o surgimento, estabelecimento e permanência do MMC, enquanto proposta de cuidado integral e individualizado e, como refere Scochi (2000), com a intenção de assegurar a qualidade de vida, através da prática multiprofissional humanizada e instrumentalizada pelo conhecimento produzido nas ciências da saúde, sociais e humanas, tendo como objeto de intervenção e de relação a família, inserida em comunidades concretas.

O Método Mãe-Canguru surge com o objetivo de oferecer uma assistência adequada e de qualidade associada à humanização do processo de nascimento do bebê prematuro e/ou baixo peso, tendo ainda possibilidade de minimizar os custos hospitalares envolvidos nessa assistência (CAETANO, 2004). Segundo Charpak, Ruiz-Pelaez, Figueroa de Calume (2000), essa metodologia de cuidado surgiu como uma resposta à falta de incubadoras e à separação da mãe, de seu filho, durante a evolução neonatal. Tal intervenção tem como base o contato pele-a-pele contínuo e prolongado, o incentivo ao aleitamento materno e a alta hospitalar precoce, dando à mãe a possibilidade de provedora das necessidades físicas e emocionais de seu filho pequeno e prematuro.

2.2 O MÉTODO MÃE-CANGURU

O Método Mãe-Canguru surgiu a partir do modelo proposto por Edgar Sanabria Rey e Héctor Gomes Martinez da Universidade Nacional de Bogotá na Colômbia em 1979 (REY; MARTINEZ, 1983), que inovaram na assistência tradicional aos recém-nascidos prematuros e de baixo peso, criando uma nova e ampla perspectiva para assistir esses recém-nascidos. O programa que, em seu início, foi denominado de “Manejo Racional ao Prematuro e sua Mãe”, despontou, originalmente, como uma resposta pragmática para uma situação crítica onde ocorria infecção cruzada, falta de incubadoras, alto índice de abandono de bebês nas unidades neonatais, baixa prevalência de aleitamento materno e alta mortalidade dos recém-nascidos de baixo peso. Esse método ficou conhecido posteriormente como “Mãe-Canguru”, devido à semelhança entre a forma como a fêmea canguru carrega seu filhote e as mães desse programa acomodam e cuidam de seus filhos.

Apesar de seu relativo sucesso inicial, essa nova abordagem não foi plenamente aceita, particularmente por razões políticas; afinal, tratava-se de proposta oriunda de um país de “terceiro mundo”, o que levou à diversas críticas internacionais, formalmente reveladas através de argumentos como por exemplo o de que a alta hospitalar precoce dessas crianças colocaria em risco suas próprias vidas (WHITELAW, SLEATH, 1985; DIAZ-ROSSELLO, 1996). Mais tarde, após a superação dessas críticas, bem como algumas mudanças metodológicas adaptadas ainda na Colômbia (CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999) e uma ampla comprovação em todo o mundo, das várias propostas de cuidado “Mãe-Canguru”, consolidou-se esta estratégia na atenção perinatal.

O Método Mãe-Canguru, tal qual se concebe na atualidade, é uma estratégia de assistência ao recém-nascido de baixo peso ao nascer, principalmente o prematuro. Tal estratégia traz um novo paradigma de atenção ao implementar uma forma natural e humanizada de promover a adaptação e evolução destes bebês após o nascimento. Pelo contato progressivo e contínuo pele-a-pele, no hospital e após a alta hospitalar, o bebê recebe calor, amor e estímulo materno, bem como possibilidade de iniciar, o mais precocemente possível, o aleitamento materno (CAETANO, 2004).

Lamy (2003) ressalta que é importante lembrar que o método não substitui a UTIN, assim como a mãe não substitui a incubadora: ele visa a proporcionar uma atenção humanizada ao recém-nascido, entendendo que a premissa básica da humanização é oferecer uma assistência capaz de cuidar do bebê com toda a tecnologia necessária para a sua segurança. É, portanto, uma tecnologia a mais à disposição da equipe de saúde neonatal.

Para fins operacionais, são destacados [...] quatro pilares do método, que constituem os fundamentos básicos norteadores de todas as ações dos profissionais de saúde que o praticam: o acolhimento ao bebê e a sua família; o respeito às individualidades; a promoção do contato pele-a-pele o mais cedo possível e o envolvimento da mãe nos cuidados do bebê (LAMY, 2003, p. 142).

Esses fundamentos buscam a promoção da qualidade de vida do bebê e delimitam a diferença entre método canguru e posição canguru, mostrando que o primeiro não se reduz, simplesmente, ao segundo. O Método é encarado como sendo o conjunto de ações, conceitos e valores consubstanciados na assistência humanizada oferecida ao RN, aos pais e aos demais membros da família desde o nascimento, envolvendo o primeiro encontro entre o bebê e a família, a comunicação entre família e equipe de saúde, o contato pele-a-pele precoce e crescente, além da preocupação em oferecer aos pais a oportunidade de escolher o tempo em que permanecerão com o bebê na posição canguru. A posição canguru é a que é adotada no momento em que o prematuro sai da incubadora e é colocado entre os seios da mãe ou contra o peito do pai. Neste momento o RN deve estar com o mínimo de roupas, se possível somente de fraldas, em posição vertical e com o tórax e abdome fazendo o contato pele-a-pele (BRASIL, 2000).

Caetano (2004) relata que a importância do MMC é bilateral. De um lado, o bebê é beneficiado, sendo o foco da atenção da equipe de saúde a sua evolução pós-natal; de outro, a mãe assume o papel de provedora dos cuidados ao filho, aprendendo a cuidar dele, conhecendo-o e estabelecendo o vínculo afetivo.

No Brasil, os primeiros programas aplicando esta nova tecnologia ocorreram no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos (1992) e, posteriormente, no Instituto Materno-

Infantil de Pernambuco - IMIP (1994), em Recife. Atualmente, várias maternidades vêm adotando este inovador paradigma da assistência perinatal.

Em 1997, o modelo de assistência Mãe-Canguru do IMIP foi reconhecido pela fundação Getúlio Vargas na premiação “Gestão Pública e Cidadania”, tendo então uma repercussão nacional. O Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) reconheceu este trabalho como uma *best practice*, financiando a reforma e ampliação das instalações do IMIP e articulou com o Ministério da Saúde para que esta forma de cuidado fosse oficializada como modalidade de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS). Em março de 1999, uma grande conferência foi realizada no Rio de Janeiro, com a presença de um dos seus criadores e a presença de dezenas de instituições que já adotavam este Método. A partir desse momento, o Ministério da Saúde designou um grupo de trabalho que elaborou a “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo peso – Método Canguru” (vigente até o momento atual) e apresentou publicamente esta regulamentação no final deste mesmo ano, tornando-se portaria nº 693 GM/MS em 5 de julho de 2000.

O Método Mãe-Canguru é, portanto, um programa governamental que visa a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, estimulando o contato pele-a-pele precoce entre mãe e filho, auxiliando no desenvolvimento psicomotor dos recém-nascidos, promovendo o aleitamento materno e permitindo uma maior participação dos pais nos cuidados.

Após a oficialização do Método por parte do Ministério da Saúde, deu-se início a um programa de capacitação e qualificação dos profissionais de maternidades, em vários pontos do território nacional, bem como a criação de um instrumento de avaliação para quantificar o grau de implantação desta metodologia. De agosto a dezembro de 2002 foram realizados 59 cursos de capacitação e foram treinados 1.850 profissionais de 269 maternidades (JOAQUIM, 2003).

Atualmente, no Brasil, existem sete Centros de Referência do Método Mãe-Canguru, distribuídos regionalmente, e que são responsáveis pela capacitação de outros serviços, além de servirem como modelos da implementação desta metodologia

de cuidado ao recém-nascido prematuro e de baixo peso. Suas localizações são as seguintes:

- Norte: São Luis (Maranhão) – Hospital Universitário
- Nordeste: Fortaleza (Ceará) – Hospital Geral César Cals e Maternidade Escola Assis de Chateaubriand; Recife (Pernambuco) Instituto Materno Infantil (IMP)
- Centro-Oeste: Distrito Federal – Hospital Regional de Taguatinga
- Sudeste: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; São Paulo – Hospital de Itapecerica da Serra e Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo.
- Sul: Florianópolis (Santa Catarina) Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

Muitos estudos vêm ressaltando a importância e vantagens do Método Mãe-Canguru por diferentes motivos para a mãe, para o bebê e para o serviço. Guimarães e Schneider (2003) destacam, entre eles:

- o equilíbrio psico-afetivo do bebê e sua família: o Método favorece a relação entre mãe e filho, minimizando o sentimento de culpa das mães que não conseguiram levar suas gestações até o termo e permitindo aos pais recuperarem a auto-confiança e a auto-estima. Além disso, reduz o tempo de separação entre mãe e filho, evitando assim longos períodos sem estimulação sensorial e aumentando o vínculo não apenas dos pais, como também da família com a equipe de saúde;

- o aleitamento materno: favorece maior frequência, precocidade e duração, sendo preconizado como única fonte de nutrição e proteção nos primeiros seis meses de vida;

- a estabilidade clínica da criança: evitam-se as apnéias, pois quando na posição canguru os batimentos cardíacos e a temperatura dos recém-nascidos encontram-se mais estáveis, além de serem estimulados com a pulsação, os movimentos respiratórios, a voz, a atividade e a presença do “canguru”. Quando posicionado adequadamente, o bebê mantém os quadris em abdução e o tronco elevado, reduzindo

assim o risco de refluxo gastro-esofágico. Os altos índices de ruídos e iluminação presentes nas unidades de terapia intensiva, bem como a limitação dos movimentos é eliminada;

- sociais: contribui para a diminuição de abandonos e negligências devido ao aumento do contato entre o binômio. O tempo de internação é proveitoso para orientar os pais com relação aos cuidados com seu recém-nascido;

- econômicas: diminuição do tempo de internação e dos índices de infecção hospitalar. Devido à alta antecipada, reduz os custos e as despesas públicas, completando o acompanhamento do lactente em nível ambulatorial. O custo do uso, no Brasil, foi avaliado em aproximadamente 25% do custo do cuidado intensivo.

No Brasil, a partir da colaboração de diferentes especialidades que atuam na área neonatal, o MMC passou a ser aplicado em três etapas, conforme descreve Lamy (2003):

Na **primeira etapa**, a equipe de saúde que recebe o bebê na UTI deve funcionar como um elo entre ele e sua mãe até que possa se estabelecer o primeiro contato mãe-filho. Para tal, um profissional da equipe irá realizar visitas ao leito da mãe, informando sobre o estado de saúde do bebê, sobre o atendimento que ele vem recebendo e sobre o ambiente dos cuidados intensivos. A presença da equipe proporciona, além das informações, suporte emocional e conforto. É como se, de alguma forma, o bebê se aproximasse dela.

A primeira visita da mãe à unidade também deve ser valorizada e sempre acompanhada por um profissional da equipe de saúde. No primeiro encontro, procura-se evitar o excesso de informações em relação à doença do bebê e à tecnologia oferecida, buscando responder especialmente às dúvidas que os pais estejam experimentando no momento. Aos poucos, a equipe deve estimular a mãe/família a estabelecer contato com o recém-nascido, através do primeiro toque, a retirada do leite e a participação nos cuidados. Quando os pais estiverem prontos, o que envolve tanto o desejo materno de contê-lo pele-a-pele, quanto a estabilidade clínica do bebê, pode ser iniciada a prática da posição canguru, que, nesta etapa, geralmente acontece uma vez por dia, ao lado da incubadora. Com o passar dos dias, o bebê vai melhorando

gradativamente, alcançando a estabilidade clínica, dispensando o uso de algumas tecnologias, e ganhando peso até atingir os critérios para ser encaminhado para a segunda etapa.

Na **segunda etapa** do Método, o bebê e sua mãe permanecem juntos 24h por dia, e o pai, o maior tempo possível. A mãe vai assumindo os cuidados com o filho cada vez mais, e o apoio oferecido pela equipe de saúde vai, aos poucos, sendo menos necessário. Nesta etapa, o tempo de manter o bebê em posição canguru também deve ser livre, mas, recomenda-se que seja o maior possível.

Uma das grandes vantagens desta etapa é preparar a mãe para o momento da alta. No método tradicional de atendimento, muitas vezes os pais têm medo, sentem-se inseguros de levar para casa um bebê que não sentem como seus.

A **terceira etapa** do Método se dá em nível ambulatorial, ou seja: o binômio recebe alta ainda em posição canguru e recebendo toda a atenção necessária da equipe do hospital por meio do ambulatório de seguimento, também denominado *follow-up*. Nesta etapa, é fundamental o controle regular do peso e das condições gerais do bebê por meio de consultas frequentes. A alta da terceira etapa acontece quando o bebê atinge o peso de 2.500 gramas. A partir de então, passa a seguir os protocolos de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de bebês egressos de UTIN.

Na maioria das vezes, o momento de sair da posição canguru acontece antes da alta da terceira etapa. Este é determinado principalmente pelo bebê que, à medida que vai amadurecendo (se aproximando do termo), sente necessidade de mais espaço para explorar o mundo à sua volta. A mãe percebe que ele vai ficando inquieto, tentando mudar de posição com frequência e então, aos poucos, vai reduzindo o tempo de posição canguru até sua completa suspensão.

A introdução deste Método nas maternidades não exige grandes investimentos, trata-se basicamente de capacitação, uma vez que a figura principal do programa é a mãe do recém-nascido (CARVALHO, 2001). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, p.20), só serão considerados como “Método Canguru os sistemas que possibilitem o contato precoce, realizado de maneira orientada, por livre escolha

da família, de forma crescente, segura e acompanhado de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada”.

Independentemente do local e da disponibilidade de recursos, cinco requisitos são indispensáveis para a implantação do MMC, a saber:

- informação adequada e apoio psicológico, social e educacional às mães, as quais devem estar disponíveis e consentirem em participar dessa estratégia de cuidado. Os profissionais de saúde devem ensinar às mães e suas famílias, além das habilidades relacionadas a essa técnica, os aspectos relacionados à atenção à saúde da criança;
- treinamento do pessoal de saúde através de curso sobre monitoramento e avaliação das condições clínicas do neonato de baixo peso ao nascer; aleitamento materno; controle térmico; desenvolvimento infantil; atenção aos pais, incentivo e apoio;
- contato pele-a-pele contínuo e prolongado entre mãe-filho por maior tempo possível, durante dia e noite; controle térmico ambiental e do bebê, com métodos complementares de aquecimento, se necessário;
- aleitamento materno exclusivo e seguro, sempre que possível; em caso de necessidade, oferecer leite materno ordenhado ou artificial com copo, colher, ou conta-gotas ou outro tipo de suplemento;
- alta hospitalar nas seguintes situações: quando o bebê for capaz de sugar o peito e deglutir adequadamente; estiver crescendo, ganhando peso e manter temperatura estável em posição canguru, e quando a mãe for capaz de cuidar do filho em casa e de comparecer ao ambulatório para seguimento (CATTANEO et al., 1998b).

Para implantação do projeto Mãe-Canguru, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) recomenda que toda equipe de saúde responsável pelo atendimento da mãe e do filho conheça toda extensão e importância do Método e esteja adequadamente capacitada, para que o mesmo possa ser exercido de maneira plena. Para tanto, faz-se necessário a mudança de comportamento e filosofia profissional para que a implantação dessa atenção humanizada não sofra solução de continuidade em

nenhuma de suas etapas. Sempre que possível a equipe de saúde deve ser constituída por médicos (neonatologistas, obstetras, oftalmologistas), enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, trabalhando em regime de parceria e ação interdisciplinar.

É de reconhecimento pleno, tanto pela discussão oficial, quanto pelos estudiosos da área, que o MMC é uma tecnologia passível de propiciar assistência mais integral ao binômio mãe-filho, em situação de prematuridade; todavia, a sua implantação requer o preparo adequado dos profissionais de saúde, principalmente no que se refere à atenção materna, porque esse cuidado não deve ser visto pelas mães como uma obrigação e sim como uma opção que requer uma sistemática de apoio técnico e emocional. No caso da obrigação, ele certamente se transformaria em fonte geradora de estresse para essas mães e famílias.

Corroborando com as idéias de Furlan, Scochi e Furtado (2003, p. 445), acredita-se que

a adoção do Cuidado Mãe-Canguru é a estratégia essencial para mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família. Mas a simples implantação do Cuidado Canguru em uma instituição não alcança os objetivos almejados, pois é necessária a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos no processo para transformação do modelo assistencial.

Também é importante destacar que todo o trabalho desenvolvido deve estar fundamentado na integração da equipe, tanto no que diz respeito à atuação interdisciplinar, quanto na responsabilidade de todos com relação às ações de humanização. “Não é possível pensar a atenção de forma fragmentada, com um grupo de profissionais responsáveis pela assistência de terapia intensiva e um outro responsável pela humanização” (GIANINI; GOMES, 2002, p.5). É fundamental que haja na equipe uma sincronia, que a implantação do MMC abra espaço para reflexões sobre a prática assistencial, dificuldades e potencialidades da equipe, buscando cada vez mais a individualização do cuidado, no compromisso de melhorar a qualidade da assistência neonatal e com a certeza de que um ambiente humanizado favorece não só os bebês e suas famílias, mas também toda a equipe multidisciplinar.

Com a finalidade de conhecer o estado da arte da produção publicada a respeito do Método Mãe-Canguru, realizei uma incursão detalhada pela literatura, onde foi possível detectar e analisar uma importante parte dessa produção, particularmente aquela referente às publicações em periódicos da área da saúde, tanto de abrangência nacional, quanto internacional. Tais estudos vêm contribuindo significativamente para a construção deste corpo de conhecimento, apesar da variada metodologia utilizada, das condições dos recém-nascidos sob estudo e dos diferentes lugares em que foram realizados.

Para dar destaque à produção nacional e internacional, optei por descrever cada uma delas em separado. Embora eu tenha analisado e categorizado o conjunto ou o “corpus” todo da literatura disponível nas bases de dados citadas, a descrição em separado parece-me mais apropriada neste momento, por favorecer um amplo olhar ao tema, ao mesmo tempo em que auxilia no “estado da arte” do conhecimento produzido tanto em nível nacional como internacional.

2.2.1 PERIÓDICOS INTERNACIONAIS

Foram analisados 80 trabalhos, obtidos por meio da base de dados Medline e Lilacs, durante um período de dez anos (1995 a 2004), acessados pelas palavras-chave: recém-nascido prematuro, neonatologia, método mãe-canguru e cuidado mãe-canguru. Como características gerais, observou-se que tais artigos foram escritos quase que em sua totalidade na língua inglesa. Constatei ainda que grande parte dos estudos concentra-se nos Estados Unidos, na Inglaterra e na Noruega.

Toda essa produção, após identificada, catalogada e resumida, foi submetida à categorização, procurando-se estabelecer similaridades e contrastes de conteúdos. A seguir, apresento quatro categorias extraídas dos 80 artigos analisados na revisão bibliográfica internacional sobre a temática e que foram denominadas de: “influência do MMC na fisiologia do recém-nascido”, “a família que vivencia o MMC”; “a equipe de saúde e o MMC”; e “recomendações e vantagens para a implantação e desenvolvimento do MMC”.

A influência do Método Mãe-Canguru na fisiologia do recém-nascido – A maioria das publicações (73,75%) aborda o MMC, a partir dos aspectos fisiológicos dos recém-nascidos que dele participam. Desse modo, os estudos propostos e desenvolvidos analisam variáveis como a temperatura corporal, a frequência respiratória, a frequência cardíaca, a saturação de oxigênio, o desenvolvimento neurocomportamental, o choro, o sono e o aleitamento exclusivo. Dentre estes, os mais comuns são os que tratam da estabilidade dos sinais vitais no recém-nascido quando em posição canguru, principalmente com relação a manutenção térmica (BOSQUE, 1995; LEGAULT, GOULET, 1995; CLOSA et al., 1998; FISHER et al., 1998; LUIDINGTON-HOE et al., 1999; TÖRNHAGE et al., 1999; LIMA, QUINTERO-ROMERO, CATTANEO, 2000; JOHNSTON et al., 2003; PERLMAM, 2003; SONTHEIMER, FISHER, BUCH, 2004; TUNNEL, 2004).

Foi realizada uma pesquisa ampla por CATTANEO et al. (1998a), em três hospitais terciários e de ensino da Etiópia, Indonésia e México, comparando o Método Canguru com o método tradicional de cuidado para recém-nascidos, com peso ao nascer entre 1.000 a 1.999g. Os resultados mostraram que os bebês do grupo de intervenção tiveram significativamente menos hipotermia, saíram de alta com aleitamento materno exclusivo em maior proporção, apresentaram maior ganho médio de peso diário e menor duração na internação, quando comparados aos do grupo controle. As mães expressaram clara preferência pelo cuidado canguru e o pessoal de saúde considerou-o seguro e conveniente, sendo seu custo mais baixo do que o do cuidado convencional, tanto em termos de salários (US\$ 11,788 X US\$ 29,888) como de outros custos correntes (US\$ 7,501 X US\$ 9,876), considerando-se a média de internação por recém-nascido. Com base nos resultados, os autores afirmam que o cuidado Método Canguru pode representar o uso apropriado dos escassos recursos disponíveis em hospitais de países de baixa renda, aumentando a prevalência e a duração do aleitamento materno, beneficiando a saúde e o crescimento da criança.

O desenvolvimento neurocomportamental também aparece como uma das variáveis bastante estudada (nove artigos), sendo que esses estudos foram realizados com crianças de seis meses a um ano (portanto, após a alta) e apontaram que o Método Mãe-Canguru favorece o desenvolvimento neurocomportamental do prematuro,

salientando ainda que o envolvimento dos pais nos cuidados com seu filho ajuda a promover ou amadurecer os sistemas comportamentais e neurológicos (TÖRNHAGE et al., 1998; WELLER et al., 2002; OHGI et al., 2002; BERGH, PATTINSON, 2003; ACOSTA DÍAZ et al., 2003a; FELDMAN, EIDELMAN, 2003).

Como já antecipei, estudos abordando a influência do Mãe-Canguru sobre outros aspectos fisiológicos dessas crianças também foram encontrados, apesar de aparecerem em menor frequência nas publicações. Dentre estes aspectos é possível constatar que a aplicação do Método proporciona, por exemplo, um significativo aumento na ocorrência de períodos de sono profundo nos prematuros, bem como a melhora da postura dos mesmos quando em contato pele-a-pele (MESSMER et al., 1997; BAUER et al., 1998; FELDMAN et al., 2002a; FERBER, MAKHOUL, 2004). O MMC parece diminuir significativamente a sensação dolorosa do recém-nascido diante das inúmeras intervenções que este está submetido (GRAY, WATT, BLASSI, 2000; JOHNSTON et al., 2003). Há, igualmente, estudos que apontam também que a posição canguru minimiza e evita episódios de choro (LUDINGTON-HOE; CONG; HASHEMI, 2002).

Existem referências, ainda, na literatura internacional, quanto a importância do Método Mãe-Canguru na diminuição da morbi-mortalidade em recém-nascidos pré-termo (CONDE-AGUDELO, DIAZ-ROSSELLO, BELIZAN, 2000; CONDE-AGUDELO, DIAZ-ROSSELLO, BELIZAN, 2002; QUASEM et al., 2003; KAMBARAMI, CHIDEDE, PEREIRA, 2003). Esta redução está associada primordialmente, à estabilidade dos parâmetros fisiológicos do recém-nascido, ao maior ganho ponderal, ao menor tempo de internação e à amamentação exclusiva.

Grande parte dessa literatura aponta o Método Mãe-Canguru como facilitador no processo de amamentação, promovendo o aleitamento materno exclusivo, a melhora da produção láctea materna e a diminuição do uso de suplementação alimentar para prematuros (WHEELER et al., 1999; MEYER, ANDERSON, 1999; ROLLER, MEYER, ANDERSON, 1999; MCMASTER, VINCE, 2000; KIRSTEN, BERGMAN, HANN, 2001; RUIZ, CHARPAK, FIGUERO, 2002; FURMAN, MINICH, HACK, 2002; ACOSTA DÍAZ et al., 2003b).

Outros artigos, em menor número, apresentam ainda como vantagens do Método Mãe-Canguru, a diminuição do uso de ventilação mecânica (PARKER; ANDERSON, 2000) e a diminuição da necessidade de fototerapia, pela redução da taxa de bilirrubina indireta (LUDINGTON-HOE; SWINTH, 2001).

Em suma, estas publicações apontam inúmeras vantagens quanto à eficácia e segurança da aplicabilidade do MMC, no que diz respeito às contribuições ao desenvolvimento dos parâmetros fisiológicos dos recém-nascidos, seja de modo imediato (durante a vigência do mesmo, em cada uma das etapas), ou mesmo após a alta. Tais estudos, como já se disse, embora ainda tênues, pouco frequentes e concentrados em alguns países, mais do que em outros, ajudam a reafirmar a pertinência, a propriedade, e a eficácia – enfim, os benefícios do Método –, quando as variáveis pesquisadas se concentram na fisiologia dos recém-nascidos prematuros. Os resultados desses estudos certamente contribuem para a continuação da aplicabilidade da proposta, principalmente quando as investigações são realizadas de maneira sistemática e com rigor metodológico, assegurando a confiabilidade dos resultados. Desta forma, as pesquisas até agora desenvolvidas, estão promovendo o MMC como um modelo de assistência que potencializa a qualidade de vida e sobrevivência orgânica dos recém-nascidos, mas ainda há necessidade de pesquisar outros parâmetros fisiológicos, bem como aprofundar os estudos referentes a tais aspectos.

A família que vivencia o Método Mãe-Canguru – Os artigos que abordam os aspectos relativos aos pais que vivenciam o MMC foram encontrados numa frequência de 17,5%, sendo que apresentam o Método de forma generalizada, destacando as vantagens, a aceitabilidade e as percepções da família. Algumas destas publicações são relatos de experiência cujos autores descrevem e avaliam determinadas aplicações do cuidado canguru em instituições diversas ao redor do mundo.

As publicações apontam principalmente o favorecimento da formação do vínculo mãe-bebê, a proximidade e o toque promovidos entre os pais e os recém-nascidos e o desenvolvimento do senso de competência por parte das mães

participantes do Método (TESSIER et al., 1998; DOMBROWSKI et al., 2001; FELDMAN et al., 2002b; FELDMAN et al., 2003).

Ainda nesta categoria estão alguns artigos que abordam as percepções e compreensões de mulheres que experienciaram o cuidado canguru com seus filhos prematuros, em variadas situações assistenciais. Como exemplo, pode-se destacar aqui o relato de duas mulheres/mães, sendo que uma possuía pré-eclâmpsia e a outra eclâmpsia, e que, apesar de toda apreensão, medo e ansiedade, iniciaram o contato pele-a-pele, após receberem estímulos da equipe de saúde, e puderam vivenciar então momentos de emoção, que foram validados, segundo os autores dos artigos, pela eficácia da amamentação exclusiva e por um forte laço afetivo que se criou entre mãe-filho, manifestado pela comunicação verbal e não-verbal das mulheres/mães e pelas condutas e movimentos corporais dos recém-nascidos (ROLLER, MEYER, ANDERSON, 1999; BURKHAMMER, ANDERSON, CHIU, 2004).

Contudo, o que se percebe nos artigos agrupados nessa categoria, é que existe um campo vasto a ser explorado com relação à vivência das famílias no Método Mãe-Canguru e pouco tem sido publicado. É importante que se comprove os reais benefícios para os pais que experienciam este tipo de cuidado, buscando envolver todos os aspectos afetivos, sociais, culturais e econômicos que estão sob escrutínio neste momento e que influenciam tanto na forma com que se dedicam aos cuidados com os bebês, quanto na intensidade com que se comprometem com esse modelo de assistência. De modo algum pode-se deixar de pesquisar os fatores intervenientes da aplicação do MMC, sob a perspectiva e o olhar da família, uma vez que as visões – das famílias, da equipe, dos proponentes técnicos e das políticas públicas, podem entrar em ampla divergência, conforme aponta o estudo de Guimarães e Schneider (2003).

A equipe de saúde e o Método Mãe-Canguru – Nesta categoria encontram-se os artigos que implicam no desenvolvimento e aplicação do Método pelas equipes neonatais, em qualquer uma das etapas do MMC. Tais artigos, entretanto, compreendem apenas 5% das publicações encontradas por meio do Lilacs e do Medline, no período sob consulta. Entre essas publicações, podemos destacar um

estudo que foi desenvolvido em dois grandes hospitais do norte da África do Sul, com o objetivo de criar uma ferramenta conceitual que auxiliasse a equipe multiprofissional no planejamento e execução do cuidado mãe-canguru, sendo que o mesmo foi conduzido por meio de observações no local e de entrevistas informais com gerentes, médicos e enfermeiras. A partir deste estudo foi elaborado um instrumento que favoreceu não só o planejamento e a execução do cuidado mãe-canguru mas também, permitiu uma avaliação sobre o progresso na execução e na qualidade do cuidado desenvolvido (BERGH; PATTINSON, 2003).

Outro estudo foi realizado na França, em um Hospital Universitário de Clamart (perto de Paris). Neste, o autor discute sobre a organização do cuidado canguru e analisa as suas vantagens e desvantagens para os pais e a equipe médica. No texto o autor aponta como principais vantagens deste sistema de cuidado: menor ansiedade materna, bem-estar da criança, participação mais efetiva das mães nos cuidados com suas crianças (VIAL-COURMONT, 2000). A partir deste estudo, os profissionais de saúde realizaram uma avaliação do papel de cada pessoa no cuidado, bem como, refletiram sobre os princípios da organização neonatal, possibilitando uma melhoria na qualidade da assistência prestada.

Ainda em relação à equipe de saúde, Cattaneo et al. (1998b) elaboraram um artigo a partir de um encontro de um grupo de 36 profissionais de saúde, de 15 países da África, Ásia, Europa e Américas do Norte e Sul, participantes de um seminário realizado em Trieste, Itália, em outubro de 1996, onde foi realizada uma discussão sobre a eficácia, a segurança, a aplicabilidade e a aceitabilidade do Método em diferentes unidades de maternidades. Entre as conclusões apontadas, destaca-se que o cuidado de boa qualidade ao recém-nascido de baixo peso poderia reduzir a mortalidade neonatal em países pobres, contudo as tecnologias usadas em países ricos são inviáveis. Isto levou os autores a argumentarem que o Método Mãe-Canguru não necessita de equipamentos caros e sofisticados e, por sua “simplicidade”, pode ser aplicado em toda parte, incluindo unidades de maternidades na periferia de países pobres. Ratificam que o MMC pode contribuir para a humanização do cuidado neonatal e aumentar a ligação entre a mãe e o bebê em países pobres e ricos.

Engler et al. (2002) também publicaram um artigo relativo a um exame nacional que foi conduzido para avaliar a prática, conhecimento, dificuldades e percepções a respeito do cuidado canguru. Foi distribuído um questionário aos gerentes das enfermarias em todos os hospitais dos Estados Unidos, que ofereciam cuidados intensivos neonatais, sendo que o questionário deveria ter seu preenchimento finalizado pela enfermeira que fosse a mais familiarizada com a prática do MMC. Como resultados, dos 1.133 questionários emitidos, obteve-se uma taxa de resposta de 59% (537), sendo que 82% dos respondentes relatou que o cuidado canguru vinha sendo praticado em suas unidades de cuidado intensivo neonatal, e que as enfermeiras eram as que mais conheciam e incentivavam o Método. As dificuldades para implementação deste tipo de cuidado foram as condições clínicas de alguns bebês e a relutância de enfermeiras, de médicos e também das famílias em iniciar ou participar do MMC. Dos respondentes, 60% concordaram que a idade gestacional e o baixo peso não eram contra-indicações. Os achados sugerem que as enfermeiras devem oferecer programas educativos que destaquem o conhecimento e as habilidades necessárias para desenvolver com segurança e eficácia o Método e também, enfatizar o valor deste cuidado para os recém-nascidos e suas famílias, afim de que o MMC possa ser bem sucedido.

Como podemos perceber, ainda são muito raras as publicações com relação à equipe de saúde neonatal. Pouco tem sido produzido e publicado com relação ao conhecimento, às vantagens e às dificuldades que os profissionais possuem durante o desenvolvimento desta metodologia assistencial e, fundamentalmente, não foi encontrado nenhum estudo internacional, dentre o universo pesquisado, que aborde os significados que a equipe atribui ao Método. Apesar de sabermos e percebermos, cotidianamente, que a equipe de saúde é a grande responsável pelo sucesso do MMC – pois a mesma, além de estar motivada para implementar essa assistência, deve orientar e estimular as famílias a desenvolverem este tipo de cuidado –, há uma grande lacuna de conhecimentos no que diz respeito ao tema. É, pois, primordial, desenvolver atividades educativas que propiciem espaços de reflexão para que os profissionais da UTIN possam discutir sobre sua prática diária e os reflexos desta prática na aplicação, desenvolvimento e avaliação do Método Mãe-Canguru.

Recomendações e vantagens para a implantação e desenvolvimento do Método Mãe-Canguru – As reflexões sobre recomendações e vantagens para a implantação e acompanhamento do Método em unidades neonatais perfizeram 3,75% das publicações internacionais consultadas. Estes artigos englobam aspectos mais gerais do MMC, sem, entretanto, partirem de interrogações de pesquisa ou utilizarem metodologias sistemáticas de investigação científica. A maioria dos autores aborda o tema de modo amplo, realizando reflexões teóricas.

As recomendações para a implantação do MMC apontam os benefícios principalmente para os países em desenvolvimento, uma tecnologia praticável e apropriada para hospitais com recursos limitados (LINCETTO; NAZIR; CATTANEO, 2000), um método alternativo ao excesso de tecnologia de ponta (sem, no entanto, desmerecê-la) e de baixo custo para os recém-nascidos de baixo peso, com diversas vantagens como: regulação da temperatura, amamentação prolongada, promoção da interação mãe-bebê e diminuição da mortalidade (VAIVRE-DOURET; PAPIERNIK; RELIER, 1996).

Embora as publicações sobre o Método Mãe-Canguru apontem sugestões favoráveis no que diz respeito à segurança e aos benefícios para as mães e bebês, as investigações científicas realizadas ainda são escassas. A maioria delas aponta o contato pele-a-pele como ajuda para o cuidado de bebês de baixo peso em unidades de tratamento intensivo neonatal. As amostras são pequenas, há ausência de grupos controle, os dados muitas vezes são incompletos e há limitações para aplicação geral de alguns resultados que sinalizam para a necessidade de um maior rigor metodológico nos estudos, especialmente nos efeitos a longo prazo, ao desenvolvimento neurocomportamental e ao impacto do MMC para a mãe, a família e a comunidade. Ainda precisam ser explorados a qualidade da relação mãe, família e bebê, a preparação da família para a alta com sucesso do bebê da unidade de tratamento intensivo, a provisão do MMC na área ambulatorial, os efeitos de curto e longo prazo no desenvolvimento emocional e neuropsicológico do bebê, bem como as conseqüências econômicas do uso deste Método (CHARPAK, RUIZ-PELAEZ, FIGUEROA DE CALUME, 1996; KIRSTEN, BERGMAN, HANN, 2001; CAETANO, 2004). Como se observou anteriormente, é importante que as pesquisas

possam abordar também, aspectos relacionados à equipe de saúde, como os profissionais percebem a implantação deste modelo de assistência, quais as principais potencialidades e fragilidades do Método.

2.2.2 PERIÓDICOS NACIONAIS

No Brasil, considerando o período da pesquisa (1995-2004), ao realizarmos um levantamento sobre o Método Mãe-Canguru, nos principais periódicos de enfermagem, tais como: Revista Latino-Americana de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Texto & Contexto Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Paulista de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista de Enfermagem da UERJ, Cogitare Enfermagem, Revista Mineira de Enfermagem e Revista Gaúcha de Enfermagem; e nos principais periódicos das ciências médicas e psicologia, tais como: Revista de Saúde Pública, Caderno de Saúde Pública, Jornal de Pediatria, Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Revista Latinoamericana de Neonatologia, Revista Paulista de Pediatria, Revista de Psicologia USP, Psicologia, Ciência e Profissão, e Revista de Psicologia Catharsis, nos deparamos com um déficit muito grande de trabalhos científicos publicados sobre esta temática. Foram encontrados apenas onze artigos que se referiam ao cuidado canguru, sendo que destes, apenas seis versavam sobre o Método propriamente dito; todos os demais consultados envolviam aspectos esparsos e não focalizados (ou seja, que não consideravam o Método ou parte dele como “objeto” de estudo) acerca da assistência neonatal, tais como: a assistência ao recém-nascido prematuro, a prematuridade, aspectos epistemológicos da neonatologia, o cuidado em enfermagem neonatológica e o papel do psicólogo na interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. Estes apenas citam o MMC como um modelo de prática assistencial que visa a humanização do atendimento ao bebê prematuro e de baixo peso (ALMEIDA, KIMURA, 2003; VALANSI, MORSH, 2004) e apontam algumas de suas vantagens ou benefícios, tais como, a termorregulação através do contato pele-a-pele, a melhora do vínculo mãe-filho, o aumento da confiança materna nos cuidados com o filho, o aumento da oferta do leite materno, a diminuição do tempo de internação e o estreitamento do

relacionamento da família com a equipe (BRUNHEROTTI et al., 2000; SAKAE, COSTA, VAZ, 2001; ALMEIDA, KIMURA, 2003; SCOCHI et al., 2003), além de promover uma atenção especial ao momento evolutivo do bebê e às questões psíquicas que envolvem uma internação neonatal (VALANSI; MORSH, 2004).

Com relação às publicações de artigos em periódicos nacionais que abordam o Método propriamente dito, ou seja, que apresentam como tema central o MMC, descrevo, a seguir, as categorias de maior relevância e que tem, em sua maioria, uma relação com aquelas encontradas na revisão internacional.

A influência do Método Mãe-Canguru na fisiologia do recém-nascido – Foram encontrados dois artigos. Um artigo que aborda as respostas fisiológicas (frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e temperatura corporal) da posição canguru em bebês pré-termos, baixo peso e ventilando espontaneamente. Este estudo foi realizado no Hospital Conceição, em Porto Alegre, onde foram observados 23 recém-nascidos pré-termos hemodinamicamente estáveis. Os sujeitos do estudo foram subdivididos em dois grupos, um no qual os bebês eram posicionados na incubadora e o outro dos bebês em posição canguru. Os dados obtidos foram coletados nas anotações dos prontuários médicos e através de entrevistas com as mães. Os resultados apontaram para um aumento das respostas fisiológicas dos bebês em posição canguru quando comparados com os da posição elevada em decúbito ventral na incubadora. Este estudo apresenta, portanto, o MMC como uma técnica segura para a prática fisioterapêutica no tratamento de bebês prematuros (MILTERSTEINER et al., 2003).

O outro estudo descreve o histórico do Método Mãe-canguru e apresenta evidências científicas sobre os benefícios desta prática para os bebês de baixo peso no tocante a morbi-mortalidade, desenvolvimento psicoafetivo, neurosensorial e amamentação. A coleta de dados foi feita através de consulta a publicações sobre o MMC abrangendo o período de 1983 a 2004, identificadas nas bases de dados Lilacs e Medline, bem como livros, teses e publicações técnicas do Ministério da Saúde. Como conclusões do estudo, as autoras relatam que há evidências do impacto positivo do

MMC sobre a prática de amamentação. Concluem também que, embora o Método pareça reduzir a morbidade infantil, as evidências são ainda insuficientes para que o mesmo seja recomendado rotineiramente. Por outro lado, não foram encontrados relatos sobre efeitos deletérios da aplicação do Método. As autoras destacam ainda, a necessidade de se realizar estudos sobre a efetividade, aplicabilidade e aceitabilidade do MMC em nosso meio (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004).

A família que vivencia o Método Mãe-Canguru – Com relação à família que passa pela experiência de ter um bebê em cuidado canguru, foram encontrados quatro artigos, sendo que estes apontam as percepções e vivências dos pais que realizaram este cuidado. Um deles trata-se de um relato de experiência descrito por duas enfermeiras docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Foi realizado na Fundação de Assistência Integral à Saúde no Hospital Sofia Feldman. Teve como objetivo conhecer a realidade vivida pela mãe que realiza o Método Mãe-Canguru e foi realizado através de uma entrevista semi-estruturada com uma mãe no momento da alta para o seguimento ambulatorial. Através do discurso desta puérpera levantaram-se alguns pontos importantes que devem ser considerados quando se adota a metodologia canguru, entre eles: os sentimentos maternos que permeiam o nascimento de um filho prematuro, a impossibilidade da mãe cumprir seus papéis sociais, o fortalecimento do vínculo mãe-filho e o prazer de vivenciar o Método Mãe-Canguru. Este estudo possibilitou não só explicitar a realidade vivida naquela realidade institucional, como também explicitá-la aos que dela fazem parte e podem transformá-la (DUARTE; SENA, 2001).

Uma outra publicação trata da percepção dos pais sobre a vivência no Método Mãe-Canguru. É um estudo descritivo, em que os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas com dez pais após a alta do seu filho em um hospital do interior de São Paulo. Neste estudo, os principais resultados foram: a necessidade da flexibilização da permanência materna no Método Mãe-Canguru e que a proximidade com o filho favorece a troca de afetividade, o estabelecimento do vínculo e o aumento da confiança dos pais nos cuidados com seus bebês. Esses dados forneceram subsídios

para a organização da assistência no Método Mãe-Canguru, tanto sob a perspectiva institucional da equipe atuante como da relação com a clientela, possibilitando a compreensão das dificuldades e significados atribuídos à vivência e otimização do cuidado de enfermagem (FURLAN; SCOCHI; FURTADO, 2003).

Ainda, foi incluído nesta categoria um estudo realizado no Hospital de Itapeirica da Serra (São Paulo), que teve como objetivo aumentar a compreensão sobre a influência das condições hospitalares e da organização familiar sobre a prática do Método Mãe-Canguru. Foram realizadas entrevistas com catorze mulheres e sete homens participantes do Método. Os dados coletados apontam que a efetividade do Método pode ser influenciada sim pelas interações com a equipe hospitalar e os demais membros da família (TOMA, 2003).

O outro estudo encontrado foi realizado em uma Instituição Filantrópica, de referência terciária para a assistência ao parto e ao recém-nascido, em Recife. Seu objetivo é identificar as representações sociais do aleitamento materno para as mães que vivenciam o MMC. Este descreve os sentimentos, conflitos e contradições que estas mães experienciaram ao amamentar o filho prematuro. Como resultados deste estudo, as autoras apontam que para se prestar uma assistência na perspectiva de integralidade, é necessário reconhecer que estas mulheres estão envolvidas numa trama de sentimentos, emoções e contradições decorrentes da situação de ter um filho prematuro e das dificuldades de ter que amamentá-lo. Destacam também, o fato do MMC incluir práticas que podem contemplar a afetividade, a integralidade do cuidado e o incentivo à amamentação (JAVORSKI et al., 2004).

A equipe de saúde e o Método Mãe-Canguru – Não foram encontrados artigos sobre a equipe de saúde neonatal e o Método Mãe-Canguru. O que pude perceber ao analisar as publicações é que estas apontam a importância da equipe de saúde ser treinada e sensibilizada para o desenvolvimento do MMC (FURLAN; SCOCHI; FURTADO, 2003) e ainda que os profissionais devem saber reconhecer as necessidades e respeitar os sentimentos e dificuldades das mães que realizam o

cuidado canguru, bem como reconhecer a rede de apoio familiar que possa favorecer no sucesso deste Método (DUARTE, SENA, 2001; TOMA, 2003).

Desta forma, podemos perceber que também na literatura brasileira existe uma lacuna muito grande nesta área de conhecimento, particularmente no que diz respeito às relações e inter-influências do MMC com a equipe neonatal. Nota-se que as publicações nacionais ainda são bastante limitadas, sendo que a maioria (considerando-se a raridade de tais estudos) ainda concentra-se nas percepções e vivências dos pais em relação ao Método Mãe-Canguru – fato que diverge daquele observado com relação à literatura estrangeira, cuja ênfase científica recai sobre as relações do cuidado canguru com a fisiologia dos prematuros.

Um outro ponto a se destacar, é o fato das publicações médicas estarem centradas nos aspectos fisiológicos dos recém-nascidos, reforçando o modelo biomédico adotado por muito tempo na área da neonatologia. E em contra-partida, as publicações na área da enfermagem versam sobre a vivência das famílias, os sentimentos e percepções dos pais no Método Mãe-canguru, procurando compreender a importância do cuidado centrado na família.

Apesar do Método estar regulamentado como proposta governamental desde 2001 e estar em vigor em várias maternidades do Brasil, como metodologia de eleição para o cuidado ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, não há correspondência com a produção teórica, levando a que a prática seja desenvolvida, muitas vezes, sem a devida sustentação teórica. Esta lacuna de conhecimentos dificulta, uma adequada avaliação desta prática, tanto para o recém-nascido e sua família, quanto para a equipe prestadora desta assistência e, ademais, também para processos de avaliação em nível das políticas públicas que estão na base do MMC.

É importante um maior investimento do país na pesquisa e produção de conhecimento, valorizando a aliança do saber/fazer/refletir, ou seja, da necessidade de ação-reflexão-ação, para que os profissionais possam adaptar-se a esta mudança paradigmática no cuidado ao recém-nascido prematuro, pois acredito que, é somente a partir de ações refletidas que se alcança a transformação da realidade.

CAPÍTULO 3 – REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 A PEDAGOGIA LIBERTADORA DE PAULO FREIRE

Com o objetivo de promover um processo educativo, com a equipe de saúde neonatal, sobre as potencialidades do MMC na qualidade da assistência ao recém-nascido e família, eu desenvolvi este estudo, incentivando a ação e a reflexão da equipe de saúde sobre a realidade vivenciada, com o intuito de promover o desvelamento da consciência crítica dos profissionais, na tentativa de obter, mais do que mudanças superficiais, transformações por meio da capacitação dos indivíduos, para detectar os problemas e buscar soluções originais e criativas para a implementação do Método Mãe-Canguru na unidade de neonatologia do HU/UFSC.

Refletir sobre a experiência vivida e sobre os significados que esta experiência tem para os profissionais que compõem a equipe, implica em voltar a atenção ao modo como essas pessoas “pensam” a sua prática, inseridas neste método de humanização da assistência neonatal. Neste sentido, utilizei os princípios teóricos da Pedagogia Libertadora de Freire e da Metodologia Problematizadora para nortear o trabalho.

Escolhi o referencial que aborda a problematização por acreditar, a partir do pensamento do educador Paulo Freire, que o ser humano é sujeito de sua história. Portanto, os participantes do Método Mãe-Canguru – os profissionais da equipe de saúde, os recém-nascidos e suas famílias – são sujeitos do processo e não apenas espectadores. Outro aspecto que me remeteu à escolha deste referencial teórico é o de

que ele permite a interferência dos sujeitos no fato ou fenômeno a ser estudado, propiciando mudanças e transformações na realidade estudada, já durante o processo.

Na concepção de Freire (1980), a educação problematizadora possibilita à pessoa envolvida visualizar, apreender e vislumbrar, não só a problemática do seu existir, como também, as possibilidades de transformação de sua realidade.

A abordagem problematizadora preocupa-se com a construção progressiva do conhecimento pelo próprio indivíduo através da ação-reflexão-ação, e da prática-teoria-prática a partir da realidade do indivíduo, de seus padrões culturais e de suas formas de pensar e agir.

Sendo assim, um dos fundamentos desta abordagem consiste em compreender que a realidade é algo inacabado, que pode ser melhorado. Os envolvidos no processo desenvolvem sua criatividade e imaginação para buscar respostas aos problemas de sua prática. Nesta perspectiva, procurar alternativas para sobrepor as dificuldades não significa criar problemas, mas sim encontrar caminhos para resolvê-los (BORDENAVE, 1986).

Segundo Bordenave e Pereira (1991), o método da problematização parte do princípio de que, em um mundo de mudanças rápidas, o importante não é os conhecimentos ou idéias simples que se esperam, mas sim o aumento da capacidade de percepção da transformação social para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativa.

Meurer (1998, p.16) destaca que, “para que o homem desenvolva a consciência de sua realidade, faz-se necessário que reflita sobre a tradição de seu dia-a-dia espelhada em sua prática”. Ou seja, para se tomar consciência da realidade é necessário questionar, dialogar e refletir sobre as ações, na prática diária. Quanto mais reflete sobre sua realidade, mais o ser humano consegue analisá-la de forma crítica, mais consegue compreendê-la e transformá-la.

É pela educação dialógica, problematizadora, que Freire anuncia a transformação da realidade das pessoas, através do processo de conscientização. Neste processo, o diálogo se impõe como o único caminho capaz de conduzir o homem à

transformação do mundo. Para Freire (1980, p.82) “[...] o diálogo é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo”. Este diálogo é profundo, inseparável do processo de ação-reflexão do ser humano sobre a sua realidade e o seu que-fazer. Portanto, não é este diálogo um depositar de idéias, uma discussão hostil. Diálogo é o encontro de seres humanos que têm por tarefa apreender a sua realidade, o seu mundo, e atuar para transformá-lo e torná-lo mais humano.

Segundo Freire (1980), a conscientização só pode se dar por meio da relação dialógica entre as pessoas com o mundo e com as outras pessoas, buscando uma reflexão crítica sobre o mundo, sobre as ações dos outros seres humanos e, principalmente sobre as suas próprias ações, para que se tornem ações refletidas.

É por meio das ações refletidas, na sua práxis, que o ser humano vai em busca de sua humanização, de ser mais. Freire, em seus escritos, deixa claro que não pode haver humanização, senão no mundo concreto do sujeito. Humanizar não é adaptar o ser humano às situações e sim buscar transformar a realidade desumanizante. Para que tal aconteça, porém, é necessário que este ser humano tenha consciência que seu meio é desumano, conheça e compreenda os mecanismos usados na opressão, alienação e desumanização.

Para Freire (1980), a humanização só pode ser conseguida pelas ações dos homens que se tornam denunciadores de uma realidade que desumaniza e oprime, e anunciadores da possibilidade de transformação dessa realidade opressora e desumanizante.

A partir de Freire (1981), entendo diálogo como sendo a forma de comunicação horizontal entre dois pólos que se relacionam pela empatia, fazendo-se críticos na busca de algo. Portanto, o diálogo é a comunicação do ser humano consigo mesmo, com os outros seres humanos e com o mundo, de maneira crítica, procurando a transformação deste mundo, de modo que ele (o ser humano) possa ser mais.

No intuito de que haja a dialogicidade, principalmente enquanto possibilidade de um aprender recíproco, com o objetivo de buscar uma ação e reflexão autêntica sobre a realidade individual e coletiva, Freire propõe encontros onde todos os participantes possam usar da palavra, em condições de horizontalidade; um lugar onde

todos tenham as mesmas oportunidades de “ler” e “escrever” o mundo; um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências e que possibilitem a construção coletiva do conhecimento (FREIRE, 1999). Brandão (1981) ajuda a pensar em espaços desta natureza, dizendo que os mesmos possibilitam troca de saberes, onde se ensina e se aprende juntos.

Desta forma, os participantes, em círculos de discussão, instauram um diálogo – principal veículo pedagógico da abordagem problematizadora – instigados pelo mediador, sobre aspectos ligados à sua própria realidade, visando aprofundar suas leituras do mundo e possibilitando re-leituras, a partir do engajamento político com vistas à transformação da realidade.

O referencial do educador e sociólogo Paulo Freire vem sendo adotado em estudos realizados na área da enfermagem nos últimos anos. Para Radünz (1998) a enfermeira, ao cuidar, está educando e também está sendo educada. Ela compartilha saberes com os profissionais da equipe, com os clientes e seus familiares.

A obra de Paulo Freire tem influenciado vários estudos nas diversas áreas do saber, dentre elas a Enfermagem, pois “trabalhar com as concepções de Paulo Freire, denota a preocupação dos enfermeiros em transformar a sociedade que estão convivendo e contextualizando” (SAUPE; BRITO; GIORGI, 1998, p.257). Há estudos recentes que foram realizados com comunidades, com docentes, com alunos, com profissionais, com clientes e com famílias.

Silva (2003), por exemplo, desenvolveu uma prática assistencial “refletida”, com crianças em idade escolar, que se desenrolou através da construção de um processo cuidativo-educativo a partir da percepção de saúde das crianças. O processo cuidativo-educativo constituiu-se de um processo de enfermagem aliado ao Círculo de Cultura de Paulo Freire, que possibilitou a ação-reflexão, diálogo e vínculos suficientes para a troca de conhecimentos e intercâmbio desejado.

Medeiros (2003), por sua vez, desenvolveu um estudo com o objetivo de descrever a prática educativa de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, visando refletir com os profissionais sobre as atividades educativas desenvolvidas na área de abrangência da unidade sanitária, utilizando o referencial pedagógico de Paulo

Freire. Além disso, o estudo objetivou a promoção da troca de saberes e experiências, a partir de temas geradores levantados pelo grupo e a análise dos elementos políticos e profissionais presentes nas práticas educativas da equipe.

Hayoshi (2000), outra enfermeira, desenvolveu um estudo que relata e analisa a experiência vivenciada junto à equipe de enfermagem de um Centro de Terapia Intensiva para tratar as questões referentes ao cuidado de enfermagem, utilizando a concepção de “conscientização” de Paulo Freire. O estudo propiciou a compreensão de que é necessário possibilitar ao indivíduo utilizar suas habilidades e seus próprios conhecimentos para encontrar soluções para os problemas e tomar decisões de modo consciente.

Costa (2002) construiu um processo educativo-reflexivo com a equipe de enfermagem acerca do cuidado prestado, na perspectiva de alcançar a humanização da assistência psiquiátrica, explorando a condição de trabalho e a educação, a partir do referencial teórico metodológico da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire. Neste estudo, a autora concluiu que o uso do referencial freireano possibilitou a reflexão em grupo, a partir das situações vividas no cotidiano da assistência, através da socialização de idéias e experiências, provocando modificações na maneira de pensar e agir do grupo, ampliando seu saber através de práticas criativas e amorosas para alcançar a humanização.

Wayhs (2003) desenvolveu uma prática cuidativa-educativa problematizadora, que foi realizada junto a famílias de crianças com diagnóstico de câncer em um Centro Integrado de Onco-hematologia Pediátrica de um hospital de Santa Catarina. O estudo teve como objetivo final ressignificar o sofrimento dos familiares, oportunizando o enfrentamento da doença promovendo um viver mais saudável. A autora concluiu que o referencial teórico-metodológico de Paulo Freire permite a reflexão sobre a realidade e viabiliza a construção de caminhos que valorizam a cidadania e a dignidade do ser humano.

3.2 A METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA

A metodologia problematizadora tem como objetivos, estimular a capacidade do ser humano ser um participante ativo de transformação social, desenvolver nele a habilidade de observação da realidade, e detectar os recursos disponíveis e formas de organização para uma transformação consciente.

O cenário em que esta proposta se concretiza, é a realidade dos sujeitos que dela participam. É nesta realidade que os problemas são identificados como um ponto de partida para a aprendizagem. Problema, aqui, entendido como algo da realidade que pode ser melhorado, requerendo a busca de soluções originais e criativas (BORDENAVE; PEREIRA, 1991).

Bordenave (1994) afirma que pela sua essência, a educação problematizadora não tem uma metodologia única, nem técnicas fixas. O que temos na educação problematizadora é uma “trajetória pedagógica”, que pode ser representada esquematicamente pelo arco proposto por Charles Maguerez (BORDENAVE, 1994). Este método facilita a operacionalização dos pressupostos da problematização.

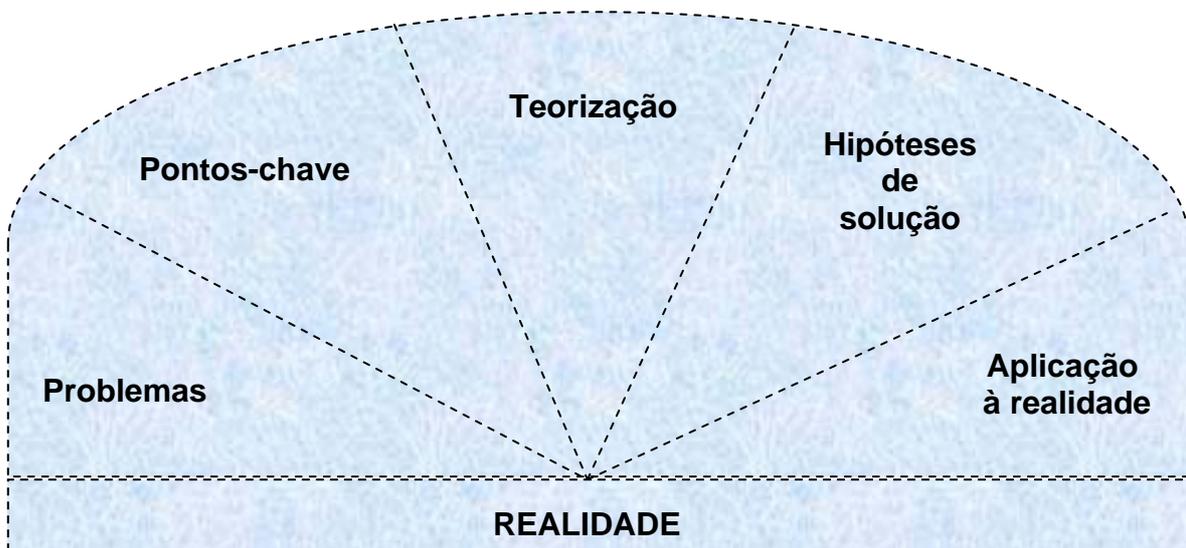


Figura 1 – Trajetória pedagógica (Arco da Problematização). Fonte: Bordenave (1994).

Conforme representado na figura, o processo deve iniciar-se a partir da observação da realidade, permitindo às pessoas expressarem suas idéias e opiniões,

fazendo assim uma primeira leitura da situação concreta, identificando uma situação problema.

Em um segundo momento, as pessoas/grupos selecionam as informações e identificam os pontos-chave do(s) problemas(s), levantando suas relações/variáveis que determinam a situação concreta.

A etapa seguinte consiste no levantamento de questões sobre as causas do problema observado. Aqui é necessário recorrer aos conhecimentos científicos que auxiliem o raciocínio das pessoas na compreensão do problema, não somente em suas manifestações empíricas, mas nos princípios teóricos que o explicam, isto é, em suas causas e conseqüências.

Neste momento ocorre a teorização; é onde ocorre a apropriação de instrumentos teóricos e práticos necessários para a resolução dos problemas detectados na prática cotidiana do trabalhador. É a ocasião em que o participante está se instrumentalizando para possibilitar uma ação reflexiva e transformadora do seu processo de trabalho; é o momento da práxis.

A teorização consiste na fase de aproximação da verdade, durante a qual são percorridos os seguintes passos:

[...] o observador pergunta a si mesmo o que sabe sobre os pontos-chave, externaliza o que sabe, ouve e reconhece o que os outros sabem e o grupo estabelece quais informações complementares precisam buscar para compreender os pontos-chave do problema escolhido. É um diálogo interno que, quando compartilhado com os demais observadores, poderá gerar dúvidas, perguntas e inquietações, que darão sustentabilidade para gerar as hipóteses de solução (HARRIS et al., 1999, p.128).

Confrontada a realidade com os conhecimentos existentes e que podem ajudar na resolução do problema, indivíduos se vêem naturalmente movidos a pensar em alternativas de solução para o(s) problema(s) encontrado(s). Esta etapa deve permitir ainda a análise da viabilidade das ações propostas. É dada aos mesmos a oportunidade de decidir, priorizar e planejar ações. Nesse momento o grupo pode “viajar” em um sonho utópico, ou seja, a formulação de hipóteses para a consecução da solução do problema. É a etapa em que o profissional deve ser estimulado a ser criativo, onde pode deixar as idéias e a imaginação fluírem, onde a facilitadora incentiva-o a pensar

de maneira inovadora. Entretanto há a necessidade da confrontação “ideal – real” devido aos condicionamentos e limitações que a realidade impõe. É o momento no qual o grupo analisa as hipóteses levantadas, no sentido de perceber que podem ser válidas a princípio, porém não factíveis e viáveis na prática. É onde o profissional novamente percebe que toda ação sofre a interferência de condicionantes que possibilitam, ou não, a sua execução.

Na próxima etapa da técnica do Arco da Problematização, o grupo pratica e fixa soluções que encontrou como sendo as mais viáveis e aplicáveis. É nesse momento que ele pratica as ações concretas sobre a mesma realidade de onde foi extraído o problema, preocupando-se em mudar sua forma de agir, individual e/ou coletiva, contribuindo para a solução do(s) problema(s) (STOCCO; LENTZ; COAN, 2001).

Este processo é dinâmico, propiciando a cada momento, uma re-leitura desta realidade e o início de um novo processo.

3.3 MARCO CONCEITUAL

Uma vez que abordei os aspectos mais amplos do referencial que orienta a prática educativa, apresento agora o marco conceitual, compreendendo-o como a construção mental que mantém íntima aderência com a proposta educativa desenvolvida com a equipe de saúde neonatal. Ancorada nas idéias de Monticelli (1994) e de Neves e Gonçalves (1984), passo a apresentar essa construção mental, redigindo-a a partir de importantes componentes, quais sejam, os **pressupostos básicos** e os **conceitos componentes do marco**.

Entendo pressupostos como crenças, valores, “coisas” em que se acredita (LÜDKE, 1991) ou, como refere Leopardi (1995, p.51), como a “exposição enunciada de crenças e valores do autor”. Os pressupostos que elegi como indispensáveis à elaboração dos conceitos do marco são provenientes tanto da minha experiência pessoal e como enfermeira atuante em unidade neonatal, quanto do referencial da Pedagogia Libertadora e da Metodologia Problematizadora.

Conceito é entendido no contexto de marco conceitual como uma abstração, uma representação mental sobre determinado aspecto da realidade e que influencia nossas decisões e nossas ações (TRENTINI, PAIM, 2004; FAWCETT apud MONTICELLI, 1994). Durante a elaboração dos conceitos, o autor está “polindo bordas foscas”, esclarecendo ambigüidades e estabelecendo relações. “Os conceitos são extremamente úteis para orientar o estudo, porém, não são necessariamente herméticos, como se fossem variáveis a priori” (MONTICELLI; 1994, p.42). Eles são usados explicitamente como “guias” no caso da prática educativa e como “construção de sentido” como refere Minayo (1994), que servem para guiar os objetivos e processos e delimitar melhor o recorte que deve ser analisado e construído.

Pressupostos Básicos

- O Método Mãe-Canguru é um modelo de atenção ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, apoiado e desenvolvido pela equipe de saúde neonatal, que favorece a assistência individualizada e de qualidade, estimulando a participação da família nos cuidados.
- A educação é um processo que se efetiva quando todos os participantes dialogam, compartilham experiências e transformam o seu modo de ver o mundo.
- Através da relação dialógica a equipe de saúde compartilha suas crenças, valores, conhecimentos e experiências, promove uma reflexão crítica da realidade e possibilita a transformação de suas práticas diárias.
- A prática educativa deve ser uma constante no cenário do desenvolvimento do MMC para a melhoria da qualidade da assistência ao recém-nascido e sua família, e para promover a integração entre os membros da equipe de saúde.
- O Arco da Problematização possibilita a ação-reflexão-ação sobre a realidade, sendo uma estratégia dialógica que contribui para conhecer as reais potencialidades do MMC.
- A enfermeira da unidade atua constantemente como facilitadora da prática educativa, tanto no educar-se como no educar.

Conceitos

SER HUMANO

É um ser histórico que interage e relaciona-se com o outro e com o mundo, e a partir destas interações e relações tem capacidade de refletir, criar e recriar, transformar a si próprio e a seu mundo.

O ser humano, segundo Freire (1987), é um ser inconclusivo, em permanente processo de construção e a cada momento de seu existir, educa-se, na busca constante de ser mais.

É um ser crítico, ou seja, questiona, argumenta, busca o conhecimento, analisa com critério a realidade, procura sempre dialogar com o mundo e com os homens, está sempre disposto a rever seus posicionamentos, é um ser que procura se inserir e se integrar na realidade para produzir transformação, para intervenção e recriação da realidade (FREIRE, 1980; FREIRE, 1987; REIBNITZ, 2004).

Neste estudo, os seres humanos envolvidos são: os profissionais da equipe de saúde neonatal – que são sujeitos diretos desta prática educativa, e os recém-nascidos e suas famílias – por serem o alvo para o qual, em última análise, se destina a melhoria da qualidade na assistência.

O **profissional da equipe de saúde neonatal** é o ser humano que atua na unidade de neonatologia do HU/UFSC, um ser social, racional e sensível, sujeito de sua história, que interage com os outros e com o ambiente, age conforme suas percepções, crenças e valores, é um ser de ação-reflexão-ação no e com o mundo, com o objetivo de transformar a sua realidade.

Entendo **equipe de saúde** como um grupo de seres humanos que possuem conhecimentos e habilidades técnico-científicas, éticas e humanas, composta por diferentes profissionais que interagem entre si, no e com o mundo, a fim de garantir uma assistência de qualidade.

A equipe de saúde neonatal tem o objetivo de auxiliar os seres humanos no enfrentamento de situações de saúde-doença que permeiam o processo de nascimento

premature, comprometendo-se com o ser humano, no sentido de despertá-lo para conscientização de sua realidade e do poder que ele tem de transformar esta realidade.

Através da relação dialógica a equipe de saúde da unidade neonatal consegue conhecer a realidade da implantação e desenvolvimento do MMC em sua prática, refletindo sobre as possibilidades e dificuldades, buscando cada vez mais a melhoria da qualidade da assistência prestada aos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso e suas famílias.

Cada profissional da equipe tem a responsabilidade de agir no sentido de colocar suas potencialidades a serviço da melhoria da equipe e da qualidade da assistência.

Baseada em Monticelli (1997), o **recém-nascido prematuro** é um ser único no mundo. Seu processo de nascimento representa um momento especial na sua vida, de sua família e da realidade que o cerca. É social e singular e depende da equipe de saúde, de seus familiares e dos recursos ambientais disponíveis, para superar sua condição, prevenindo agravos de saúde física e mental. É aquele ser singular que nasceu antes do tempo e tem uma grande necessidade de estabelecer relação com os seres que o cercam, bem como, precisa de um ambiente adequado para desenvolver seu potencial futuro de fazer escolhas, com o objetivo de ‘ser mais’ e ‘tornar-se mais’ (OLIVEIRA, 1998). É para ele e para sua família que a prática dos profissionais da equipe de saúde precisa ser repensada, refletida, na tentativa de obter, mais do que mudanças superficiais, transformações através da capacitação dos indivíduos para detectar os problemas e buscar soluções originais e criativas para a implementação desta nova proposta de cuidado – o Método Mãe-Canguru.

Compreendo como **família**, as pessoas que se identificam como significativas no processo de nascimento do recém-nascido pré-termo, que estão unidas por laços de consangüinidade, interesse ou afetividade, que vivenciam um misto de ansiedade, medo e frustração em razão da chegada inesperada de um ser humano ainda em processo de desenvolvimento. A família possui valores, crenças e conhecimentos próprios, mas é através das interações com os profissionais da equipe de saúde, com

outras famílias e com o ambiente, que busca compreender e encontrar novas formas de superar as dificuldades vivenciadas durante o processo de nascimento.

AMBIENTE

É o contexto físico, social, cultural, econômico e político, em que o ser de interações se insere e relaciona transformando-o e sendo transformado por suas influências através de um processo dinâmico e contínuo. O ambiente é constituído por todos os seres humanos e as relações existentes entre eles.

O ambiente é a realidade onde o problema foi identificado. Nesta proposta, a realidade é representada pelos seres humanos que vivenciam e se relacionam durante a implementação do MMC, pela sua comunidade, pelo mundo em que vivem e pelo hospital no qual estão inseridos (em especial a unidade de neonatologia do HU/UFSC). É neste contexto que os profissionais de saúde, os recém-nascidos e suas família vivenciam o processo de nascimento e é através desta experiência que esses seres humanos transformam o ambiente e ao mesmo tempo são transformados por ele. É o espaço no qual o ser humano vive, interage, percebe, apreende e vislumbra, não só a problemática do seu existir, como também, as possibilidades de transformação de sua realidade.

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O ser humano vivencia situações de saúde-doença, as quais sofrem influencias de fatores internos e do ambiente físico e social, em um determinado tempo e espaço. A saúde e a doença permeiam todo o processo de crescimento e desenvolvimento e, portanto, permeiam também o processo de nascimento.

Perceber e compreender os significados que as pessoas atribuem aos seus valores de saúde-doença é importante, principalmente para os profissionais que assistem o recém-nascido prematuro e sua família, que vivenciam o processo de nascimento de modo inesperado e conturbado. É necessário haver uma interação com o ambiente, de modo que as pessoas envolvidas estejam dispostas a compartilhar

experiências, saberes, sentimentos e desenvolver potencialidades para superar o momento.

PROCESSO EDUCATIVO

É um processo coletivo de desvelamento da realidade que cerca o ser humano, em que os conteúdos são gerados pelas necessidades dos indivíduos, pelos interesses do grupo e com a participação efetiva de todos os envolvidos na ação. Desenvolve-se na ação-reflexão-ação, mediatizada pelo olhar e agir crítico e criativo.

O processo educativo constitui uma das estratégias na instrumentalização do ser humano, grupos ou mesmo da sociedade diante de questionamentos e/ou situações que necessitam aquisição de conhecimento (DIAS, 2002).

A educação é uma constante no dia-a-dia dos profissionais de saúde, e permite a ação-reflexão-ação da assistência prestada a partir do Método Mãe-Canguru.

Nesta prática educativa, a enfermeira é a facilitadora ou mediadora do processo educativo com os profissionais da equipe de saúde da unidade de neonatologia.

CAPÍTULO 4 – CONTEXTO E PERCURSO DA PRÁTICA EDUCATIVA

De acordo com Monticelli (1997) e Minayo (1994), metodologia é o caminho do pensamento e da prática exercida na abordagem da realidade. Inclui as concepções teóricas, o conjunto de técnicas que possibilitarão a construção da realidade e ainda o potencial criativo do estudioso que está desenvolvendo o trabalho científico. Deste modo, para a realização da prática educativa com a equipe de saúde, através do diálogo fundamentado na abordagem problematizadora, incluo neste item os aspectos considerados relevantes na consecução do estudo.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O local de realização deste estudo foi a unidade de neonatologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/UFSC. Este se caracteriza por ser um hospital-escola, uma instituição pública, que objetiva a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão. Acredito que este local foi o mais indicado para realização da prática educativa, por ser esta unidade, um centro de referência do Método Mãe-Canguru na região sul pelo Ministério da Saúde, por ser o local “de onde se fala” (MONTICELLI, 2003), pois foi em seu seio que surgiram as necessidades e justificativas para a realização do presente estudo, e ainda por ser este o local onde desenvolvo minha atividade profissional, o que oportuniza um momento de troca e aprendizagem entre os membros componentes da equipe neonatal.

Além disso, a maternidade deste hospital conta com uma filosofia, criada por uma equipe interdisciplinar e documentada em 1995, que apresenta como pressupostos: o atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais; a equipe interdisciplinar que presta assistência deve atuar de forma integrada; as atividades de ensino, pesquisa e extensão realizada pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefícios de uma melhor assistência; a equipe deve exercer um papel atuante na educação da mulher/acompanhante e do grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e da capacidade de cuidar dos filhos, execução dos cuidados básicos e planejamento familiar. Pressupostos estes, que apresentam consonância com a proposta de atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso – Método Mãe-Canguru, regulamentada pelo Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2000).

No segundo andar deste hospital situa-se todo o Serviço Materno-Infantil, incluindo o centro obstétrico (CO), a unidade de alojamento conjunto (AC), a unidade de neonatologia, a unidade ginecológica e triagem obstétrica, a central de incentivo ao aleitamento materno (CIAM) e o lactário. A maternidade foi inaugurada em 20 de outubro de 1995, quando iniciou suas atividades assistenciais.

A unidade de neonatologia tem atualmente capacidade para 14 leitos, dos quais encontram-se divididos em: 04 vagas destinadas aos cuidados intensivos, 06 vagas de cuidados intermediários e 04 vagas de cuidados mínimos, sendo que esta unidade vem sofrendo uma reforma em sua área física para ampliação do número de leitos disponíveis. Esta reforma visa principalmente, atender aos requisitos do Ministério da Saúde com relação ao programa Mãe-Canguru. Para tanto, conta com financiamento do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e da Fundação ORSA. Ao término deste processo, a unidade contará ainda com 08 vagas destinadas ao cuidado mãe-canguru (vagas para o binômio mãe e recém-nascido), 02 vagas de isolamento e 02 consultórios para atender a demanda ambulatorial (3ª etapa do MMC).

A unidade de neonatologia (de acordo com o livro de registro da unidade) apresenta uma taxa de ocupação que varia de 47 a 62%, sendo que os recém-nascidos internados ali são procedentes de todo estado de Santa Catarina. O tempo de internação varia de poucos dias a até três meses. As principais causas de internação são: a prematuridade, o baixo peso ao nascer, a asfixia perinatal, o desconforto respiratório, a infecção perinatal, a hipoglicemia, a icterícia neonatal, além de recém-nascidos que necessitam de investigação diagnóstica.

Nesta unidade, o acesso dos pais é livre, sendo que sua presença é estimulada por todos os profissionais. Ainda, nas dependências da maternidade, existe um quarto para acolher algumas das mães que estão com seus filhos internados na unidade de neonatologia. Este local é conhecido como “hotelzinho” e se localiza de modo contíguo ao alojamento conjunto. O quarto possui quatro leitos, sendo que as mães que têm preferência de vaga neste local são as que estão nos primeiros cinco dias após o nascimento do bebê, as que estão iniciando o processo de amamentação e as mães que residem fora da grande Florianópolis.

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo foram os integrantes da equipe de saúde da unidade de neonatologia, que demonstraram interesse em refletir sobre a compreensão do Método Mãe-Canguru enquanto proposta de atendimento implantada em nossa realidade. Portanto, não foi estabelecido qualquer número mínimo de participantes. O critério geral que guiou a seleção dos sujeitos foi, em princípio, relacionado apenas e atentamente ao desejo e concordância explícita em participar da prática educativa, após conhecer seus objetivos, intencionalidades e modos de participação.

Na unidade de neonatologia do HU/UFSC, a equipe de saúde é composta por 61 profissionais. Destes trabalhadores, 12 são médicos neonatologistas, 08 enfermeiras, 02 fonoaudiólogas, 01 psicóloga, 01 assistente social, 01 nutricionista, 02 fisioterapeutas, 23 técnicas de enfermagem, 10 auxiliares de enfermagem e 01 escrivão.

A equipe médica está presente 24hs na unidade, sendo que no período da manhã (08:00 as 12:00h) e no período da tarde (14:00 as 18:00h) permanecem na unidade dois neonatologistas. Nos demais horários e nos finais de semana fica apenas um profissional responsável pelos recém-nascidos internados na unidade e pelo atendimento do bebê na sala de parto, no momento do nascimento.

A equipe de enfermagem possui uma jornada semanal de trabalho de 36 horas, sendo que os profissionais atuam divididos em 5 turnos de trabalho: um matutino (07:00 as 13:00h), um vespertino (13:00 as 19:00h) e três noturnos (19:00 as 07:00h). Em todos os turnos existe um enfermeiro e quatro a seis profissionais do nível médio (técnicos ou auxiliares de enfermagem). Além disso, em alguns meses do ano existem estagiárias de enfermagem desenvolvendo trabalho de conclusão de curso.

A psicóloga e a assistente social atuam em período integral (08:00 as 12:00h e 14:00 as 17:00h) somente nos dias de semana e atendem toda maternidade. Estes serviços contam ainda com estagiárias da UFSC que auxiliam diretamente neste atendimento. A nutricionista está presente em todos os dias da semana, no período da manhã e também atende a toda maternidade.

As fonoaudiólogas atuam em toda maternidade e no serviço de otorrinolaringologia sendo que, prioritariamente, permanece uma destas profissionais na unidade de neonatologia no período da manhã. As fisioterapeutas atendem os recém-nascidos que têm encaminhamento médico específico, estando à disposição da unidade, tanto no período matutino, quanto no vespertino.

Grande parte dos profissionais da equipe médica, parte da equipe de enfermagem, a psicóloga, a assistente social e a nutricionista estão atuando na unidade desde a sua inauguração, ou seja, um período de dez anos. Quase a totalidade dos profissionais participou do curso de capacitação promovido pelo Ministério da Saúde sobre o cuidado humanizado ao recém-nascido de baixo peso – Método Mãe-Canguru, sendo que apenas quatro membros da equipe de saúde ainda não foram capacitados oficialmente.

4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

A utilização da metodologia problematizadora com a aplicação do Arco de Charles Maguerez, descrito de modo genérico anteriormente, caracterizou-se como caminho metodológico para a operacionalização deste estudo. Para tanto, realizei junto a equipe de saúde da unidade de neonatologia alguns encontros⁴ – que denominei inicialmente de “oficinas” – visando proporcionar ao grupo, a oportunidade de socializar suas idéias e experiências, refletirem sobre sua realidade, analisá-la de forma crítica, buscando compreendê-la e transformá-la. Nesta perspectiva, a operacionalização da prática educativa ocorreu através de oficinas com os integrantes da equipe que manifestaram formalmente o desejo de participar.

Julgo importante destacar aqui que, apesar de minha percepção enquanto integrante desta equipe de saúde, e de já possuir algumas inquietações com relação a alguns pontos a serem debatidos (já apresentados na introdução deste estudo), procurei não definir previamente os temas a serem abordados nos encontros, uma vez que a metodologia problematizadora objetiva a participação dos atores envolvidos no processo, definindo o que os próprios participantes consideram relevante de ser discutido.

Inicialmente, a intenção era realizar uma oficina a cada quinze dias, com duas horas de duração, sendo que as mesmas seriam agendadas conforme a conveniência dos participantes. Também planejei que seriam realizadas tantas oficinas quantas fossem necessárias, apoiando-me para isso, tanto na resposta dos objetivos propostos para o estudo, quanto no interesse da equipe em continuar com as discussões.

Durante a realização da prática educativa foram realizadas doze oficinas. Os encontros ocorreram no período de outubro de 2004 a maio de 2005. A cada oficina era feito o agendamento do próximo encontro, bem como definido o tema escolhido como relevante pelo grupo. Os encontros tiveram aproximadamente duas horas de duração e foram realizados, em sua grande maioria, no período da tarde, sendo que não existiu um dia fixo para o desenvolvimento dos mesmos.

⁴ Os encontros ou as oficinas tratam de uma mesma atividade e para que o texto não se mostre cansativo, ora uso um termo, ora outro.

Os encontros foram sistematicamente planejados e operacionalizados por meio de um processo educativo/reflexivo, orientado pelos pressupostos de Paulo Freire, tendo suas dinâmicas desenvolvidas com base nas oficinas propostas por Nitschke (1999) e por Leite e Ferreira (1999) e criado por mim, conforme modelo:



Figura 2 – Dinâmica global de cada oficina desenvolvida com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

- 1ª etapa – acolhimento: momento em que se prepara o ambiente, buscando torná-lo acolhedor. São realizadas técnicas de relaxamento e/ou textos motivacionais sobre o assunto, de modo que se obtenha um primeiro momento de descontração, “quebra-gelo”;
- 2ª etapa – atividade central: momento em que é trabalhada a questão norteadora do encontro e discussão sistemática sobre o(s) tema(s) gerador(es) que for(forem) sendo proposto(s), orientado(s) pela estratégia do Arco da Problematização;
- 3ª etapa – auto-avaliação: momento de fechamento, em que cada um dos participantes é convidado a avaliar aquela oficina, propor alternativas para as vindouras, bem como são estimulados a expressarem seus sentimentos com relação ao encontro, pois acredita-se que

[...] a organização da experiência vivida e sua transformação em aprendizagem (o que aprendi com a vivência) obedece a um ciclo que, partindo da percepção (o que aconteceu), facilita a reflexão (como aconteceu e em que resultou) e propõe atividades de formalização (como isso fica pra

mim) e de expressões (o que isso me casou) (LEITE; FERREIRA, 1999, p.23).

A atividade central (2ª etapa) é considerada a etapa principal da prática educativa. É neste momento que se instala o diálogo efetivo, proporcionando aos profissionais de saúde momentos de discussões sobre os aspectos ligados a sua realidade, visando aprofundar a sua visão do mundo e possibilitando re-leituras, com vistas à transformação da sua própria realidade. Em síntese, esta etapa central é desenvolvida em cinco fases, de acordo com o Arco da Problematização proposto por Charles Margueres (BORDENAVE, 1994).

A primeira fase, denominada **observação da realidade**, é a etapa onde os profissionais são sensibilizados para expressarem suas percepções pessoais, fazendo uma primeira leitura da realidade e identificando a situação problema a ser analisada.

Na segunda fase, são apontados os **pontos-chave** do problema levantado, destacando do que foi compartilhado, o que é verdadeiramente importante para o grupo, buscando o entendimento do porquê do problema, à luz das crenças e valores da equipe, em relação ao MMC.

Numa terceira fase, procura-se aprofundar os conhecimentos acerca dos determinantes das causas observadas, passando então à **teorização do problema**. Os temas explorados nos encontros vão se constituindo como temas geradores de discussões e reflexões para instrumentalizar os profissionais da equipe de saúde neonatal a uma compreensão crítica da realidade.

Na quarta fase, momento onde se dá a **formulação de hipóteses** para o problema em estudo, ocorre o confronto das hipóteses levantadas, com a realidade vivenciada. As hipóteses de solução formuladas nascem de uma construção coletiva, refletindo o resultado do processo reflexivo, pois os participantes encontram suposições práticas e aplicáveis à realidade, com base na teorização.

Levantadas as hipóteses de solução, partimos para o próximo passo, que é a fase que possibilita a **intervenção na realidade**, ou seja, nesta fase espera-se que os membros da equipe de saúde estejam sensibilizados para um novo olhar no desenvolvimento do MMC. Cada oficina procura seguir as etapas propostas pelo Arco,

propiciando, a cada momento, uma re-leitura da realidade e o início de um novo processo.

Durante a prática educativa os registros dos encontros foram realizados por meio de um diário de campo. Este era elaborado após cada encontro, foram registrados os dados relativos às vivências, incluindo a presença e envolvimento dos participantes no processo, através da comunicação verbal e não verbal, bem como as minhas reflexões pessoais e aproximações teóricas que surgiram. Utilizei também fotos e gravações em fitas de áudio dos encontros, com a devida autorização dos participantes.

A avaliação deste processo ocorreu ao longo do mesmo, sendo que a análise dos dados coletados nas oficinas foi realizada através da seleção das falas e acontecimentos mais significativos com relação ao MMC e a vivência da equipe de saúde.

A análise global dos dados foi realizada em três fases, baseada nos modelos propostos por Morse e Field (1995) e Monticelli (2003).

Fase 1 – Coleta e organização dos dados: esta fase começou com a coleta dos dados, pois nesse momento iniciou-se, ainda que de modo esboçado, os procedimentos interpretativos e analíticos. Este processo teve como base as informações coletadas através de notas de campo, constando os relatos, diálogos e observações feitas do contexto onde ocorreram os encontros, e notas do pesquisador, constando os sentimentos do pesquisador em relação ao estudo, bem como as notas teóricas e metodológicas do processo.

Foi fundamental nesse momento, a organização dos relatos destas informações, uma vez que a partir da experiência cotidiana da equipe de saúde emergiam inúmeros dados e que eram muito diversificados.

Durante a prática educativa, eu encontrava, ao final de cada oficina, um universo enorme de informações. Para que estes dados não fossem se acumulando, eu procurei realizar a transcrição das fitas dos encontros integralmente o mais breve possível. A organização destas informações foi realizada, baseada no modelo proposto por Monticelli (2003), da seguinte maneira: dados da oficina, que corresponde a

transcrição literal das fitas, os dados “brutos” que se localizaram na primeira coluna à esquerda. No lado direito foram registradas as reflexões metodológicas, envolvendo dados referentes ao modo de condução do encontro, bem como as necessidades de intervenção (acertos e erros), em seguida, também do lado direito, as reflexões teóricas, que continham as interpretações feitas durante o encontro e as reflexões que foram surgindo durante a transcrição das fitas e análise dos dados (Apêndice A).

Fase 2 – Codificação: após a organização dos dados, iniciou-se a fase de codificação, que significou reconhecer, no relato das informações, palavras, frases, parágrafos ou temas-chave que persistiam nos relatos dos profissionais, ou seja, o código refletia o enfoque principal do diálogo que estava ocorrendo nas oficinas.

Para identificar os códigos provenientes de cada encontro, foi necessário ler, reler e refletir sobre as informações transcritas. Percebia então, a partir desse movimento, que os códigos começavam a serem definidos a partir de minhas reflexões teóricas. Por exemplo: se durante o encontro um profissional falou que “*o MMC promove o vínculo mãe-RN, desenvolve na mãe a auto-confiança para cuidar do bebê e aumenta a incidência do aleitamento materno*”, em minhas reflexões teóricas eu registrava que o profissional reconhecia as vantagens e a importância do MMC na assistência neonatal. Neste caso, o código identificado foi o MMC é importante e vantajoso no cuidado ao RN. Outro exemplo refere-se ao código: o MMC trata-se de um novo modelo de cuidado ao RN, que originou-se de falas como: “*o MMC é uma nova concepção de atendimento ao RN prematuro e sua família*”, ou ainda, “*é um modelo de assistência inovador, que visa humanizar os cuidados*”.

Fase 3 – Identificação dos temas emergentes: após identificar os códigos em cada encontro, eu partia para uma nova leitura destes dados, a fim de unir as informações comuns e as que apareciam com maior ênfase.

Concluída a fase 2, eu poderia escolher os códigos mais significativos em cada encontro e a partir destes, iniciar o processo de formação do tema emergente. O tema emergente representou o conjunto dos códigos com características similares e/ou que apresentavam uma relação de complementariedade. Desta forma, ao analisar os dados de cada encontro, encontrei um ou dois temas emergentes que representavam a ação-

reflexão-ação do grupo. Assim por exemplo: a partir dos códigos “o MMC como um novo modelo de cuidado ao RN” e “o MMC é importante e vantajoso no cuidado ao RN”, foi originado o tema emergente – **validade e valorização do MMC enquanto política de atenção neonatal**.

Esta fase exigiu bastante dedicação, concentração e habilidade, pois foi o momento de mergulho profundo nos dados, requerendo um processo de síntese, interpretação e abstração. Muitas vezes tive a sensação de estar perdida em meio a tantas informações e parecia ser impossível agrupá-las em um tema emergente. Como foram realizadas 12 oficinas com os profissionais da equipe neonatal, além de identificar o(s) tema(s) emergente(s) para cada encontro, precisava ter o cuidado de me certificar se aquele tema realmente era o mais significativo naquele encontro, ou seja, a todo momento precisava fazer um processo de ir e vir aos dados para garantir que os temas estabelecidos em cada encontro realmente expressem a essência daquela oficina, certificando-me que aquele encontro havia sido o que mais concentrara informações ou o que fizera emergir dados mais importantes para definir o tema emergente, mesmo que em outros encontros ele também estivesse presente, de maneira menos significativa.

Terminada esta fase, realizei uma reflexão acerca do(s) tema(s) emergente(s) de cada encontro, ancorada na literatura, à luz da Pedagogia Problematizadora. Foi neste momento que procurei dar significado a determinados achados (MONTICELLI, 2003), procurando contextualizá-los na realidade da vivência do Método Mãe-Canguru, no cenário na unidade neonatal.

É importante destacar também que, no final do processo de análise, percebi que os temas emergentes tinham estreita relação com os problemas identificados, em cada encontro. Em síntese, as informações de base, geradoras dos temas, estiveram amplamente apoiadas nos problemas levantados pelo grupo.

Apesar de realizar a descrição do processo de análise em fases sequenciais, julgo importante mencionar ainda, que o mesmo foi elaborado num movimento espiralado de constante ir e vir.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para Monticelli (2003), as questões éticas devem estar permeando todo o trabalho, e não apenas um particular momento; mesmo porque as idéias e princípios éticos não estão “no papel” e sim na vigência das inter-relações e nos processos comunicativos que são estabelecidos em comum acordo entre pesquisadora e “pesquisados”. A autora argumenta que é no calor dos encontros que o respeito ao ser humano, às suas idéias, à sua liberdade, à sua segurança, aos seus desejos de contribuir ou não com o estudo devem ser considerados.

Desta forma, este estudo respeitou os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, colocados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Os aspectos éticos assumidos durante o desenvolvimento deste trabalho foram os seguintes:

- o estudo foi desenvolvido mediante a autorização dos responsáveis pela instituição, bem como o consentimento para revelar o nome da mesma;
- a fim de assegurar os preceitos éticos do empreendimento científico, o projeto inicial foi encaminhado à Comissão de Ética da Instituição, através de um documento para solicitação de desenvolvimento do mesmo (Apêndice B);
- o trabalho a ser desenvolvido, bem como seus objetivos, foram apresentados para a equipe de saúde neonatal;
- as oficinas somente tiveram início e os dados foram coletados somente após a aprovação do projeto na Comissão de Ética da Instituição (Anexo 1) e assinatura do termo de Consentimento Informado (Apêndice C), pelos profissionais de saúde, sem que tivesse utilizado qualquer tipo de coação;
- o respeito ao direito de participar ou não do trabalho foi garantido, bem como a desistência, independente da etapa em que se encontrava o trabalho;
- o anonimato foi garantido, preservando sempre os valores éticos e morais dos participantes;

- os nomes dos profissionais são fictícios, em qualquer registro, preservando desta forma o respeito ao anonimato;
- o trabalho esteve disponível para os profissionais participantes, sempre que solicitado, sendo que me mantive permanentemente atenta para esclarecimento de eventuais dúvidas;
- as informações, análises e sugestões contidas no estudo estiveram balizadas por objetivos especificamente profissionais e científicos, baseadas no compromisso de responsabilidade, honestidade, respeito e dignidade;
- em todas as situações do desenvolvimento do estudo, procurei reconhecer minhas limitações, aceitando críticas e sugestões, buscando o aprimoramento científico em benefício da equipe, dos usuários da unidade neonatal e do crescimento profissional.

Outras questões éticas que surgiram ao longo do desenvolvimento do trabalho foram expostas e discutidas com a orientadora, a fim de solucioná-las ou encaminhá-las da melhor forma possível, respeitando os direitos dos envolvidos.

CAPÍTULO 5 – A METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA EM CURSO

5.1 MOVIMENTOS PRELIMINARES E ASPECTOS GERAIS

Em março de 2004, comecei a apresentar a minha proposta aos profissionais da equipe de saúde, através de conversas individuais ou com pequenos grupos, aproveitando os momentos em que a unidade estava tranqüila, durante as passagens de plantão ou mesmo conversando informalmente com vários profissionais ao mesmo tempo, com o intuito de levantar as percepções dos mesmos sobre a relevância do projeto que pretendia desenvolver com a colaboração da equipe. Nesta primeira aproximação, ao sentir que a proposta era acolhida, descrevi meus objetivos, planos e convidei os profissionais a participarem dos encontros, que seriam colocados em prática no segundo semestre de 2004.

A maioria dos profissionais mostrou-se motivada com a proposta e interessada em participar. Ouvi muitos relatos que me impulsionaram a planejar e programar as atividades:

- *“que boa idéia, acho muito importante os profissionais terem espaço para discutir a sua prática” (Violeta).*
- *“vou participar sim, acho que todos deveriam participar, vai ser muito bom para a equipe” (Rosa).*

- *“é uma proposta interessante, vai ajudar muito as pessoas a refletirem sobre o trabalho lá na unidade” (Hortênsia).*

Após apresentar o projeto, de modo mais detalhado, para todos os integrantes da equipe neonatal, parti então para a fase de preparação das oficinas, como uma das estratégias que julgava fundamental para dar início à prática educativa propriamente dita. Comecei a realizar leituras acerca do referencial teórico, bem como a outros estudos que haviam adotado uma proposta semelhante a minha.

Após aprofundar meus conhecimentos e introjetar o referencial teórico, comecei a delinear o planejamento das oficinas. Para a primeira, não estabeleci, de modo sistemático, nenhum roteiro prévio, pois entendia que aquele era o momento de formalização da proposta. Ative-me a identificar os pontos mais relevantes a serem apresentados ao grupo neste nosso primeiro contato coletivo.

Para os demais encontros, procurei estabelecer a dinâmica que contemplasse o desenvolvimento das três etapas propostas para cada uma das oficinas. Como o tema de cada encontro era definido anteriormente com o grupo, procurava escolher qual a melhor atividade para motivar as pessoas a refletirem sobre o tema proposto e organizava a 1ª etapa da oficina, seja com uma frase ou texto, seja com uma dinâmica de grupo ou ainda com uma música. Na 2ª etapa então era onde se vivenciava o Arco da Problematização propriamente dito. Para esta etapa, busquei textos que tivessem relação com o tema da oficina, para que o grupo pudesse realizar a teorização do assunto e deixava que o próprio grupo conduzisse as demais etapas, atuando como facilitadora deste processo. A partir daí, na 3ª etapa da oficina, além de avaliar o encontro e definir o tema para o próximo, distribuía um texto ou frase escolhida por mim previamente, também sobre o tema discutido no encontro.

Desta forma, realizei o planejamento das oficinas, aparando algumas arestas a cada encontro, possibilitando cada vez mais que o próprio grupo construísse o momento vivenciado. A seguir apresento alguns aspectos gerais dos encontros para, em seguida, aprofundar cada um deles em suas particularidades, procurando levar o leitor ao entendimento dos movimentos contínuos e espiralados do processo de ação-reflexão-ação do grupo.

A prática educativa foi desenvolvida através de encontros quinzenais com uma média de duração de duas horas e com representantes das diversas categorias profissionais que compõem a equipe de saúde da unidade de neonatologia. Os encontros, denominados de oficinas, foram realizados com o intuito de proporcionar ao grupo, a oportunidade de socializar suas idéias e experiências sobre o Método Mãe-Canguru, refletir sobre sua realidade, analisá-la de forma crítica, buscando compreendê-la e transformá-la.

O número de participantes por oficina variou de quatro a dez pessoas, sendo que, fizeram parte do estudo: uma psicóloga, uma assistente social, duas médicas neonatologistas, três enfermeiras, seis técnicas de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem, uma fonoaudióloga e uma estagiária de psicologia.

As oficinas foram programadas de acordo com as possibilidades do grupo, sempre negociando os dias de realização, a fim de que não compromettesse em demasia o trabalho na UTIN. O convite sempre foi extensivo a todos os profissionais; além disso, foi deixado na unidade um cartaz com data, horário e local para cada próximo encontro. Os encontros aconteceram pela manhã, das 10:00 as 12:00h, ou no período da tarde, das 14:00 as 16:00h, de forma alternada, e preferencialmente nas quartas-feiras – aspectos estes definidos pelos participantes. A maioria dos encontros foi realizada na sala de aula da maternidade (localizada próxima à unidade de neonatologia) ou, quando disponível, em uma sala na própria unidade, o que facilitou a participação dos profissionais mesmo durante o horário de trabalho. Um fator importante a ser destacado é que alguns profissionais da equipe de enfermagem participaram dos encontros, mesmo não estando em seu horário de trabalho, mostrando o comprometimento e reforçando a valorização de uma proposta como esta na prática diária da assistência. Durante os encontros os participantes sentaram-se em cadeiras dispostas em círculo, visando favorecer o contato, de forma que todos pudessem visualizar e ouvir quando cada pessoa estava colocando suas opiniões ao grupo.

Destaco ainda que durante todos os encontros os profissionais se colocaram, expondo suas opiniões, apresentando a realidade sobre sua ótica e que desta forma o grupo conseguiu socializar os diferentes modos de pensar e agir. Refletimos

coletivamente sobre as nossas ações, levantando os problemas do nosso cotidiano e buscando hipóteses de soluções para transformar a nossa realidade. Os profissionais mostraram-se bastante engajados e comprometidos com a proposta, o que me impulsionou cada vez mais a concretizá-la, reforçando a importância do processo educativo continuado no cenário da prática assistencial. A seguir apresento a ação-reflexão-ação do grupo construído ao longo destes encontros.

5.2 A AÇÃO-REFLEXÃO-AÇÃO DO GRUPO

Os encontros viabilizaram um processo educativo, uma vez que permitiu o desvelamento coletivo da realidade que cerca os profissionais de saúde, onde os conteúdos são gerados a partir das necessidades dos indivíduos, pelos interesses do grupo e com a participação efetiva de todos os envolvidos na ação. Desenvolveu-se na ação-reflexão-ação, mediatizada pelo olhar e agir crítico e criativo dos profissionais da equipe de saúde.

Segundo Costa (2002), a metodologia problematizadora tem por objetivo ampliar a capacidade do ser humano em se tornar um participante e um agente de transformação social, desenvolver no indivíduo a capacidade de observar a realidade imediata e circundante, detectar todos os recursos disponíveis e encontrar formas de organização do trabalho e da ação coletiva.

Na concepção de Freire, a educação problematizadora possibilita à pessoa envolvida visualizar, apreender e vislumbrar, não só a problemática do seu existir, como também, as possibilidades de transformação de sua realidade. Os participantes “[...] mais do que recebem informações a propósito disto ou daquilo, analisam os aspectos de sua experiência existencial [...]” (FREIRE, 1980, p.32).

Reibnitz (2004) destaca que a educação é um processo que vai além do ensinar, instruir ou treinar, ela envolve o ato político, o ato de conhecer e o ato de criar, sendo considerada assim um processo de formação que deve estimular a curiosidade, desenvolver a autonomia crítica e criativa do sujeito histórico competente.

A seguir, apresento a narrativa de cada uma das oficinas realizadas no desenrolar da prática educativa. É importante destacar aqui que optei por denominar cada encontro com um título específico, com a pretensão de traduzir o movimento de ação-reflexão-ação que estava ocorrendo com o grupo, naquele momento, fundamentado no referencial teórico-metodológico proposto por Paulo Freire.

Este relato, de cada um dos encontros, será apresentado em dois momentos distintos: no primeiro, descrevo o encontro, tal como ocorreu envolvendo as suas três etapas (acolhimento, atividade central e auto-avaliação) e logo em seguida apresento um diagrama representativo da construção do Arco da Problematização realizado pelo grupo, como uma síntese da experiência vivenciada. No segundo momento, realizo a discussão do(s) tema(s) emergente(s) que surgiu(ram) com mais força no decorrer do encontro. Ressalta-se que tal tema (ou temas) foi(ram) definido(s) a partir do problema identificado pelo grupo, no contexto do encontro. Para apresentar esta parte do estudo, optei por elaborar uma figura que representasse o esquema mental de categorização temática (a partir do problema discutido na oficina) e então, na seqüência, realizar o aprofundamento de minhas reflexões acerca do tema, ancorada na literatura, à luz da Pedagogia Problematizadora.

5.2.1 O “DAR-SE CONTA DO PROBLEMA” (1º encontro)

Ao iniciar as atividades e reforçar o convite aos profissionais da equipe de saúde para participação em nosso primeiro encontro, deparei-me com uma série de obstáculos. Muitos profissionais não poderiam estar presentes, por diversos motivos. Alguns, por terem dois, três empregos, outros por estarem estudando, outros por incompatibilidade de horários, alguns ainda por estarem em atividade na própria unidade, o que não lhes permitia participar. Contudo, estes percalços iniciais não me demoveram dos objetivos anteriormente delineados, principalmente porque percebia que havia uma certa inquietação dentro da equipe e eu acreditava que este sentimento poderia gerar energia suficiente para provocar algum nível de discussão. Desta forma, sugeri a formação de um grupo com representantes das diversas categorias profissionais. Esta proposta estimulou as pessoas, pois comprometeram-se a participar,

demonstrando motivação. Isto reacendeu novamente a chama para colocar em prática a proposta que há muito tempo eu vinha sonhando.

Eu estava ansiosa e um pouco preocupada, pois não sabia como seria estar reunida com as pessoas que trabalho diariamente, desenvolvendo um novo papel, o de pesquisadora, mediadora da prática educativa. Afinal, eu estaria ali, investigando a maneira de pensar e agir das pessoas, e isto me amedrontava. Por outro lado, eu tinha consciência de que já havia assumido, em oportunidades anteriores, diferentes papéis durante meu trabalho nesta unidade neonatal, e sempre com o apoio dos profissionais. Estas experiências, inclusive, haviam iniciado quando ainda era acadêmica da graduação, durante meu trabalho de conclusão do curso. Naquela época, desenvolvi na unidade uma prática assistencial com os recém-nascidos e seus pais, porém, era vista pelos profissionais como aluna de enfermagem. Depois, assumi a assistência como enfermeira de turno e logo em seguida, o papel de chefe do serviço de enfermagem neonatal, cargo que ocupo na atualidade. Como em todos estes papéis eu sempre havia sido respeitada pelos meus colegas de equipe, este era mais um fator que me impulsionava a assumir este novo desafio.

Para este primeiro encontro não preparei nenhuma dinâmica inicial, uma vez que meu objetivo era apresentar a proposta, destacar os aspectos éticos envolvidos no estudo e realizar um “contrato” para o desenvolvimento dos próximos encontros.

Neste nosso primeiro contato coletivo estavam presentes nove profissionais da equipe de saúde: uma enfermeira, uma médica neonatologista, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, quatro técnicas de enfermagem e duas auxiliares de enfermagem. O encontro aconteceu no ambiente da copa da unidade neonatal, no período da tarde, com duração de duas horas. Inicialmente, apresentei formalmente a proposta de trabalho ao grupo, destacando a justificativa da minha escolha pelo tema, contextualizando o MMC, descrevendo o desenho metodológico que estava propondo e as contribuições que, ao meu ver, estes encontros trariam para a reflexão crítica de nossa realidade frente ao Método. De imediato os profissionais presentes exteriorizaram percepções positivas acerca do tema a ser discutido, sendo que os depoimentos mostravam um certo comprometimento (ainda pessoal e individualizado)

com o projeto a ser desenvolvido em grupo e manifestaram interesse em ser parte integrante da discussão coletiva.

Após a apresentação inicial, foi aberto espaço para que os participantes pudessem se colocar e apresentar as sugestões e contribuições para a prática educativa. Algumas pessoas fizeram uma rápida avaliação de como estava o desenvolvimento do Método em nossa unidade; outras apontaram algumas dificuldades; outras ainda contaram histórias de suas experiências e vivências enquanto profissionais e sujeitos comprometidos com o “olhar humanizado” na unidade neonatal. Foi o primeiro momento em que se estabeleceu o diálogo entre os integrantes do grupo, começando a surgir alguns conceitos que eram valorizados pelos diversos profissionais, bem como os valores que cada um atribuía ao Método. Percebi que os depoimentos ainda eram colocados de modo bastante pontual e assistemático, entretanto, uma questão ficou bastante evidente para cada um de nós: que era hora de pararmos para pensar sobre nossa prática, sobre nossas limitações, sobre nossos desafios, inseguranças e propostas relacionadas com o MMC. Entre tantas expressões individuais, já se descortinava, naquele momento, um ainda nebuloso esboço de desejo de reflexão coletiva sobre a prática diária.

Um dos pontos mais importantes de discussão neste primeiro encontro foi o fato das mães (pais) estarem permanecendo na unidade apenas em pequenos períodos de tempo e não estarem realizando a “posição canguru” (o contato pele-a-pele propriamente dito).

- *“tem alguma mãe fazendo canguru agora?”* (referindo-se aos bebês da unidade que estavam estáveis e que não vinham realizando o contato pele-a-pele com suas mães) (Lírio).

- *“tem alguns bebês que poderíamos estimular a posição”* (Margarida).

- *“[...] é que a equipe se acomodou mesmo”* (Girassol).

- *“as visitas das mães estão muito curtas”* (Lírio).

À primeira vista, achei que a conversa estava girando em torno do “despreparo” ou mesmo da desmotivação das mães para permanecer em posição canguru com seus

bebês, mas conforme os depoimentos avançavam, ainda de forma desorganizada, já que muitos falavam ao mesmo tempo, fui percebendo que a questão não estava relacionada exatamente ao tempo que cada mãe ficava com o seu filho em posição pele-a-pele, e sim, ao fato de que os próprios profissionais da equipe não estavam apoiando, sequer incentivando esta prática dentro da unidade neonatal. Percebi que o momento e, particularmente, o espaço da oficina era fundamental para que as pessoas se permitissem falar ao mesmo tempo, expor suas maiores angústias, verbalizar conteúdos que o dia-a-dia engessava; afinal, naquela aparente “desorganização” de pensamentos, residia um conteúdo latente, importante e que anunciava a necessidade de reflexão.

Depois que muitos profissionais verbalizaram aleatoriamente tais inquietações, destaquei os aspectos éticos que seriam respeitados ao longo do trabalho e entreguei o termo de consentimento livre e esclarecido para aqueles que concordaram em participar da prática educativa que estava sendo proposta.

Além de poder apresentar o projeto, abri espaços para reflexão em grupo e encontrei pessoas que compartilhavam as minhas inquietações. O mais interessante deste encontro foi perceber, após dois dias, que muitas das mães cujos bebês estavam estáveis, passaram a realizar a posição canguru e estavam permanecendo por mais tempo na unidade. Esta situação contribuía para reafirmar o propósito, enquanto mestranda e enfermeira da unidade, de despertar a necessidade de reflexão por parte dos envolvidos para possibilitar uma mudança na prática. Pude perceber que, a julgar pelo entusiasmo e comprometimento dos integrantes daquele encontro – apesar do grupo neste momento ainda representar uma pequena parte da equipe de saúde –, que esta “pequena parte” poderia propor modificações na assistência prestada por toda a equipe da unidade.

Refletindo sobre o encontro...

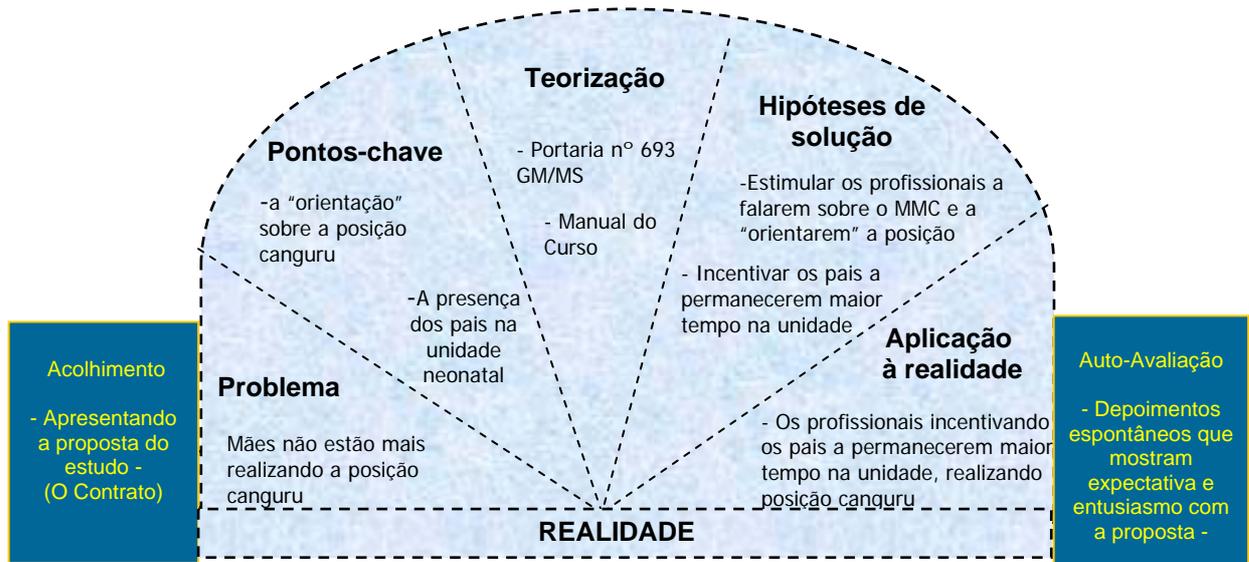


Figura 3 – Arco da problematização referente ao 1º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Ao apresentar minha proposta ao grupo de profissionais da equipe de saúde neonatal e possibilitar a estes um momento para parar e pensar sobre a sua realidade percebi que imediatamente os mesmos já foram impulsionados a reconhecerem fatos da sua prática diária que poderiam ser modificados.

Ao “dar-se conta do problema” os participantes do encontro apontaram a questão das “**mães não realizarem a posição canguru**”. Esta situação causa bastante desconforto entre os profissionais, uma vez que a premissa básica do Método Mãe-canguru é favorecer o contato pele-a-pele o mais precoce possível entre mãe e filho.

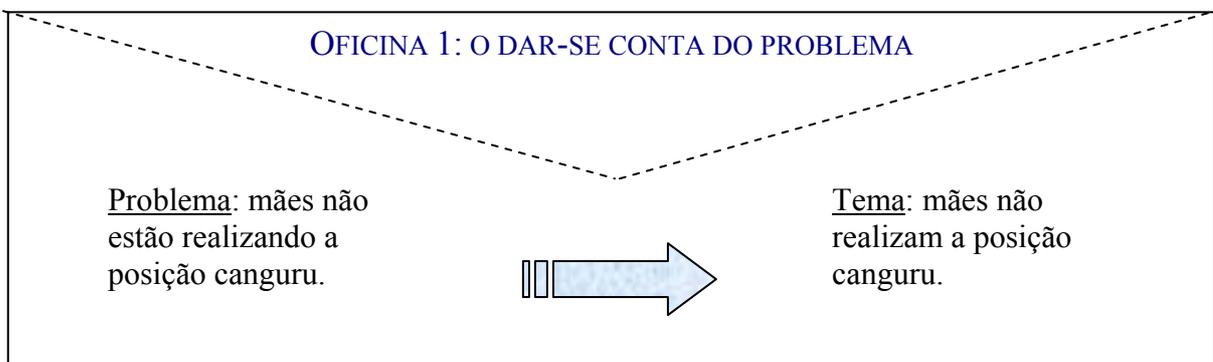


Figura 4 – Tema emergente do 1º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), só serão considerados como Método Mãe-Canguru os sistemas que permitam o contato precoce, realizado de maneira orientada, por livre escolha da família, de forma crescente, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde capacitada.

O MMC, ao ser implementado, tem o propósito de proporcionar ao recém-nascido prematuro o contato precoce com sua mãe, reduzindo seu isolamento nas unidades neonatais e propiciando o restabelecimento do vínculo afetivo mãe-bebê prematuro. Além disso, ao se colocar o prematuro pele-a-pele com ela, substitui-se o calor mecânico da incubadora pelo calor “humano” transmitido pela mãe, diminuindo assim os riscos de instabilidade térmica. O desenvolvimento do Método também propicia que a mãe seja ensinada e incentivada a cuidar do seu filho desde o início da vida, tornando-a apta aos cuidados com seu bebê (GUIMARÃES, 1998).

Existem evidências de que um contato íntimo da mãe com seu bebê prematuro pode interferir positivamente na relação desse bebê com o mundo. A pele, maior órgão do corpo, recebe estímulos sensoriais de várias magnitudes, e o contato pele-a-pele, que no MMC implica o contato cutâneo corpo/tórax entre o bebê prematuro e sua mãe, pode promover várias mudanças no organismo tanto de um como de outro. O conhecido efeito do contato pele-a-pele como um estimulador da liberação de ocitocina parece desempenhar um papel importante no comportamento da mãe e afetar positivamente o seu humor, facilitando o contato com o bebê (MATTHIESEN et al., 2001). Charpak, Calume e Hamel (1999) relatam em seu estudo, sinais de estabelecimento de uma relação afetiva mais precoce com o bebê e maior envolvimento dos pais nos seus cuidados e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Em uma pesquisa envolvendo 488 mães de bebês prematuros, Tessier et al. (1998) observaram que aquelas que realizaram o MMC se sentiram mais competentes e apresentaram melhor percepção das competências do bebê. Além disso, apresentaram menos sentimentos de estresse mesmo quando a estadia hospitalar foi prolongada. Esses sentimentos subjetivos podem ser entendidos como sinais positivos indiretos na formação do vínculo afetivo favorecido pelo MMC e poderiam ser

indicadores positivos para uma maior participação dos cuidados e na estimulação dos bebês, permitindo a eles uma atenção mais individualizada (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2002).

Apesar das inúmeras vantagens do Método, o nascimento de um bebê prematuro é quase sempre traumático. A necessidade de internação de um recém-nascido representa uma situação de estresse. De um modo geral, nas falas dos pais e mães fica evidente que a hospitalização do bebê é algo inesperado e traz uma situação de crise (ELIAS; MENEZES, 2002).

A mãe de um recém-nascido prematuro precisa enfrentar o medo e as dúvidas quanto à sobrevivência do mesmo, além do sentimento de culpa por ter gerado a situação que agora vivencia. Reações de fuga, afastando-se dos cuidados com seu filho são previsíveis. Somados a esses sentimentos, os pais podem apresentar dificuldades em expor seus sentimentos e comportamento de maneira espontânea, visto que o ambiente de uma unidade neonatal com toda a sua aparelhagem e tecnologia pode parecer estranho e assustador, além disso, a aparência de extrema fragilidade desse recém-nascido, causa temor em quem deseja tocá-lo (GUIMARÃES; SCHNEIDER, 2003).

O processo do nascimento prematuro poderá ser vivenciado pelas mães com menos angústia e sofrimento, se o profissional, além do domínio e competência técnica, tornar-se disponível para estabelecer interações efetivas com essas mulheres, transformando-se assim, em seus parceiros na experiência materna de vivenciar o nascimento do filho prematuro ou doente e a internação da criança na UTI neonatal (BELLI; SILVA, 2002).

É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a importância de se respeitar o tempo de cada família em relação à aproximação gradativa junto ao seu recém-nascido, auxiliando desta forma na superação dos obstáculos e no fortalecimento do vínculo afetivo.

Guimarães e Schneider (2003) apontam algumas atitudes que poderiam favorecer a adaptação da família a esta nova situação: os profissionais devem estar sensibilizados para propiciar às famílias o conhecimento de certos aparelhos e sua

importância, bem como o manuseio, com o objetivo de reduzir essa impressão negativa frente à unidade de internação. Devemos aproveitar o momento da visita para oportunizar o toque em seu bebê e sempre que possível devemos oferecer para que esta mãe realize os cuidados, buscando amenizar a sensação de incompetência e auxiliando na superação do medo em manusear um ser aparentemente tão frágil e pequenino. É necessário elogiarmos seus progressos e mostrar o valor da sua presença junto a seu filho.

Desta forma nós, profissionais de saúde, devemos incentivar e propiciar uma participação ativa da mãe nos cuidados ao recém-nascido, mantendo-a sempre informada sobre os acontecimentos diários de seu filho, estimulando-a a estar próxima e manter o toque carinhoso, conversando com seu bebê, proporcionando o contato pele-a-pele, encorajando-o a lutar pela vida e preservar um futuro com laços consistentes (GUIMARÃES; SCHNEIDER, 2003).

Os profissionais da equipe de saúde são os principais responsáveis pelo sucesso na implementação do MMC, ou seja, quando assumimos uma postura profissional de nos aproximarmos do binômio, reconhecendo suas expectativas e necessidades, sendo flexíveis e adaptando nossa assistência a cada família, com certeza estaremos favorecendo a inserção destes pais na unidade neonatal, auxiliando no desenvolvimento do vínculo afetivo, promovendo um maior contato pele-a-pele entre mãe e recém-nascido e assegurando o sucesso no atendimento a esta clientela.

Percebemos que, para que certas atitudes sejam modificadas, há um longo caminho a ser percorrido, e ainda há muito que ser repensado e discutido, no entanto, o primeiro passo já foi dado. Segundo Guimarães e Schneider (2003, p. 43) “muitas vezes o aparente desinteresse destas mães em canguruzar⁵ está fortemente relacionado à forma como é proposto e desenvolvido o Método, bem como a toda situação que a mesma está vivenciando”. A abordagem dos profissionais e a interdisciplinariedade são fatores fundamentais na superação dos obstáculos e na garantia de um cuidado integral e individualizado.

⁵ As autoras utilizam o termo no sentido de se manter o recém-nascido em posição canguru, ou seja, em contato pele-a-pele com a mãe, pelo maior tempo possível (GUIMARÃES; SCHNEIDER, 2003).

5.2.2 SABER A OPINIÃO DE TODOS (E DE CADA UM) FAZ TODA A DIFERENÇA (2º encontro)

Após a 1ª oficina, parti para a fase de preparação do próximo encontro, baseada nos temas que haviam emergido e que o grupo avaliou como mais importantes para serem discutidos, surgindo então a operacionalização da 2ª oficina. Neste momento, estava me sentindo bastante apreensiva, pois agora existia um grupo de pessoas também comprometidas com minha proposta e meus ideais. Era fundamental exercer o papel de mediadora e conseguir despertar nestes profissionais a importância de cada pessoa e do grupo como um todo, para que realmente pudéssemos estar repensando nossas atitudes e comportamentos com relação à forma como a assistência ao recém-nascido e sua família vinha sendo prestada.

Conforme havíamos planejado anteriormente, neste encontro faríamos um primeiro levantamento de nossa realidade. Pensamos em abordar sobre o que cada profissional pensava sobre o MMC, sobre como o mesmo estava sendo desenvolvido e quais as facilidades e dificuldades que vínhamos encontrando na prática diária. Para tanto, conforme minha proposta de operacionalização da oficina, planejei realizar inicialmente uma dinâmica para motivação do grupo. Optei em propor uma dinâmica que eu denominei de “Descrevendo o objeto”. Eu colocaria um objeto no centro do círculo, onde as pessoas estivessem sentadas, e solicitaria que cada participante fizesse uma descrição do objeto, por escrito. Após alguns minutos, cada pessoa apresentaria a sua descrição. Pretendia com esta dinâmica despertar nos profissionais a importância dos vários olhares sobre um mesmo objeto, uma vez que, certamente, cada pessoa descreveria o objeto da sua maneira, enfatizando alguns aspectos, de modo a suscitar no grupo uma reflexão sobre a importância de valorizar a opinião de cada pessoa.

O encontro ocorreu na sala de aula da maternidade, no período matutino, contudo, ao chegar a data e o horário acertado com o grupo para realização deste segundo encontro, observei que na sala havia apenas uma pessoa. Por um lado, fiquei feliz pelo comprometimento e empenho da mesma, pois ela havia saído de casa no seu dia de folga exclusivamente para participar do encontro. Por outro, fiquei meio sem jeito, pois não poderia realizar a oficina com apenas uma pessoa. Senti-me um pouco

frustrada, mesmo com a chegada de outra profissional, logo em seguida, que também havia saído de casa, antes do seu horário de trabalho, para participar da oficina. Como na hora marcada para iniciar o encontro havia somente duas pessoas, não consegui realizar a dinâmica que eu havia planejado para iniciar este encontro. Começamos então a conversar informalmente sobre a dificuldade de reunir os profissionais para refletirem sobre sua prática.

Decidi retornar à unidade e reforçar o convite aos demais. Aos poucos foram chegando outros profissionais. Então, com um pouco de atraso, conseguimos reunir cinco pessoas, entre estas: uma enfermeira, uma psicóloga, uma fonoaudióloga e duas técnicas de enfermagem. Neste momento, passamos para a segunda etapa da oficina.

Este segundo encontro caracterizou-se como o momento de conhecer a nossa realidade. O objetivo proposto, de modo negociado, era de conhecer a percepção de cada um dos profissionais sobre a implementação do MMC em nossa unidade. Foi solicitado que cada um descrevesse o Método, referisse o que sentia ou pensava e apontasse os pontos positivos e negativos (fragilidades) de sua operacionalização, na prática diária.

Começamos a discutir alguns pontos relacionados, principalmente, à primeira e segunda etapa do Método e também com relação a não incorporação, por parte de alguns profissionais, dos pressupostos e ações do MMC. Contudo, uma das participantes sugeriu a idéia de ampliarmos a visão do grupo, coletando dados com toda a equipe. Para tanto, foi levantada a hipótese que cada participante se responsabilizasse por um grupo de pessoas e obtivesse informações sobre o que cada um pensa sobre o Método para que, desta forma, pudéssemos sensibilizar um número maior de profissionais:

- *“eu acho que a opinião de cada um é importante, porque tem muita gente contra, que não participa da reunião e depois fica falando” (Rosa).*
- *“assim a gente vai ter um monte de opinião” (Violeta).*
- *“saber a compreensão de cada um sobre um determinado procedimento faz toda diferença” (Flor do campo).*

Como todo o grupo considerou válida a sugestão, dividimo-nos de modo que cada um ficasse responsável por coletar algumas opiniões e que essas seriam trazidas para o próximo encontro.

Nesta oficina tornou-se claro que a problematização propicia aos participantes sugerir mudanças durante o processo, permitindo que o grupo faça escolhas coletivas e decida sobre a melhor forma de conduzir o estudo, tornando os profissionais envolvidos responsáveis pela construção do conhecimento.

De acordo com o referencial teórico-metodológico, começo a perceber que o diálogo vem se apresentando, principalmente, como possibilidade de um aprender recíproco, com o objetivo de buscar uma ação e reflexão autêntica sobre a realidade individual e coletiva. Freire propõe encontros nos quais todos os participantes possam usar da palavra, em condições de horizontalidade; um lugar onde todos tenham as mesmas oportunidades de “ler” e “escrever” o mundo; um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências e que possibilite a construção coletiva do conhecimento (FREIRE, 1999).

Ao final da oficina, os profissionais estavam bastante satisfeitos e motivados, apesar de manifestarem um certo desconforto pela dificuldade de se afastar das atividades rotineiras para participar do encontro. Reforçaram também a importância destes momentos para repensarmos nossa prática e melhorar a qualidade da assistência.

Meu desânimo e frustração iniciais por ter encontrado dificuldades na realização da oficina conforme planejado e por não encontrar os profissionais no período combinado, foram aos poucos diminuindo, principalmente após a transcrição das fitas e conversas com minha orientadora. Consegui perceber que nos momentos em que o grupo se reúne, independente do número de pessoas que dele participa, há espaço para pensar e refletir sobre a prática assistencial que acontece na unidade e isto certamente poderia progredir para a constituição de um fórum de debates e diálogos que, se incentivado, levaria, progressivamente à mudança de nossa realidade com relação ao desenvolvimento do MMC.

Refletindo sobre o encontro...

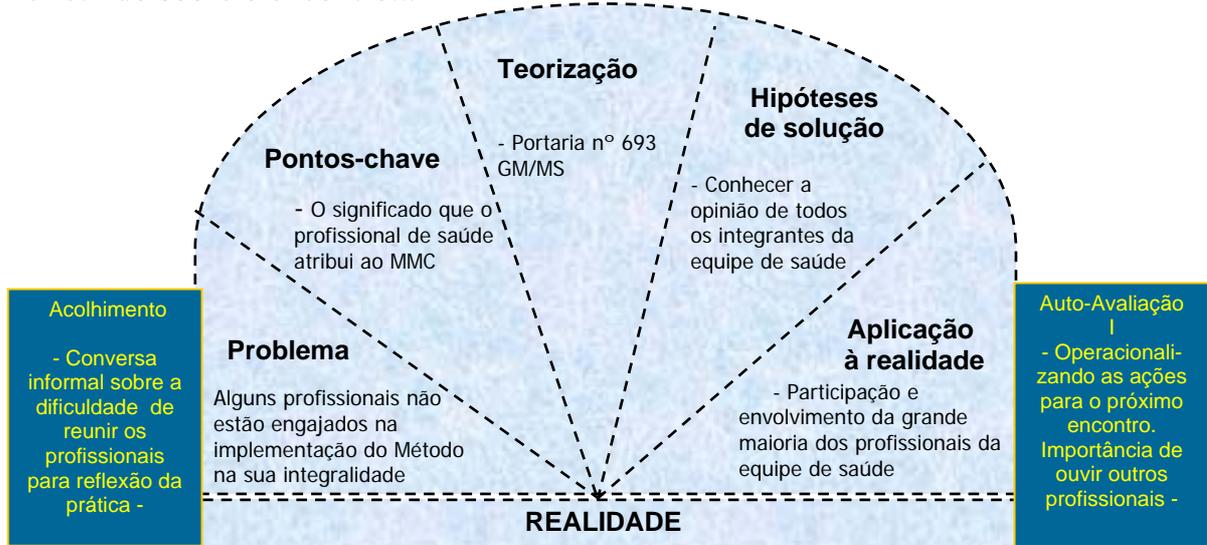


Figura 5 – Arco da problematização referente ao 2º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

“Saber a opinião de todos (e de cada um) faz toda a diferença”, quando se almeja alcançar um processo coletivo e amplo de desvelamento da realidade. Nesta perspectiva, dois pontos são fundamentais: a **“Participação e a inclusão”**. Os profissionais que estiveram presentes neste encontro foram de algum modo despertados para a necessidade de desenvolvimento deste processo educativo. Perceberam que era necessário envolver os outros componentes da equipe, de modo que mesmo os que estivessem “fora” do processo, se sentissem “dentro”.

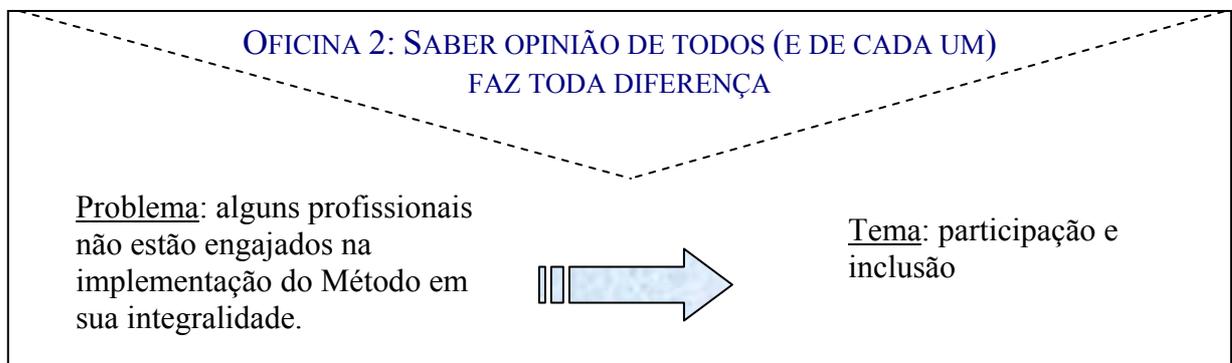


Figura 6 – Tema emergente do 2º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Neste encontro, os participantes ficaram bastante inquietos com a pequena participação da equipe nos encontros. Naquele momento, acendeu-se um sentimento de inconformismo com a situação. As pessoas ali presentes sentiram-se co-responsáveis por esta prática educativa que se iniciava em nosso meio. De alguma maneira, os profissionais foram motivados a buscar a inclusão dos demais. Houve um engajamento do grupo principalmente com a proposta de possibilitar a participação de todos.

O grupo, ao refletir sobre a importância de conhecer a opinião de todos os envolvidos na implementação do MMC, os que estão no grupo e os que não estão no grupo, vislumbra a possibilidade de ampliar a sua visão da realidade num movimento de busca, em que é possível conhecer as diferentes dimensões que caracterizam a essência desta proposta.

O sujeito que se abre ao mundo e aos outros inaugura com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento de busca (FREIRE, 1996). Freire (1996, p.86) afirma que “ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra”.

Neste sentido, a “participação enquanto exercício de voz” (FREIRE, 2000, p. 73) proporciona a todos da equipe a possibilidade “de ter voz”, expor suas idéias, seus conceitos, suas opiniões, buscando o engajamento de novas pessoas neste processo.

Heidmann (1994) descreve a participação como um espaço que instrumentaliza os indivíduos para a ação coletiva. Assim, buscou-se através da escolha feita pelos participantes do encontro, de coletar dados com os seus pares na própria realidade onde é desenvolvido o MMC, criar condições para que todos pudessem participar da discussão e reflexão acerca da implementação desta nova proposta de atenção neonatal em nossa unidade, permitindo desta maneira uma melhor reflexão sobre a maneira de pensar e agir dos profissionais, possibilitando o engajamento de outras pessoas e o início do processo de transformação desta realidade.

Feitosa (1999), ao discorrer sobre o método Paulo Freire, aponta que os educandos, ao dialogar com seus pares e com o educador sobre o seu meio e sua realidade, têm a oportunidade de desvelar aspectos dessa realidade que até então não

eram perceptíveis. Essa percepção se dá em decorrência da análise mais detalhada das condições reais observadas.

Freire esclarece que não podemos desconsiderar nos grupos o saber apreendido pela experiência, ou seja, sua explicação do mundo de que faz parte a compreensão da sua própria presença no mundo. Isto é o que ele chama de “leitura do mundo” (FREIRE, 1996, p.90).

Assim sendo, o grupo escolheu realizar uma leitura do mundo, um mundo do qual faz parte, procurando incluir todos os profissionais e buscando conhecer as diferentes facetas da prática cotidiana em que está inserido. Essa decisão, em minha interpretação, levava os participantes a poder conhecer melhor não somente a sua realidade e a de seus pares, mas também se conhecerem melhor. Após este passo, na opinião dos participantes do grupo, poder-se-ia atuar criticamente na constante busca pelos caminhos que levarão a transformação da realidade.

5.2.3 VISLUMBRANDO ALGUMAS POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO MÉTODO (3º. encontro)

No terceiro encontro, acredito que, em função da estratégia proposta anteriormente, novos profissionais estiveram presentes. A oficina aconteceu na sala de aula da maternidade, na parte da manhã. Participaram da oficina dez pessoas: uma psicóloga, uma médica neonatologista, uma assistente social, uma fonoaudióloga, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem e duas auxiliares de enfermagem. Os profissionais pareciam bastante motivados e ansiosos para compartilhar suas idéias e achados.

No período que antecedeu este encontro, durante quase quinze dias, foi muito interessante observar a movimentação e reflexão dos profissionais em pequenos grupos, coletando os dados. Durante o transcorrer da semana, percebi que muitos profissionais reuniram-se durante o turno de trabalho para discutir o tema proposto. Acredito que a sugestão do grupo tenha sido muito válida, pois foi uma oportunidade

de abrir espaços de diálogo entre os profissionais que não estavam participando dos encontros.

Iniciei o encontro implementando a dinâmica “Descrevendo o objeto”, que eu havia preparado para o encontro anterior e que não tinha sido possível colocá-la em prática. Coloquei uma caixa de bombom no centro do círculo, distribui um pedaço de papel e também uma caneta para cada participante e solicitei que descrevessem o que estavam observando. Os profissionais ficaram em silêncio, bastante atentos e concentrados. Depois de algum tempo, solicitei que eles compartilhassem suas anotações. As descrições se deram principalmente pelas características físicas:

- *“uma caixa azul com bombons desenhados” (Boca de leão).*
- *“uma caixa de bombons fechada, em cima de uma cadeira” (Rosa).*

Mas também, algumas pessoas colocaram como se sentiam em relação ao objeto:

- *“é uma coisa muito gostosa, que aquece o nosso paladar” (Violeta).*
- *“desperta a sensação de prazer” (Cravo).*

Foi um momento de descontração que permitiu aos profissionais se desligarem de suas atividades na unidade, ao mesmo tempo que proporcionou um momento de reflexão ao grupo. Percebemos que apesar de estarmos observando o mesmo objeto, cada pessoa descreveu o mesmo, de diferentes formas. Algumas destacando mais os aspectos físicos, outras os aspectos emocionais e afetivos, reforçando a necessidade de se obter as diferentes opiniões para conhecer a totalidade (sempre provisória) do objeto. O grupo passou a comparar a dinâmica com a nossa prática. Pensamos na importância do recém-nascido e sua família serem assistidos pelos diferentes profissionais, pois desta forma cada profissional poderia reconhecer as características e particularidades de cada família, permitindo um planejamento da assistência de maneira integral e individualizada.

Na 2ª etapa deste encontro, foram apresentadas as diversas opiniões coletadas, conforme o planejamento anterior. Foi importante perceber que muitos profissionais

concordaram com a proposta, expondo suas opiniões. Mesmo que não estivessem presentes, suas contribuições estariam, e isso, por ora, parecia satisfazer ao grupo.

Com relação ao Método Mãe-Canguru, a maioria aponta este como uma proposta de humanização da assistência que possibilita a participação da família no cuidado:

- “[...] metodologia que promove o atendimento humanizado ao recém-nascido e sua família, com enfoque no contato pele-a-pele precoce e crescente” (Bromélia).
- “[...] é uma nova concepção do atendimento ao recém-nascido prematuro e sua família na unidade neonatal; constitui em mudanças relacionadas ao ambiente físico e posturas referentes ao atendimento” (Hortênsia).
- “é um modelo de assistência que visa humanizar os cuidados com o recém-nascido prematuro ou de baixo peso e sua família” (Violeta).
- “método que preconiza assistência de forma humanizada ao recém-nascido de baixo peso, com o intuito de viabilizar um maior vínculo afetivo entre os pais e o recém-nascido, além de propiciar no aquecimento, ganho de peso e estímulo ao aleitamento materno” (Girassol).

Os pontos positivos repetiram-se muitas vezes, reforçando a idéia de que a grande maioria dos profissionais conhece as vantagens do MMC. Como potencialidades foram levantadas:

- “promove o acolhimento dos pais e familiares na unidade, desenvolve na mãe a auto-confiança para cuidar do bebê, aumenta a incidência do aleitamento, estimula os laços afetivos do bebê versus a família...” (Violeta).
- “favorece o contato que tanto o RN quanto os pais necessitam para sentirem-se seguros e favorece o amadurecimento do RN prematuro...” (Dama da noite).
- “maior vínculo mãe-RN / pai-RN, maior segurança para os pais nos cuidados, promoção do aleitamento materno...” (Bromélia).
- “vínculo constante entre mãe e RN, ganho de peso mais agilizado, segurança e conforto para o RN, diminuindo o tempo de internação” (Cravo).

Quanto às fragilidades, os principais pontos levantados foram:

- *“na 2ª etapa, o funcionário perde o controle da situação. Alguns funcionários têm dificuldade de lidar com aquelas mães inseguras” (Amor perfeito).*
- *“uma das maiores dificuldades é a aceitação do Método pelos profissionais e o acolhimento e envolvimento dos pais da criança na unidade” (Gérbera).*
- *“afastamento da mãe de sua casa por longos períodos, necessidade de área física adequada, necessidade de profissionais sensibilizados” (Bromélia).*

Após este levantamento de dados, conseguimos realizar uma primeira leitura do que a equipe percebe como potencialidades e fragilidades do MMC. A partir daí, o grupo optou por realizar os próximos encontros, refletindo sobre as principais fragilidades encontradas. Desta forma, os problemas levantados para a discussão posterior foram:

- a dificuldade de se implementar a primeira etapa do Método;
- a equipe não incorporar/não estar sensibilizada quanto as rotinas do MMC.

Neste momento, o grupo identificou os pontos de maior fragilidade em relação ao Método e que deveriam ser trabalhados com vistas a possibilitar uma reflexão da equipe, despertando a necessidade de transformação da realidade vivenciada.

Na 3ª etapa da oficina, os participantes fizeram uma avaliação do encontro.

- *“Está sendo muito bom estes encontros; é importante conhecer a opinião das pessoas da nossa equipe” (Rosa).*
- *“Acho muito bom estes momentos de troca, de podermos parar e refletir sobre nossas ações” (Violeta).*
- *“Foi muito bom oportunizar um espaço para as pessoas que não querem ou não podem vir às oficinas” (Cravo).*

Como facilitadora do grupo, fiquei muito satisfeita com a oficina. Quando ouvia os relatos dos profissionais, percebia a importância do meu trabalho e a necessidade que os profissionais têm de serem ouvidos, de estarem trocando suas experiências,

suas angústias. No final do encontro, abri a caixa de bombons e distribui entre os participantes.

Refletindo sobre o encontro...

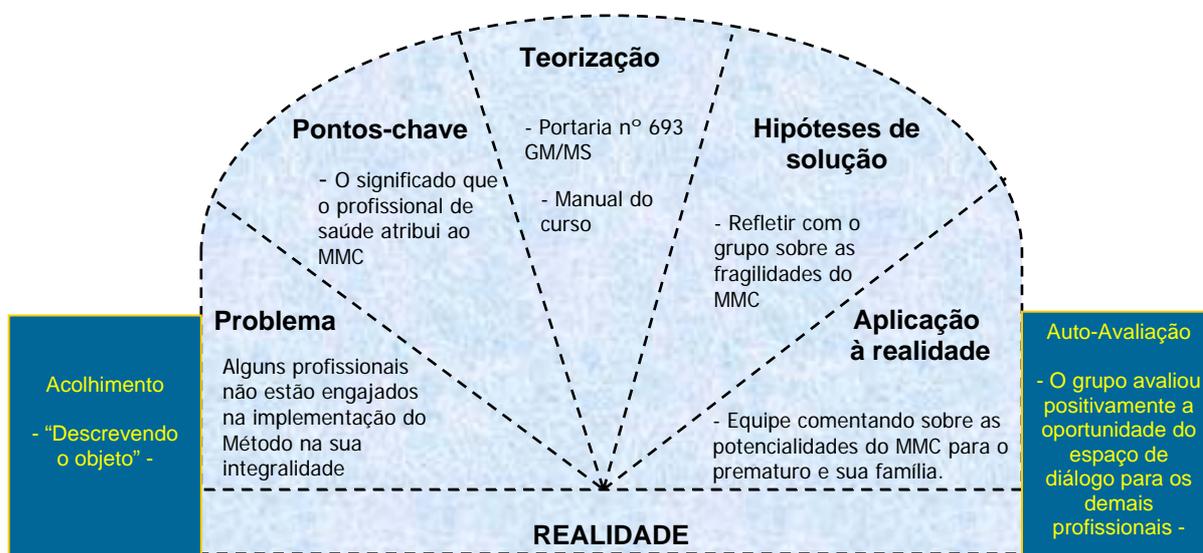


Figura 7 – Arco da problematização referente ao 3º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Ao vislumbrar “algumas potencialidades e fragilidades do Método” os profissionais apontam a “**validade e valorização do MMC enquanto política de atenção neonatal**” e descrevem as “**fragilidades na implementação do Método**”. Desta forma, a equipe reconhece a importância e as vantagens da aplicabilidade desta proposta enquanto prática de atenção ao recém-nascido e sua família, contudo reconhecem que no dia-a-dia ainda enfrentam algumas barreiras no desenvolvimento integral da proposta.

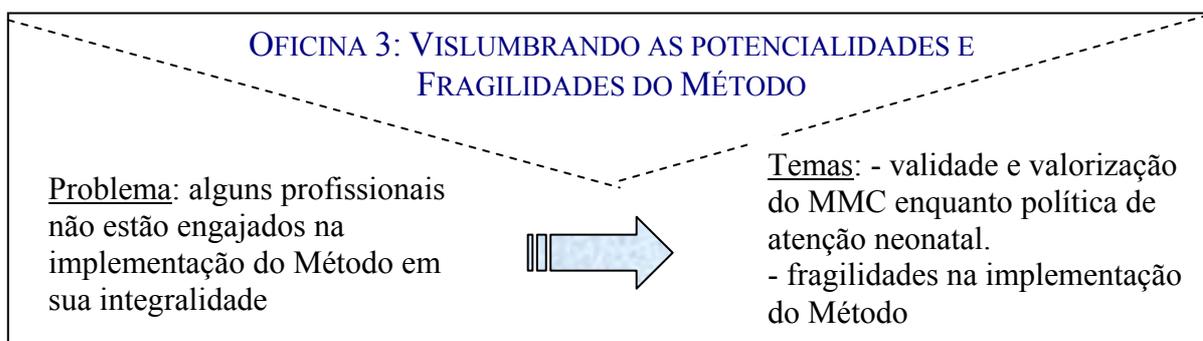


Figura 8 – Temas emergentes referentes ao 3º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Ao descrever o Método, os profissionais estão em consonância com a proposta do Ministério da Saúde enquanto política de atenção neonatal, ou seja, o MMC é definido como um tipo de assistência neonatal que implica no contato pele-a-pele precoce entre o binômio mãe-filho de forma crescente, permitindo, dessa forma, maior participação dos pais no cuidado com seu filho (BRASIL, 2000).

Segundo Furlan, Scochi e Furtado (2003) a adoção do MMC é uma estratégia essencial na busca da atenção à saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família. Caetano (2004, p.2) reforça a idéia de que “tal estratégia traz um novo paradigma de atenção ao implementar uma forma natural e humanizada de promover a adaptação e evolução desses bebês após o nascimento”.

A partir deste conceito e de sua experiência ao vivenciar o desenvolvimento do MMC, os profissionais percebem as vantagens do Método para os recém-nascidos e suas famílias. Dentre estas, os principais fatores de validação e valorização da proposta são: a promoção do acolhimento dos pais e familiares na unidade; a possibilidade de desenvolver na mãe a auto-confiança e a segurança para cuidar do bebê; o estabelecimento de maior vínculo recém-nascido/família; a promoção e maior incentivo ao aleitamento materno; a agilização do ganho de peso do bebê; a manutenção da temperatura corporal do prematuro e a sensível diminuição do tempo total de internação.

Vários autores têm confirmado estas vantagens em seus estudos, sendo assim, o MMC estimula o forte apego entre a mãe e o bebê; aumenta a produção de leite materno e promove o aleitamento materno; desperta na mãe o sentimento de que o bebê lhe pertence; estabiliza o batimento cardíaco, a oxigenação e a temperatura do bebê; desenvolve na mãe a autoconfiança para cuidar do bebê; diminui o risco de infecção cruzada e reduz o tempo de internação (PEREIRA, 2001; CHARPAK, CALUME, HAMEL, 1999); redução da morbidade e mortalidade das crianças nascidas com baixo peso a partir do MMC (CONDE-AGUDELO; DIAZ-ROSSELO; BELIZAN, 2002); o contato pele-a-pele acelerando o desenvolvimento do sistema nervoso e comportamental em crianças pré-termo (FELDMAN; EILDELMAN, 2003); a comparação do MMC com o modelo tradicional: efeitos na temperatura, peso,

comportamento para bebês prematuros (CHWO et al., 2002); a contribuição do contato pele-a-pele mãe-bebê para interação familiar (FELDMAN et al., 2003); além de estudos sobre a percepção positiva dos pais que vivenciam o Método (FURLAN; SCOCHI; FURTADO, 2003).

Apesar de já existirem vários trabalhos constatando a eficácia do MMC enquanto proposta de atenção neonatal e da validação e valorização do Método pelos profissionais que desenvolvem esta proposta na prática, estes ainda sinalizam alguns pontos de fragilidade na implementação do MMC.

Os pontos de maior fragilidade apontados pelo grupo são: alguns profissionais ainda não aceitam o Método como proposta de atenção neonatal; a falta de sensibilização de alguns profissionais para o desenvolvimento do Método; a dificuldade de acolher e envolver os pais na unidade; a necessidade de área física adequada; bem como o afastamento da mãe, de sua casa, e muitas vezes, dos demais filhos, por um longo período.

Neste sentido, Furlan, Scochi e Furtado (2003) destacam que a simples implantação do MMC em uma instituição não alcança os objetivos almejados, pois é necessária a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos no processo de transformação do modelo assistencial.

Mesmo com a implantação do MMC que, em tese, possibilitaria um cuidado integral e humanizado, não há garantias de mudança no modelo de atenção se os profissionais não forem capacitados com conhecimento e tecnologias para dar conta do novo recorte intelectual que instrumentaliza esta prática (FURLAN, 2002).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) também enfatiza a necessidade de mudança de comportamento e filosofia profissional para que a implantação dessa atenção humanizada não sofra solução de continuidade em nenhuma de suas etapas.

Contudo, mesmo com a recomendação de capacitação dos profissionais e com o desenvolvimento do Curso proposto pelo Ministério da Saúde, que tem como objetivo instrumentalizar os profissionais para a implementação do MMC, na prática, o que se percebe é a necessidade de uma reflexão constante sobre esta estratégia de atenção

neonatal e que nem todos os profissionais sentem-se seguros, dispostos e preparados para desenvolver este tipo de cuidado.

Outra fragilidade apontada foi o afastamento da mãe de sua casa por um longo período de tempo. Sabe-se que a mulher, por desempenhar diferentes e múltiplos papéis sociais, simultaneamente, como o de mãe, de esposa e de dona de casa, dificulta a ausência prolongada do lar e pode conduzir a interferências na vivência do MMC; sendo assim, a equipe deve permitir a flexibilização da permanência materna na unidade, possibilitando à mãe dividir seu tempo com o filho internado, com os afazeres domésticos, com o parceiro e com os outros filhos (FURLAN; SCOCHI; FURTADO, 2003). Além disso, é fundamental que a equipe de saúde procure conhecer a rede familiar que poderá apoiar esta mulher no desenvolvimento do Método, de forma a planejar, em conjunto com ela, a organização necessária para que a mãe consiga permanecer a maior parte do tempo disponível para o desenvolvimento do cuidado com seu filho internado (TOMA, 2003), ou ainda, que ela possa contar com o companheiro ou outras pessoas significativas da família, no sentido de auxiliar diretamente no desenvolvimento do próprio Método, sempre que esta mulher tiver que se afastar da UTI neonatal, ou mesmo desejar sair um pouco deste ambiente, para cuidar de si.

Segundo Guimarães e Schneider (2003) apesar das inúmeras vantagens proporcionadas pelo MMC, ainda se encontram obstáculos para sua efetiva implantação, entre eles estão o desconhecimento dos profissionais de saúde, os problemas sociais das mães e famílias e a falta de informação dos gestores de saúde sobre o assunto (CARVALHO, 2001). Charpak, Calume e Hamel (1999) completam dizendo que as dificuldades estão relacionadas, sobretudo, a uma certa resistência por parte dos profissionais, diante das mudanças de atitudes que a implantação do Método implica.

Portanto, acredito que somente através da avaliação contínua do desenvolvimento do Método, enquanto proposta de atendimento em nossa realidade, poderemos reconhecer as potencialidades e fragilidades desta metodologia, buscando

desta forma reforçar e valorizar as potencialidades e minimizar ou redimir as fragilidades.

5.2.4 PERCEBENDO-SE “PARTE DO PROBLEMA” (4º encontro)

No quarto encontro, o grupo refletiu sobre o desenvolvimento da primeira etapa do MMC em nossa unidade. O encontro ocorreu na sala de aula da clínica médica II, na parte da manhã. Estiveram presentes oito membros da equipe de saúde: quatro técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, uma enfermeira, uma fonoaudióloga e uma psicóloga. O grupo demonstrou bastante interesse em compartilhar suas idéias, percepções e experiências, possivelmente porque a 1ª etapa do MMC era a que estava sendo vivenciada com maior intensidade por todos os profissionais da equipe neonatal do HU, na prática.

Lamy (2003) esclarece que a primeira etapa deve iniciar no momento em que o recém-nascido chega na UTIN, sendo que a equipe de saúde deve funcionar como um elo entre o bebê e sua mãe, até que possa se estabelecer o primeiro contato mãe-filho. Aos poucos, os profissionais devem estimular a mãe/família a estabelecer contato com o recém-nascido, através do primeiro toque, a retirada do leite e a participação nos cuidados. Quando os pais estiverem prontos, o que envolve tanto o desejo materno de contê-lo pele-a-pele quanto a estabilidade clínica do bebê, pode ser iniciada a prática da posição canguru que, nesta etapa, geralmente acontece uma vez por dia, ao lado da incubadora. Com o passar dos dias, o bebê vai melhorando gradativamente, alcançando a estabilidade clínica, dispensando o uso de algumas tecnologias, e ganhando peso até atingir os critérios para ser encaminhado para a segunda etapa.

Como dinâmica inicial do encontro, trouxe um texto denominado “Meu primeiro ambiente depois que deixei o útero de minha mãe” de autoria da enfermeira Sônia Maria Polidório Pereira (Anexo 2), que fala da percepção do bebê prematuro sobre o cuidado recebido na unidade de terapia intensiva neonatal, sob a ótica da enfermeira. Escolhi este texto porque o mesmo retrata o momento em que se inicia a primeira etapa do MMC. Os profissionais ouviram atentos a leitura do texto.

Em seguida, solicitei que cada participante expressasse seu sentimento e percepção sobre a primeira etapa do MMC. Os profissionais falaram livremente acerca da implementação da mesma na unidade neonatal, sendo que a maioria apontou esta como a etapa mais importante do Método e a que necessita maiores mudanças de atitudes por parte dos profissionais, como expressam os seguintes depoimentos:

- *“na verdade a primeira etapa é tudo, a filosofia tá toda na primeira etapa, todo pensamento que a gente tem que ter do cuidado humanizado. Esta etapa tem que ter envolvimento de todo mundo [...]”* (Boca de leão).

- *“pra mim a primeira etapa é a mais importante, porque é o que a filosofia veio trazer de novo [...]. São todos os cuidados com o bebê, porque assim a gente vai minimizar as seqüelas que ele pode ter. Através da luz, da diminuição do som, do manuseio moderado, da contenção, da diminuição dos estímulos, enfim, estamos pensando na qualidade neurológica [...]”* (Violeta).

Apesar de reconhecerem a necessidade de haver mudanças comportamentais por parte dos profissionais, bem como a necessidade de se proceder algumas mudanças no ambiente físico da UTIN, que auxiliem na implementação adequada desta etapa, a equipe aponta a necessidade de redução de estímulos ao recém-nascido (luminosidade, ruído, procedimentos) e o envolvimento dos pais nos cuidados como sendo a maior dificuldade vivenciada neste primeiro momento. A resistência a certas mudanças fica clara, através dos relatos do grupo:

- *“envolve o primeiro contato, a acolhida da mãe nesta unidade. Em relação ao bebê, procurar realizar o menor número de procedimentos possíveis, favorecer momentos de conforto e descanso. Eu acho que aos poucos a equipe vem se ajustando, mas ainda temos muita dificuldade em diminuir o barulho dentro da UTI”* (Amor perfeito).

- *“a primeira etapa é assim por demais sutil; é a estrada que eu acho mais difícil a gente fazer porque envolve muita mudança; o pessoal às vezes deixa o celular ligado, deixa o rádio na unidade, são coisinhas mínimas que fazem parte dos ruídos de fundo e que podem seqüelar a cabeça desse bebê”* (Violeta).

- *“às vezes, quando eu vou com uma fraldinha para conter, quando eu entrego uma glicose na mão, que eu peço para botar o dedinho de luva, é porque eu tô pensando no cérebro do bebê, porque naquele momento ele tá recebendo luz, barulho, celular, televisão e dor, tudo ao mesmo tempo, então pelo menos se eu enrolar, der uma glicosinha pra ele e fazer esse procedimento em dupla eu tô fazendo o mínimo, então na minha cabeça, apesar de pra alguns ainda parecer bastante radical, não é possível que a enfermagem aja de maneira diferente”* (Flor do Campo) (referindo-se às técnicas utilizadas e recomendadas pelo Ministério da Saúde durante os procedimentos invasivos para minimizar os estímulos dolorosos).

Foi consenso do grupo que a equipe já vem avançando bastante nesta proposta. Muitos profissionais preocupam-se em envolver os pais nos cuidados, mesmo no período mais crítico do recém-nascido. De maneira geral, a equipe vem buscando organizar o cuidado de forma a proporcionar o menor número de estímulos ao bebê. Contudo, percebemos que nossa equipe tem potencial para melhorar ainda mais essa forma de atenção. O grupo apontou como hipóteses de solução: a necessidade de se realizar um trabalho de educação contínua, proporcionando a reflexão com os profissionais sobre o desenvolvimento neurológico do bebê, sobre as técnicas para minimizar os estímulos e melhorar a qualidade da assistência; realizar discussões em pequenos grupos (talvez por turnos de trabalho) para que os profissionais possam refletir sobre sua prática; continuar reforçando no dia-a-dia a necessidade de certas mudanças de atitude e comportamentos dos profissionais frente ao Método; orientar os pais e familiares sobre a importância de sua presença na UTIN; e de se manter alguns cuidados com relação ao ambiente.

Reforçando a necessidade de se repensar na assistência prestada dentro do ambiente da UTI neonatal, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) enfatiza que, quando o bebê prematuro é levado para a UTI neonatal, encontra um ambiente extremamente diferente daquele que estava adaptado. O nível sonoro é alto e as luzes são fortes e contínuas. O bebê passa a ser excessivamente manuseado tanto para os cuidados de rotina, quanto para procedimentos intrusivos e até dolorosos, muitas vezes sem cuidados adequados para redução do estresse e da dor. Destaca-se ainda que o recém-nascido reage, em face deste ambiente, com algum gasto energético que pode

influir negativamente em termos fisiológicos do desenvolvimento do sistema nervoso central e até da interação mãe-bebê.

Ao final do encontro, fizemos uma avaliação em que os profissionais relataram bastante satisfação, pois refletiram sobre suas atitudes no dia-a-dia da assistência, conseguiram avaliar suas ações e discutiram sobre as mudanças que já ocorreram e sobre as que ainda se fazem necessárias.

Esta oficina proporcionou um momento rico, pois possibilitou ao grupo avaliar sua prática diária, despertando em cada profissional a consciência crítica sobre seu papel, enquanto cuidador de um recém-nascido que se encontra neste momento à mercê dos acontecimentos e passível de inúmeras seqüelas que poderão comprometer sua qualidade de vida para sempre. O grupo concluiu que, a partir do momento que se conseguisse despertar a consciência crítica de cada indivíduo, poderíamos alcançar um processo de mudança coletivo da realidade.

Refletindo sobre o encontro...



Figura 8 – Arco da problematização referente ao 4º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Ao “perceber-se como parte do problema”, os profissionais, enquanto refletiam sobre a primeira etapa do MMC, constataram que a simples implantação do Método como forma de atenção humanizada ao recém-nascido e sua família não garante a

melhoria e qualidade do atendimento e que há “**A necessidade de mudanças de atitudes dos profissionais para garantir a integralidade do desenvolvimento do MMC**”.

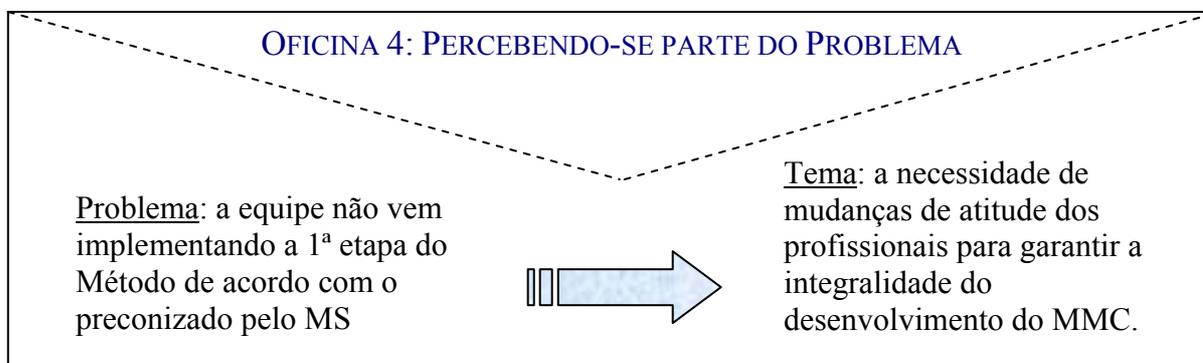


Figura 9 - Tema emergente do 4º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

A unidade neonatal, conforme Mendes (1997) é, para o neonato, um local de garantia de sobrevivência, onde se busca sua recuperação e a conservação do seu bem-estar. Por outro lado, a mesma unidade constitui um sítio gerador de desconforto, desgaste físico e emocional, já que os recém-nascidos são submetidos às determinações da equipe. Para esse autor, os cuidados ao neonato devem ser executados racionalmente, isto é, respeitando os efeitos dos procedimentos e planejados para conservar a energia dos bebês. Concordo com Sparshott (1991 apud MENDES, 1997) quando diz que se o profissional entende os sinais do bebê, ele pode atender as suas necessidades. Porém os cuidados de rotina implicam em manipulação, interrupção do sono e repouso e, algumas vezes, dor. Esta, de acordo com Mendes (1997), é uma relação complicada entre o neonato e o profissional.

O recém-nascido internado na UTI procura organizar-se em meio a um cotidiano de procedimentos clínicos que lhe são invasivos. Afinal, ao contrário do bebê nascido a termo – que dispõe de aproximadamente 20h de sono por dia nas primeiras semanas de vida –, o recém-nascido prematuro ou doente pode ser submetido a duzentos e trinta e quatro intervenções por dia, cuja soma implica apenas quatro horas por dia para repouso (BUSNEL, 1997).

É importante enfatizar que o recém-nascido prematuro reage face a este ambiente e cotidiano de procedimentos com algum gasto energético que pode se refletir negativamente em termos fisiológicos do desenvolvimento do sistema nervoso central e até na interação mãe-bebê (BRASIL, 2001a).

A premência dos cuidados médicos dificulta a regulação do ciclo sono-vigília, contribuindo para o estresse do prematuro. Outro fator de perturbação é o nível excessivo de ruídos, tendo em vista o fato de que na maioria das unidades neonatais ultrapassa-se em muito o índice máximo recomendado pela Associação América de Pediatria, ou seja, 55 decibéis. Um estudo recente traça algumas equivalências: o tamborilar dos dedos sobre a incubadora corresponde à campainha de um telefone; o abrir e fechar as portinholas da incubadora provoca um barulho semelhante a de uma britadeira e fechar uma gaveta da incubadora assemelha-se ao ruído de um motor de ônibus (COSTENARO, 2000). Essa hiperestimulação do sistema nervoso central do recém-nascido que ainda se encontra em formação é nociva ao seu desenvolvimento (BRAGA; MORSH, 2003).

O manuseio que os bebês muito pequenos precisam em seus cuidados diários – como troca de fraldas e alimentação – pode ser estressante, pois exige dele uma reação muito grande e demanda muito esforço para conseguir retornar ao equilíbrio no qual encontrava-se antes do manuseio. Assim sendo, Moreira et al. (2003) descrevem que para atender melhor o bebê internado e sua família, é importante que o ambiente físico possa ser modificado da seguinte maneira: diminuir o nível de ruídos e o som; reduzir a quantidade de luz; dar maior atenção ao posicionamento do bebê; utilizar tratamentos menos estimuladores e reduzir o número de vezes em que o bebê é incomodado.

Como já se enfatizou, o MMC proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) tem a preocupação de difundir uma nova visão da assistência ao recém-nascido que necessita ser internado em uma UTI neonatal. Isso implica fundamentalmente numa mudança de atitude no manuseio do bebê de baixo peso. Por meio desta nova forma de cuidar, os profissionais são convidados a cuidar integralmente desse bebê do ponto de vista clínico e de suas relações iniciais. Dessa forma, é imprescindível ter a

compreensão do conjunto de questões envolvido nesse modelo de assistência (LAMY, 2003).

Existem vários estudos mostrando que o meio ambiente e a forma como são cuidados os bebês prematuros poderiam interferir no seu desenvolvimento. Diante deste fato, há a sugestão de algumas propostas de intervenção neonatal, com a finalidade de resguardar o bebê e oferecer estímulos adequados para minimizar os efeitos perversos da intervenção maciça, impostos pelas necessidades orgânicas dos bebês. Para fazer frente a essa realidade, foram desenvolvidos e adotados programas com alguns critérios, como redução da luminosidade e do ruído do ambiente e adequação da postura facilitadora na incubadora a fim de propiciar a auto-organização e o auto-consolo da criança, além de medidas para o controle da dor e a possibilidade de períodos de descanso e sono, ações desta natureza estão sendo incorporadas aos poucos pela equipe da unidade neonatal em questão, como mencionaram Violeta, Amor perfeito e Flor do campo durante o encontro. A associação destas medidas protetoras, com a possibilidade da presença dos pais na unidade neonatal, sua participação nos cuidados e o contato pele-a-pele trouxeram novas perspectivas para uma estimulação positiva para esses bebês. A presença dos pais possibilita mais facilmente o contato pele-a-pele que, por sua vez, permite a estimulação tátil “proprioceptiva” e protege contra a sobrecarga de estímulos aversivos, compreendendo um método aceitável para estimular adequadamente o desenvolvimento neurocomportamental do bebê (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004).

Neste sentido, devemos destacar, como o fez Boca de leão, que é necessário o envolvimento de todos. É fundamental que o profissional da equipe neonatal reflita sobre o seu fazer diário, procurando tornar-se mais perceptivo e sensível, buscando visualizar a diferença que pequenas mudanças de atitudes em suas ações rotineiras pode causar na redução do estresse e na qualidade do desenvolvimento desse bebê e família.

É necessário que o profissional perceba a importância de suas ações, pois como afirma Freire, “quanto mais eu assumo como estou sendo e percebo a ou as

razões de ser porque estou sendo assim, mais me torno capaz de mudar” (FREIRE, 1996, p.44).

5.2.5 SE A PROPOSTA É COLETIVA... (5º encontro)

Na quinta oficina, de acordo com o que foi negociado pelo grupo, iríamos discutir sobre a não incorporação das rotinas por parte da equipe neonatal, ou seja, o fato de alguns profissionais ainda não estarem sensibilizados quanto às recomendações do Ministério da Saúde com relação ao desenvolvimento do MMC. Porém, como no encontro anterior já havíamos de certa forma refletido sobre a incorporação do Método, como uma proposta válida dentro do contexto da atenção neonatal, como algo que realmente é valorizado pelos profissionais que ali atuam, o grupo considerou oportuno ampliarmos a reflexão para a perspectiva do trabalho em equipe.

O encontro aconteceu no ambiente da copa da unidade neonatal, no período da tarde. Participaram desta oficina sete profissionais: uma assistente social, uma médica neonatologista, uma fonoaudióloga, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem. O grupo demonstrou bastante interesse em poder avaliar e refletir se realmente o cuidado prestado em nossa unidade vinha se desenvolvendo de maneira coletiva, ou seja, se o grupo de profissionais da unidade neonatal estava trabalhando em equipe, de maneira integral. As atitudes demonstradas por cada um dos participantes também revelaram entusiasmo em abrir espaço para a discussão da validade da proposta do MMC enquanto política de atenção em neonatologia.

Inicialmente, foi feita uma dinâmica que denominei de “Tempestade de idéias”. Solicitei às pessoas do grupo que pensassem nas palavras que, para elas, representassem o trabalho em equipe. Cada participante foi apontando uma, duas palavras e eu fui registrando em um cartaz: *união, respeito, companheirismo, cooperação, tolerância, colaboração, objetivos comuns, entrosamento*. A partir destas idéias iniciais, o grupo fez uma breve discussão sobre o que entendia por “trabalho em equipe”, sendo que a partir das compreensões referidas durante a oficina, elaboramos a seguinte definição: é um grupo de profissionais unidos e entrosados em prol do mesmo objetivo, que atuam com companheirismo, num processo de cooperação mútua.

A partir deste primeiro levantamento de idéias, solicitei então que avaliassem como era o “nosso” trabalho em equipe dentro da unidade neonatal. Percebemos que apesar de sermos um grupo multidisciplinar, muitas vezes nossa prática ainda encontrava-se fragmentada, ficando de um lado os profissionais que atuam diretamente com o bebê, ou seja, a equipe de enfermagem e a médica, e de outro lado, os profissionais que prestam serviços ditos de apoio, como a psicologia e o serviço social. Ainda constatamos que, por diversas vezes, o foco do nosso cuidado é divergente, uma vez que, estando na UTI, o recém-nascido passa a ser quase que foco específico da equipe médica e de enfermagem, enquanto a psicologia e o serviço social têm sua atenção mais voltada à mãe e toda sua rede social de apoio:

- *“acho que enquanto equipe, atuamos de maneira adequada. Pelo menos a equipe de enfermagem e a equipe médica atuam em conjunto e quando é necessário solicitamos o serviço de apoio” (Girassol).*

- *“[...] é, geralmente a psicóloga e a assistente social vem à unidade quando são solicitadas, senão ficam trabalhando com as mães e seus familiares. Não acho que estes sejam serviços de apoio; também fazem parte da equipe, só não estão realizando atividades diretas com o bebê” (Hortênsia).*

- *“acho que enquanto o bebê está na UTI, grave, nossa assistência está toda voltada para salvar a vida dessa criança. Só vamos nos preocupar com os pais, quando ela está mais estável. Acho que neste momento a psicóloga e assistente social estão por fora, dando atenção às mães” (Lírio).*

Através desta releitura de nossa realidade, pudemos perceber que, em nossa unidade, o trabalho em equipe encontra-se bastante frágil. Os profissionais ainda estão fragmentados em dois grandes grupos; de um lado, a equipe médica e de enfermagem, além da fonoaudióloga, que prestam assistência direta ao recém-nascido, e de outro, a equipe formada pela psicologia, serviço social, fisioterapia e nutrição, que atuam de maneira indireta na unidade, ou quando solicitadas. Desta forma, acreditamos que a assistência muitas vezes está prejudicada, pois a mesma vem sendo privada da possibilidade de se estabelecer de maneira interdisciplinar, favorecendo a

multiplicidade de olhares, permitindo desta forma que o recém-nascido e sua família possam receber cuidados integrais e individualizados.

Gaiva e Scochi (2004) destacam que o trabalho na saúde, na maioria das vezes, é um trabalho coletivo, mas nem sempre ele é um trabalho de equipe. As autoras entendem que o trabalho em equipe multiprofissional não é somente um agrupamento de profissionais de áreas distintas, atuando coletivamente. Há que se ter articulação entre os profissionais, conexões entre saberes e intervenções distintas.

Com o intuito de promover a integralidade na dinâmica de atuação dos profissionais, levantaram-se como hipóteses de solução: a possibilidade de realizarmos uma passagem de plantão conjunta dos recém-nascidos internados, com a presença de representantes das diferentes categorias profissionais, de forma a incluirmos as diversas facetas do cuidado ao recém-nascido e sua família, enquanto proposta de atenção individualizada; a necessidade de uma atuação mais direta dos serviços ditos “de apoio” na unidade, propiciando a troca de saberes entre os profissionais; e a importância de que sejam mantidos grupos de discussões entre os integrantes da equipe, como um fórum de diálogo permanente, para continuar a realizar avaliação da assistência prestada aos recém-nascidos e suas famílias.

É importante mencionar aqui, que o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) recomenda que a passagem de plantão não seja realizada de forma separada entre as equipes, que ela deve incorporar as equipes de enfermagem, médica, psicólogo, assistente social, dentre outros, evitando o risco de adotarmos uma visão dicotomizada do bebê e por outro lado, evitando muito do estresse surgido por falhas na comunicação entre diferentes categorias.

Ao final do encontro, realizamos uma avaliação onde os profissionais exprimiram contentamento por estarem se permitindo momentos de parar, pensar e refletir sobre suas atitudes, e sobre como estão trabalhando no dia-a-dia. Distribuí a todos um cartão, com os seguintes dizeres:

Todo trabalho desenvolvido deve estar fundamentado na integração da equipe, tanto no que diz respeito à atuação interdisciplinar, quanto na responsabilidade de todos com relação a ações de humanização. Não é possível pensar a atenção de forma fragmentada, com um grupo de profissionais responsáveis pela assistência de terapia intensiva e um outro responsável pela humanização (GIANNI; GOMES, 2002). É fundamental que haja na equipe uma sincronia, que a implantação do Projeto Mãe-Canguru abra espaços para reflexões sobre a prática assistencial, dificuldades e potencialidades da equipe, buscando cada vez mais a humanização do cuidado, no compromisso de melhorar a qualidade da assistência neonatal e com a certeza de que um ambiente humanizado favorece não só os bebês e suas famílias, mas também toda equipe interdisciplinar.

Solicitei que uma das participantes lesse o cartão para o grupo, sendo que ao final da leitura, a mesma comentou: *“exatamente o que conversamos durante todo o encontro: a necessidade de integramos nossas ações”* (Girassol).

Percebi, naquele momento que, enquanto as recomendações do MMC não fossem questionadas e refletidas na prática, os profissionais não estariam implementando cuidados integrais e individualizados aos recém-nascidos e suas famílias, ou seja, não haveria transformação do modelo assistencial vigente e nem mesmo teríamos a fundamental oportunidade de discutirmos a proposta governamental em sua integralidade.

Refletindo sobre o encontro...

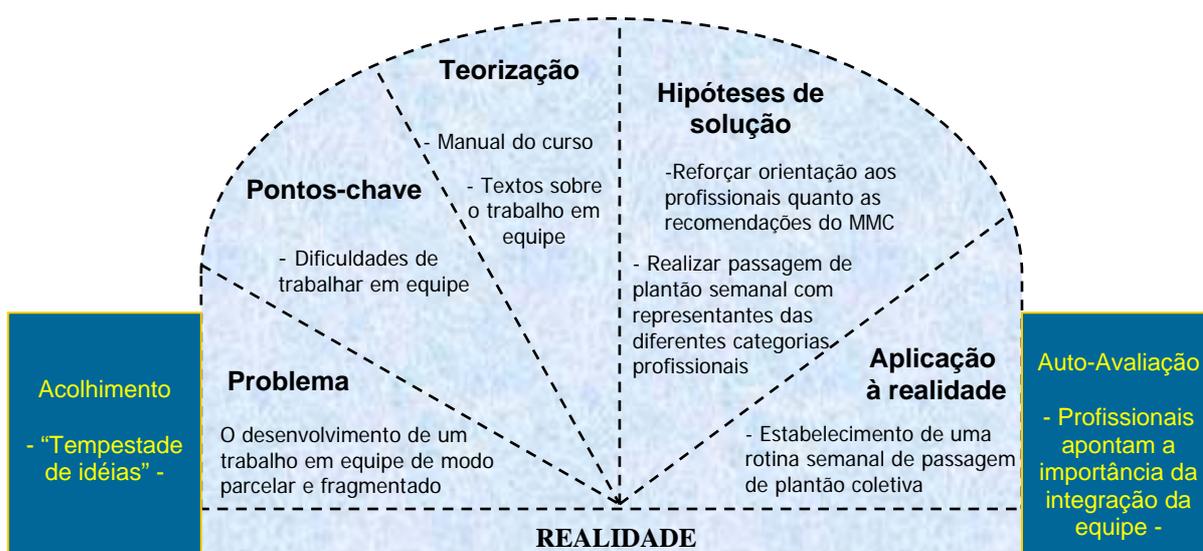


Figura 10 – Arco da problematização referente ao 5º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Entendendo que “a proposta é coletiva”, os participantes refletiram neste encontro sobre o trabalho da nossa equipe, percebendo que é necessária a “**Promoção da integralidade das ações dos profissionais da equipe**”. Para a implementação do MMC, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) recomenda a formação de uma equipe multiprofissional que conheça toda a extensão do Método e esteja devidamente capacitada para que a proposta de atenção humanizada não sofra solução de continuidade.

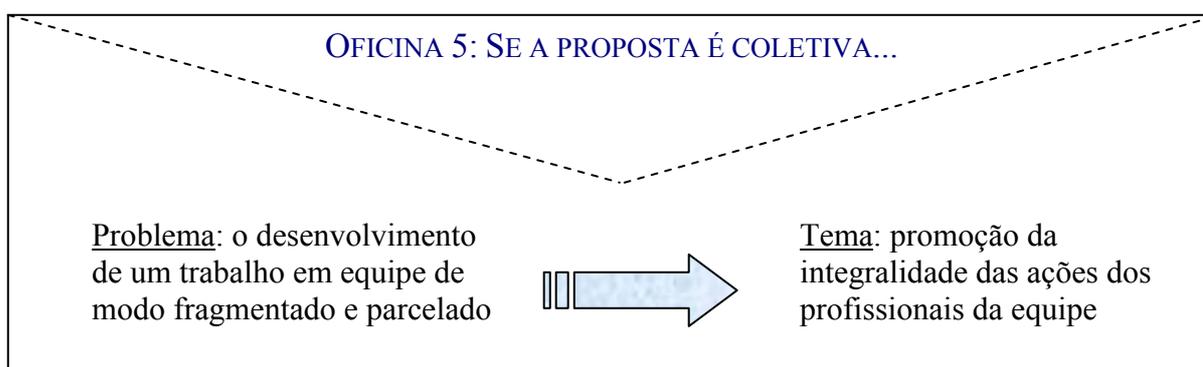


Figura 11 – Tema emergente do 5º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Para Campos (1992, apud BRASIL, 2001a), um grupo de profissionais só configura uma equipe, quando opera de modo cooperativo, convergindo seus objetivos para uma dada situação, de forma a haver complementaridade e não soma ou superposição.

Segundo Gaiva e Scochi (2004) o trabalho em equipe é configurado como a possibilidade de construção de um projeto assistencial comum ao conjunto de profissionais. O trabalho em equipe nas unidades de terapia intensiva envolve esforços de todos os elementos na busca de um único objetivo, que é o de prestar assistência de qualidade (SHIMIZU; CIAMPONE, 2004).

Neste sentido, Girassol destaca no encontro a necessidade de integramos as ações dos profissionais da equipe neonatal. Gianini e Gomes (2002), reforçam esta idéia ao descrever que, os profissionais responsáveis pelo serviço de neonatologia têm a tarefa de promover a integralidade na dinâmica de atuação dos profissionais, buscando estratégias que garantam a continuidade entre as três etapas da “atenção humanizada” (GIANINI; GOMES, 2002, p. 5), através da sensibilização e adesão de

toda equipe. Estas autoras assinalam ainda que é necessário que grupos de trabalhos sejam constituídos, para que se possam debruçar melhor sobre um tema em particular e lançar novos conhecimentos para todos. “O conhecimento compartilhado é um grande catalisador de mudanças e crescimento” (GIANINI; GOMES, 2002, p.5).

A construção do trabalho em equipe requer, também, a explicação e o enfrentamento dialógico de conflitos, buscando uma dinâmica de flexibilidade das regras, negociações e acordos entre os agentes, e requer o compartilhar de decisões e responsabilidades (GAIVA; SCOCHI, 2004).

Guimarães (1998), a partir de sua experiência no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, recomenda que a troca de idéias se dê de forma cotidiana e contínua entre os profissionais, com jeito de rotina, incorporada à prática diária do MMC. Esta prática deve contemplar pareceres sobre encaminhamentos e desenvolvimento de cada caso ou sobre novas técnicas para o desenvolvimento das condições físicas e emocionais do bebê ou ainda sobre cuidados e apoios específicos a determinadas mães, numa clara demonstração de que, para uma assistência integral à saúde, em qualquer nível, as contribuições específicas das várias profissões da área são fundamentais.

Shimizu e Ciampone (2004), ao realizarem um estudo sobre as representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva, apontam a necessidade de criação de espaços institucionais que proporcionem maior interação entre os membros da equipe, onde os sujeitos possam verbalizar os sentimentos de ansiedade, de insatisfação, de dor, de insegurança e de conflito, vivenciado nas relações com os pacientes, com familiares, com a equipe de trabalho e com a instituição.

Lamy e Morsh (2001) referem-se a um espaço para discussão de situações vivenciadas no dia-a-dia, tanto do manejo com a criança como com a família e mesmo entre seus integrantes como forma de melhorar as condições de trabalho para a equipe.

É fundamental que os seres humanos envolvidos no cuidado ao recém-nascido e sua família estejam abertos, receptivos, dispostos a utilizar suas possibilidades e potencialidades para transformar sua existência e buscar melhorar e implementar as

maneiras de cuidar, ensinar e aprender o cuidado neonatal (CARVALHO, 2001). Corroborando com Freire (1981), nunca é demais enfatizar que o ser humano é capaz de criar, recriar e transformar o mundo e a si próprio na busca contínua de *ser mais*.

Somente voltando nosso olhar para a nossa maneira de implementar o MMC e buscando a introjeção de uma prática integral e individualizada, de compartilhamento e co-responsabilidade, poderemos não só compreender as situações vivenciadas pelos recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva e suas famílias, mas também, ter uma melhor compreensão de nós mesmos, enquanto seres humanos e profissionais da equipe de saúde e dos outros profissionais que convivem conosco no cotidiano. Esse parece ser o “espírito”, a emoção e a crítica que envolvem os participantes do grupo, no atual momento.

5.2.6 OLHANDO PARA DENTRO E PARA FORA (6º encontro)

Na 6ª oficina estavam presentes cinco profissionais, entre estes: uma médica neonatologista, uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga e uma técnica de enfermagem. Neste encontro, o grupo manifestou uma certa indignação pelo número pequeno de profissionais envolvidos nas oficinas, porém este fato não deixou com que as pessoas que estavam presentes deixassem de participar de maneira ativa e parece até que com maior motivação, como se quisessem justificar a importância deste espaço de reflexão coletiva.

O tema a ser refletido, nesta oficina, de acordo com a sugestão do próprio grupo, era “o sujeito do cuidado da equipe de saúde da unidade neonatal”. Como dinâmica inicial os participantes foram divididos em dois grupos, com o objetivo de confeccionar cartazes que descrevessem os sujeitos do nosso cuidado. Foi distribuído material de apoio, como: cartolinas, revistas, canetas coloridas, para que os mesmos pudessem expressar suas opiniões.

Primeiro os profissionais começaram a procurar imagens que representassem o sujeito de cuidado na UTIN, segundo a concepção de cada um individualmente e após

esta primeira etapa, começaram a refletir e discutir coletivamente, sobre a melhor forma para caracterizar suas concepções, “no papel”.

Após confecção dos cartazes (Apêndice D), cada grupo apresentou suas idéias:

- *“primeiro o bebê, onde tudo começa, no útero da mãe. Depois o casal, que representa os pais grávidos [...]. O sujeito passa a ser esse trinômio (mãe-pai-filho). Os avós que representam toda rede de apoio e a equipe, porque querendo ou não, também fazemos parte. Porque estamos sempre presentes nesse momento. [...], a mão que representa a questão do cuidado. Neste momento temos que cuidar da família toda, que chamamos de família prematura. Depois a foto de um bebê maior, representando a qualidade de vida que a gente pode dar para ele. O nosso foco de cuidado, tudo começa com o bebê, mas tudo que está em torno dele também é nosso sujeito de cuidado” (Grupo 1).*

- *“a equipe tem um sujeito de cuidado, mas é importante lembrar que ela também é sujeito de cuidado. Porque a equipe também precisa ser trabalhada, ser cuidada, para poder oferecer cuidado. [...] Na neo, ali é a família, a princípio, a mãe, o pai, o núcleo. Eles são sujeitos do cuidado, pais prematuros. Ainda tem a rede de apoio, que são também sujeitos de cuidado. Eles serão os cuidadores do bebê. [...] O objeto, a finalidade da assistência é a saúde, tida num sentido mais amplo, não só o aspecto biológico, e a meta final é a qualidade de vida para a família” (Grupo 2).*

Após esta etapa inicial, passamos para a 2ª etapa da oficina, onde refletimos sobre os dados apontados nos cartazes. É importante perceber que após o relato dos grupos, fica muito claro que o sujeito da nossa assistência, ou seja, o ser humano envolvido no cuidado neonatal, não é somente o recém-nascido prematuro, mas sim toda a família, as pessoas significativas que estão relacionadas com este bebê e os profissionais da equipe de saúde que atuam na unidade neonatal.

Conforme Barbosa (1995), na assistência em UTI, temos que ter em mente que a assistência plena não se fará apenas dentro do contexto da unidade, mas além dos limites físicos do hospital. Frente a isso, pode-se conceber uma assistência mais ampla, buscando alcançar a proximidade com o todo do cliente. O recém-nascido,

considerando sua singularidade, não é um ser isolado, e a presença das pessoas significativas significa o início das suas relações com o mundo fora do hospital.

Freire (1987) descreve o ser humano, apontado neste encontro como o sujeito de cuidado, como um ser complexo, singular, histórico e inconclusivo que, criando, re-criando e transformando a si e a seu mundo, busca continuamente ser mais em suas relações sociais e em seu processo de viver. É um ser de relação, não existe como um ser isolado. Tudo o que faz, sente e pensa só tem significado nas suas relações com os outros seres humanos e com o mundo.

Desta forma, os profissionais da saúde, o recém-nascido e sua família estão num constante inter-relacionamento entre eles e com o mundo que os cerca, e é no seio destas relações que cada ser humano vai criando e re-criando sua concepção de mundo, transformando a si mesmo e desta forma transformando o mundo que os cerca. Neste caso específico, auxiliando estes sujeitos a superarem as dificuldades do nascimento prematuro.

Ainda nesta oficina, os profissionais refletiram um pouco sobre a inserção dos pais na UTIN e as transformações que a presença destas pessoas vem trazendo para a assistência ao recém-nascido.

- *“Depois que começamos o Canguru, a equipe passou a ver família como sujeito de cuidado também. Antes a gente só via o bebê. Hoje em dia, a equipe já está incorporando, pelo menos a mãe a gente trata como se fosse um só, o binômio”* (Rosa).

- *“Acho que é uma grande mudança, essa dimensão educativa, isso não era comum. A enfermagem sempre foi muito intervencionista. A gente vê muito isso na atenção primária, mas no hospital, dentro da UTI... A enfermagem foi sempre assim de tarefa, prática, essa parte de se relacionar com os pais, lidar com essa dimensão educativa dentro da UTI é uma revolução. Parece que não tem sentido esse trabalho de educação, de receber bem a mãe, de estar junto...”* (Hortênsia).

- *“Acho que o Método veio para mudar o tipo de assistência. Deixando de ser, de maneira exclusivamente intervencionista, passa também a promover a saúde da família e da rede de apoio” (Violeta).*

- *“... depende da pessoa, tem gente que acha que é frescura, os pais presentes o tempo todo na UTI. Quando a gente tá acostumada a fazer alguma coisa que é considerada certa, de repente vem alguma pessoa ou estudo e diz que tem que ser diferente. A gente tem que respirar fundo e começar a mudar” (Lírio).*

Nestes relatos, fica claro que o MMC de alguma forma está transformando o paradigma da assistência neonatal, seja por favorecer a presença da família na unidade, seja por estimular a educação como uma constante no ambiente da UTIN. Ainda, podemos perceber que algumas pessoas apresentam uma certa resistência a mudanças, e que toda esta transformação deve ser pensada e refletida por todo o grupo de profissionais da unidade, a fim de alcançar uma sincronia nas ações de saúde e garantir uma assistência de qualidade ao recém-nascido e sua família.

Antes do encerramento, o grupo realizou uma avaliação do encontro:

- *“é uma terapia vir para estes encontros, ficar aqui fora longe da correria do trabalho, fazendo o cartaz, pude refletir sobre a forma como venho desenvolvendo minhas atividades” (Rosa).*

- *“é bom parar e pensar um pouquinho no que estamos fazendo, trocar idéias” (Lírio).*

- *“a cada encontro percebemos algum ponto que ainda precisamos melhorar; algo que podíamos fazer diferente” (Girassol).*

Outra vez confirma-se a necessidade de se manterem espaços de diálogos entre os profissionais da equipe de saúde. É necessário manter um movimento de reflexão-ação-reflexão para promover a transformação da realidade e garantir uma assistência adequada, de modo contínuo e não apenas pontual.

Refletindo sobre o encontro...

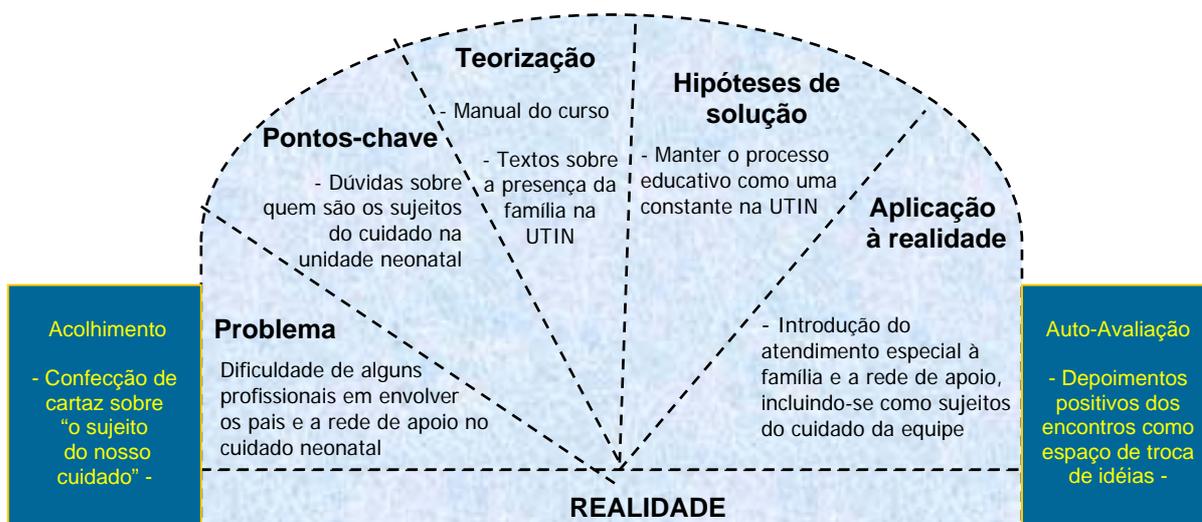


Figura 12 – Arco da problematização referente ao 6º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

“Ao olhar para dentro e para fora”, os profissionais conseguiram conhecer qual o sujeito do seu cuidado em sua prática diária e ao mesmo tempo perceber como a equipe vem delimitando o foco da sua atenção no dia-a-dia da assistência neonatal. Com isso, percebemos que estamos **“Ampliando o nosso sujeito de cuidado para além do recém-nascido prematuro, envolvendo a família e suas interações”**.

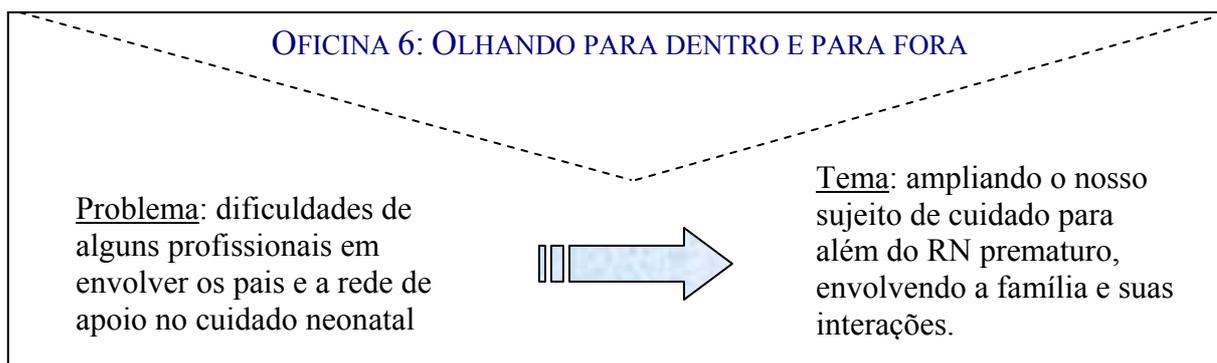


Figura 13 – Tema emergente do 6º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Segundo Carvalho (2001), em se tratando de assistência neonatal, é preciso ter em mente que o nosso cliente não é apenas o recém-nascido, mas também sua mãe e toda sua família. Por isso, o foco de cuidado deve ser centrado também em sua família e não somente limitado ao bebê. Ao olhar para a família na unidade neonatal, amplia-

se a abordagem do cuidado para além do bebê prematuro, que comumente é o foco da atenção da equipe de saúde neonatal, pois o que se considera são os seres, que ligados a ele, se interagem e movem de forma a estar próximo e dar assistência dentro do ambiente hospitalar (CAETANO, 2004).

Caetano (2004) enfatiza ainda o fato de que é preciso que tanto a enfermagem como os outros membros da equipe atuantes no MMC considerem o bebê, a mãe e os membros da família como clientes, ou seja, como seres em interação social, potencialmente ativos e parceiros na atenção e no cuidado com a criança. Wong (1999) reforça esta idéia ao afirmar que ao trabalhar com crianças, os profissionais de saúde devem incluir a família em seu foco de cuidado.

Scochi (2000) indica que o foco da assistência na UTI neonatal, que antes cuidava apenas da sobrevivência dos bebês, hoje direciona-se à sobrevida de crianças neurologicamente intactas, de onde emergiram os conceitos de cuidado centrado na família e de cuidado individualizado de apoio ao desenvolvimento.

Cabe ressaltar também, que ao recebermos um recém-nascido para os nossos cuidados, é prioritário lembrar que ele não existe sem sua mãe e que esta traz consigo o companheiro e seus familiares, de quem necessita e espera apoio, atenção e a possibilidade de partilhar todas as suas experiências no momento. O bebê tem a sua história, que é aquela do seu grupo familiar, com sua dinâmica familiar e seus integrantes, com seus papéis e funções (CARVALHO, 2000).

Neste encontro, foi importante perceber que assim como vários autores apresentam a necessidade de ampliar o nosso foco de atenção, também os profissionais descrevem esta importância e percebem que aos poucos isto vem se incorporando em nossa prática diária.

Corroborando com Carvalho (2000), é importante que a equipe de saúde se preocupe e mantenha atenção com o atendimento das necessidades da família, para garantir a criança o desenvolvimento do vínculo afetivo, assegurando sua evolução satisfatória como ser humano. Neste sentido, a relação de cuidado com o recém-nascido emerge como sendo uma relação de parceria, na qual as responsabilidades precisam ser compartilhadas, pelos pais/familiares e profissionais da equipe de saúde,

visando a promoção da qualidade da assistência ao recém-nascido e sua família (CARVALHO, 2000).

5.2.7 “SENSIBILIZANDO” A REALIDADE (7º encontro)

Em nosso sétimo encontro, conforme combinado anteriormente, iríamos refletir sobre a presença da mãe/família na UTIN e a participação dos mesmos nos cuidados com o recém-nascido. Nesta oficina estavam presentes oito profissionais: duas enfermeiras, uma fonoaudióloga, uma psicóloga, uma assistente social, duas técnicas de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem. O encontro aconteceu na sala de aula da maternidade, no período da manhã. Os participantes estavam bastante motivados e avaliando de maneira positiva a forma como vinham sendo realizados os encontros, contudo, ainda verbalizavam certo incômodo pelo fato de outros profissionais não estarem participando.

Na primeira etapa da oficina, como dinâmica inicial, solicitei que os participantes descrevessem o que as mães vivenciavam ao entrar na UTI pela primeira vez, conforme a percepção e a experiência de cada profissional. A dinâmica foi denominada “Colocar-se no lugar do outro”. Os relatos foram muitos semelhantes; todos apontaram que os sentimentos maternos eram um misto de medo, insegurança e ansiedade.

- *“Quando a mãe entra na UTI a primeira vez, ela está muito amedrontada, ela fica assustada com todos os equipamentos e aparelhagens. Muitas vezes ela nem se preparou pro nascimento antes do tempo” (Boca de leão).*

- *“Só o termo UTI já é assustador, já é limitante” (Violeta).*

- *“A primeira visita (à UTIN) geralmente é logo após o parto, então a mãe fica ainda muito vulnerável” (Rosa).*

Reforçando as percepções dos profissionais da equipe de saúde neonatal, comentei com o grupo sobre a existência de vários estudos realizados por autores brasileiros e que descrevem os sentimentos vivenciados pela mãe/família ao chegar no ambiente da UTIN. Braga e Morsh (2003), por exemplo, pesquisaram sobre esse tema

e obtiveram como resultado a compreensão de que ao entrar na UTI pela primeira vez, os pais experimentam um misto de sensações, dentre as quais perplexidade e medo em face de uma realidade tão distante daquela idealizada inicialmente para o bebê. Mesmo aqueles que têm a oportunidade de conhecer a UTIN antes de ingressar nela como “pais de bebês prematuros”, experimentam um certo atordoamento, difícil de diminuir ainda nas primeiras visitas.

Após refletirmos sobre a realidade dos pais ao chegar no ambiente da UTIN, partimos para a 2ª etapa da oficina, ou seja, começamos a problematizar sobre o acolhimento que a equipe estava oferecendo a esta mãe/família. Como os profissionais estão recebendo os pais em sua primeira visita ao recém-nascido? Quais as estratégias para reduzir o medo e ansiedade dos pais ao vivenciarem a chegada prematura de seu filho? Como tornar o ambiente da UTIN mais acolhedor para as mães/família? Como estimular maior presença dos pais na UTIN? Como motivar os pais a participarem dos cuidados com seu bebê? Ao dialogarmos sobre estas questões, surgiram depoimentos como:

- *“o ideal é que a mãe conheça o ambiente da UTIN antes do nascimento do bebê. Geralmente a psicologia faz esse trabalho de trazer a mãe do alto risco⁶ para visitar a neo” (Girassol).*
- *“na primeira visita dos pais eu procuro orientar sobre os equipamentos, sobre o estado do bebê, sobre as rotinas” (Rosa).*
- *“na verdade a gente tem que ter um olhômetro. Tem que perceber a reação da mãe, não devemos despejar muitas informações na primeira visita porque isso pode afastá-la. A gente precisa deixar que os pais perguntem aquilo que eles gostariam de saber, tem que respeitar os limites de cada família. Na primeira visita, a gente deve autorizar os pais a permanecerem no ambiente da UTI, deve estar acolhendo eles. O negócio é individualizar a assistência. Nunca rotinizar, massificar” (Violeta).*

⁶ As “mães do alto risco”, referidas pelos participantes, são as gestantes que apresentam alguma complicação na gravidez, necessitando de acompanhamento profissional mais intensivo e que permanecem, na maioria das vezes, em quartos específicos da unidade de Alojamento Conjunto da instituição.

- *“a gente tem uma tendência a dar um perfil para cada ser humano. Assim como a gente espera um perfil do profissional, a gente também espera um perfil de mãe. Então aquela mãe que demora para vir conhecer seu bebê, ou que não está presente com frequência, esta não é uma boa mãe” (Flor do campo).*
- *“às vezes a gente acha um absurdo porque o pai não quer tocar no bebê, a gente tem que respeitar o limites deles; às vezes ele tá com muito medo, inseguro” (Boca de leão)*
- *“o funcionário tem que cuidar pra respeitar o tempo de cada mãe, começar a estimular aos poucos para ela participar dos cuidados, oferecer pros pais pra tocar no bebê, trocar a fraldinha, segurar a gavagem (modalidade em que se administra a dieta com uma seringa conectada à sonda nasogástrica)” (Tulipa).*

Após estes depoimentos, o grupo concluiu que é importante discutir sobre estas questões no dia-a-dia da assistência e criar espaços para que o profissional possa repensar sua prática, fazendo desse exercício, uma experiência cotidiana de aprendizagens e questionamentos:

- *é engraçado, porque nesses encontros, conseguimos avaliar o nosso trabalho. Nos deparamos com situações do dia-a-dia onde às vezes agimos sem pensar, de maneira mecânica” (Girassol).*

Percebeu-se que a problematização tem como objetivo estimular a capacidade do ser humano em ser um participante ativo da transformação social, já que desenvolve nele a habilidade de observação da realidade imediata ou circundante e possibilita detectar os recursos disponíveis e formas de organização para uma transformação consciente (WAYHS, 2003).

Encerrei o encontro, distribuindo pequenas lembranças, acompanhadas de cartão de agradecimento pela participação e comprometimento com o grupo.

Refletindo sobre o encontro...



Figura 14 – Arco da problematização referente ao 7º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Ao “sensibilizar a realidade” os participantes refletiram sobre a importância de realizar um “**Acolhimento**” adequado às famílias que têm o filho prematuro internado em uma unidade neonatal. Durante os diálogos mantidos, exteriorizaram que é necessário que os profissionais consigam entender as pequenas nuances deste processo e possam estar preparados para receber a família na unidade de internação. É preciso sensibilizar os profissionais da equipe neonatal da importância do seu papel para a relação pais-bebê e para garantir uma hospitalização menos traumática para essa família.

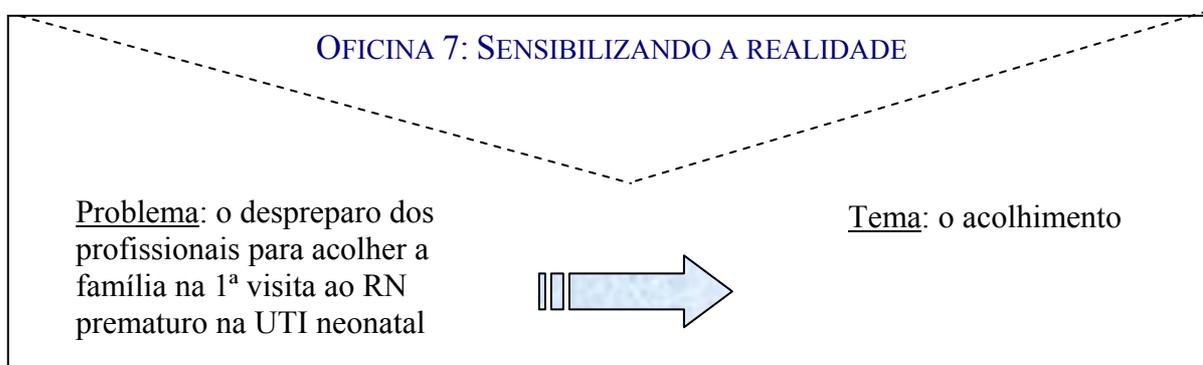


Figura 15 – Tema emergente do 7º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Acolhimento, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, p.58), refere-se a “receber e atender os diferentes integrantes da família do bebê internado na unidade neonatal, procurando facilitar sua inserção neste ambiente”.

De acordo com Schimith e Lima (2004), o acolhimento deve resultar das relações no processo de atendimento, inicia no momento da internação. No encontro entre profissionais e recém-nascido/família, ocorre uma negociação visando a identificação de necessidades, um busca de formação de vínculo, com o objetivo de instituir um relação humanizada da assistência.

É importante que o profissional esteja sensibilizado para este momento. Acolher significa proteger, amparar. Portanto, o profissional precisa estar junto ao recém-nascido e família que chega no ambiente da UTI neonatal.

No encontro, Boca de leão relatou que ao entrar na UTI pela primeira vez, a mãe está amedrontada, assustada com todos os equipamentos e aparelhagens. Carvalho (2001) também descreve que na primeira visita dos pais à UTI neonatal, geralmente eles encontram um ambiente assustador, seu bebê está numa incubadora ou berço aquecido, rodeado por tantos aparelhos que eles têm dificuldade de reconhecer como seu. Esse autor afirma que os profissionais devem oferecer apoio aos pais, compartilhando informações realísticas sobre o bebê, para que compreendam a situação clínica da criança e o porquê da existência de tantos equipamentos.

Ao entrarem na UTI pela primeira vez, os pais experimentam um misto de sensações, dentre as quais o medo, a culpa, a sensação de incompetência, bem como a frustração diante de uma realidade distante da que haviam sonhado. A quantidade de aparelhos, os ruídos dos alarmes, o ir-e-vir de profissionais desconhecidos e que utilizam palavras novas e estranhas, a existência de vários berços e incubadoras com crianças aparentemente tão diferentes da maioria dos bebês conhecidos e saudáveis, são alguns dos fatores que contribuem para um sentimento de irrealidade (BRAGA; MORSH, 2003).

Sabe-se que o primeiro encontro entre a mãe e o seu bebê é um momento único e singular, que deve ser estimulado pelos profissionais da saúde, respeitando sempre as diferenças individuais de cada família. Dessa forma, o apoio às mães após as primeiras

horas do nascimento é muito importante e deve ser uma das principais preocupações do pessoal da equipe, estando essas mães já dentro da UTI ou ainda na unidade de Alojamento Conjunto. Não se sabe exatamente os efeitos que ocorrem durante um breve período de tempo no apego, mas sabe-se que este período pode ajudar no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê (KLAUS; KENNEL, 1993).

Naganuma et al. (1995) orientam que devemos convidar a mãe a entrar no berçário, explicar o que está sendo feito com o seu filho, para assim conhecê-lo melhor e estabelecer ou fortalecer o vínculo afetivo. Segundo Costenaro e Martins (1998), é essencial considerar a informação dada às mães no cuidado ao recém-nascido internado na UTI, para que possam se beneficiar da orientação e, além disso, é extremamente relevante que sejam estimuladas estratégias de interação entre os profissionais da equipe e os pais. Carvalho et al. (1997) destacam o fato de que a atitude do profissional de saúde deve primar por promover a aproximação dos pais e acrescentam que não se deve esperar que eles se aproximem ou perguntem.

Belli e Silva (2002) destacam o quão é importante que os profissionais compreendam a vivência dessa mulher, nessa fase de sua vida, oferecendo-lhe um espaço legítimo para que ela expresse seus sentimentos e ainda esses mesmos profissionais possam oferecer elementos concretos e facilitadores para que ocorram as transformações que vão possibilitar a essa mulher superar barreiras e se movimentar em direção à aproximação e interação com seu filho.

A maneira com que os pais são recebidos os faz confiar ou não na equipe de profissionais que cuida da criança. Portanto, os pais necessitam ser bem recebidos pelas pessoas a quem confiarão a vida de seu filho, pois isto os manterá seguros e próximos da equipe e, conseqüentemente, de seu bebê (CUNHA, 2000).

O processo poderá ser vivenciado pelas mães com menos angústia e sofrimento, se o profissional, além do domínio e competência técnica, tornar-se disponível para estabelecer interações efetivas com essas mulheres, transformando-se, assim, em seus parceiros na experiência materna de vivenciar o nascimento do filho prematuro ou doente e a internação da criança na UTI neonatal (BELLI; SILVA, 2002).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) destaca a necessidade de se pensar sobre o quanto uma atenção cuidadosa oferecida pelos profissionais de saúde nos primeiros momentos de encontro entre pais e filhos na UTI neonatal, poderá reduzir ansiedades e medos. É importante escutar sobre seus temores e preocupações para depois lhes oferecer informações sobre a rotina, sobre os aparelhos e os cuidados que cercam seu filho. Esta preocupação se for levada em consideração pelos profissionais, poderá facilitar a relação que deverá surgir com a equipe de saúde como um todo.

Durante o encontro entre pai/mãe e bebê, a equipe deve observar os aspectos especiais de cada grupo familiar, atentando às necessidades individuais. Alguns querem muitas informações, outros não conseguem ouvir nada naquele momento; alguns querem estar perto, tocar o bebê, falar com ele, outros não conseguem, efetivamente, se aproximar. Cada casal tem o seu tempo para iniciar o processo interativo e esse tempo deve ser respeitado, pois como refere Monticelli (2003), esse tempo é o tempo da experiência significativa para os pais. Trata-se de um tempo que deve ser mais “narrativo” do que “clínico”. O tempo narrativo, se utilizado pelos profissionais, leva à particularização da assistência, uma vez que se constitui em significação e não apenas no tempo ordinário e comum do relógio. Segundo Monticelli (2003, p. 394), “o tempo narrativo promove experiência e potencial para os indivíduos refletirem sobre esta experiência”.

Independente da razão que desencadeia a hospitalização do RN, os pais têm medo de perdê-lo. Cunha (2000), em seu estudo, relata que fica evidente nos depoimentos dos pais com filhos internados em UTI neonatal que esse medo os assombra desde o início da experiência vivida. Para os profissionais da UTI neonatal, pode parecer exagero quando se deparam com sentimentos intensos por parte de pais de recém-nascidos que “julgam” estarem bem. Entende-se o sofrimento dos pais de bebês graves que estão na UTI, porém, dá-se menos importância aos pais de bebês que não correm risco de vida. Será que, em algum momento, estes profissionais se colocam no lugar de cada um dos pais e conseguem imaginar o que eles estão realmente vivendo ou apenas os classificam, fantasiosamente, de pais de bebês com bons ou maus prognósticos? Ou ainda como “bons pais” ou “maus pais”, como avaliou Flor do Campo, durante a oficina? Cunha (2000) ajuda nesta interpretação ao divulgar um

estudo em que constatou que os sentimentos dos pais não estão atrelados a rótulos empregados pela equipe, mas são vividos de maneira individual e própria de cada um. Para os pais, este é um acontecimento único em suas vidas, um contexto que somente eles entendem e, a menos que os profissionais se interessem em saber quais são as suas necessidades, passarão pela equipe sem que ela lhes dê o apoio particularizado que cada situação inspira.

Na ótica de Belli e Silva (2002), os profissionais muitas vezes até percebem as nuances de comportamentos dos pais durante o processo de internação do filho na UTI neonatal, mas nem sempre os pais são acolhidos na diversidade dos sentimentos que apresentam, pelo fato de que os profissionais desconhecerem o que os leva a apresentarem essa variedade de comportamento acerca da internação do bebê.

É fundamental que os profissionais de saúde comecem a dialogar sobre esses diferentes tipos de comportamentos que a família vivencia e principalmente sobre as causas que desencadeiam tais atitudes para que consigam atuar de maneira a ajudar os pais a adaptarem-se a esta nova situação. Neste sentido, como mencionam Tulipa, Violeta e Boca de leão, devemos individualizar a assistência, respeitar o tempo de cada mãe e os limites de cada família.

As estratégias que podem contribuir para a aproximação entre pais e filhos na UTI neonatal e para atenuar o momento de crise vivido pela família, incluem a inserção dos pais no cotidiano da unidade; a comunicação correta e adequada entre equipe e família através do fornecimento de informações pertinentes que respondam principalmente as dúvidas e possam tranquilizá-las (LAMY, 1995); o incentivo e o apoio à presença familiar na unidade com flexibilização de horário de visitas; a valorização dos encontros com estímulo à comunicação entre pais e filhos, através do toque, colo, olho no olho e voz, como defendem Brazelton (1988), Klaus e Kennel (1993), Winnicott (1996) e Reis et al., (2005).

Os participantes também mencionaram a importância de estimular aos poucos os pais a participarem dos cuidados. Em um estudo desenvolvido por Silva (2000), observou-se maior envolvimento entre pais e filhos, assim como melhor relacionamento entre pais e equipe de saúde, a partir da experiência de inserção das

mães no cuidado básico aos seus filhos internados na UTI neonatal. As famílias acompanhadas se mostraram mais presentes e atuantes, capazes de enfrentar toda problemática da internação de forma mais amena e segura, conseguindo estabelecer uma relação satisfatória com seus filhos. A equipe de saúde também conseguiu superar suas dificuldades no relacionamento com as famílias, a partir da oportunidade de convivência mais próxima, com uma parceria e troca de saberes, pois teve a chance não só de ensinar, mas de aprender com os pais.

Desta forma, como afirmam Reis et al. (2005), cada vez mais a presença da família na unidade neonatal e a participação dos pais nos cuidados com o filho internado, vem sendo desmistificada, mostrando-se práticas viáveis e desejáveis. É necessário que os profissionais de saúde admitam e aceitem que a assistência prestada ao recém-nascido de alto risco seja extensiva aos pais, antes de adotarem qualquer nova estratégia ou abordagem para o cuidado clínico. O ideal seria, além de passar a ouvi-los mais, permitir acima de tudo, que eles sejam e sintam-se pais.

5.2.8 O DIÁLOGO PROPICIA A EXTERIORIZAÇÃO DE CONCEITOS E VALORES (8º encontro)

Da 8ª oficina participaram seis profissionais: três técnicas de enfermagem, uma enfermeira, uma psicóloga e uma assistente social, que mostraram bastante interesse em refletir sobre um assunto que já havia sido previsto desde o encontro anterior, ou seja, a segunda etapa do MMC. O encontro se desenvolveu na sala de aula da maternidade, no período da tarde.

Como dinâmica inicial foi realizada a técnica do “abraço em si mesmo”. Posicionados em pé, os participantes recebem as instruções da coordenadora para relaxarem tórax, membros e cabeça. Aos poucos, levantam o corpo e abraçam a si mesmos, cruzando os braços na altura dos ombros e fazendo um movimento de vai e vem, tipo “balancinho”, como se estivessem embalando um bebê. Os participantes estavam entusiasmados durante a atividade:

- *“é muito bom parar, se espreguiçar, alivia as tensões do dia-a-dia” (Flor de laranjeira).*
- *“foi gostoso ficar embalando o bebê” (Violeta).*

Em seguida, passamos para a etapa principal da oficina. Como nos últimos encontros estávamos refletindo sobre a presença da família na UTIN, o grupo optou, nesta oportunidade, por manter o diálogo em torno da segunda etapa do Método, visto que nesta etapa a mãe permanece 24 horas com o bebê e a família certamente está muito mais presente. Como a nossa unidade está sofrendo um processo de reforma da estrutura física, para ampliação da unidade mãe-canguru, destinada à segunda etapa, ainda existem muitas dúvidas e incertezas por parte dos profissionais, uma vez que durante muito tempo, contávamos com apenas dois leitos destinados a esta etapa e após a reforma, serão oito leitos.

Na segunda etapa, o recém-nascido encontra-se estabilizado e já pode ficar em acompanhamento contínuo de sua mãe. Nesta etapa, após o período de adaptação e treinamento realizados na etapa anterior, a mãe e a criança estão aptas a permanecerem em alojamento conjunto, também denominado unidade canguru ou sala mãe-canguru, onde o contato pele-a-pele é realizado pelo maior tempo possível (BRASIL, 2002).

As reflexões relacionadas a esta segunda etapa estiveram ligadas, principalmente, às dificuldades de se lidar com a díade (mãe-bebê prematuro) e sobre a diferença do ambiente da UTI para o alojamento, já que na unidade canguru o ambiente é muito mais acolhedor e “familiar”. Não existem todos os aparatos tecnológicos, a mãe permanece com seu bebê durante todo o período e é neste momento que a mãe assume os cuidados de forma integral com seu filho, adquirindo a cada dia maior confiança e habilidade para desempenhar esse novo papel. Sendo que, nesta unidade a função do profissional é a de orientar e apoiar o binômio, o que faz com que muitos profissionais sintam-se inseguros e despreparados, ou mesmo “sem função” ao não exercer mais o papel de cuidador principal da criança com esta nova concepção de atenção neonatal.

- *“A dificuldade está em lidar com o binômio. Tem funcionário que gosta muito de trabalhar com o bebê, mas quando entra a mãe...” (Rosa).*

- *“Eu sou uma que não vou gostar de ficar lá (referindo-se a sala mãe-canguru). Não vai ter nada para fazer. Eu gosto de ação, de urgência” (Flor de laranjeira).*

- *“É como se o profissional perdesse a sua função, ficasse incompetente” (Violeta).*

Os profissionais, de modo geral, concordam que as unidades neonatais são locais marcados pela tecnologia de ponta, onde profissionais atarefados dividem espaço com os bebês e com toda variedade de equipamentos necessários para o suporte de suas vidas (BRASIL, 2002). Essa é uma visão quase hegemônica e que parece ajudar a “moldar” a identidade do profissional que ali trabalha.

A assistência prestada neste ambiente sempre foi muito invasiva, tecnicista, biologicista; ao introduzir os pressupostos do MMC na UTIN, os profissionais sentem-se fragilizados, sendo que ocorre uma mudança brusca em sua maneira de sentir e agir. O cuidado intervencionista que foi prestado, muitas vezes, como o único objetivo de salvar a vida das crianças, começa a ser repensado. O que se espera na assistência, atualmente, é o mínimo de manuseio com o recém-nascido, a redução dos estímulos e a introdução dos pais nos cuidados. Estas medidas ameaçam os profissionais de saúde que, historicamente, detinham o domínio exclusivo neste ambiente. A preocupação não está mais em torno somente da sobrevivência do neonato, mais sim da qualidade de vida deste bebê e de sua família. No desenrolar do encontro, fica muito claro, nos depoimentos dos profissionais, esta concepção de “perda do espaço”, ou seja, a mudança do paradigma da assistência neonatal:

- *“[...] agora, com essa metodologia, a mãe invadiu o espaço. O profissional vai perdendo o controle” (Hortênsia).*

- *“na primeira etapa, dentro da UTI, o profissional tem o domínio da situação, ele controla o bebê. Quando passamos para a segunda etapa, a situação se inverte, a mãe assume os cuidados e passa a controlar a situação” (Amor perfeito).*

Estes depoimentos vão ao encontro do que descreve Lamy (2003, p.148):

[...]quando um bebê vai para a UTI Neonatal, parece, muitas vezes, que ele pertence mais à instituição do que aos pais, que podem não se sentir seguros para assumi-lo como filho. Ao participar do Método, os pais não se supõem mais coadjuvantes no cenário da UTI, passando a ser reconhecidos e a

reconhecerem-se como atores principais, parte integrante da assistência prestada ao bebê.

Para encerrar o encontro, realizamos uma rodada rápida de avaliação, em que cada participante expressou como estava se sentindo e quais as contribuições desta oficina.

- *“Para mim tem sido muito bom estes encontros, hoje, por exemplo, conversamos sobre a segunda etapa do Método e eu pude perceber quais os fatores que me levavam a não gostar da unidade canguru”* (Flor de laranjeira).

- *“O profissional precisar repensar seus conceitos e valores, é preciso mudar a concepção, a forma de cuidar do recém-nascido e sua família”* (Hortênsia).

Neste momento, percebo mais uma vez a importância de questionar e refletir na prática as nossas ações, desvelar nossa realidade, abrir espaços para que os profissionais possam dialogar sobre esta mudança paradigmática, desmistificar a questão do poder, dos papéis e desta forma possibilitar a mudança de valores e significados que têm impacto direto no modo como se realiza a assistência na unidade neonatal e, particularmente, no comportamento que cada um dos profissionais adota quando está colocando em prática o Método Mãe-Canguru.

Refletindo sobre o encontro...

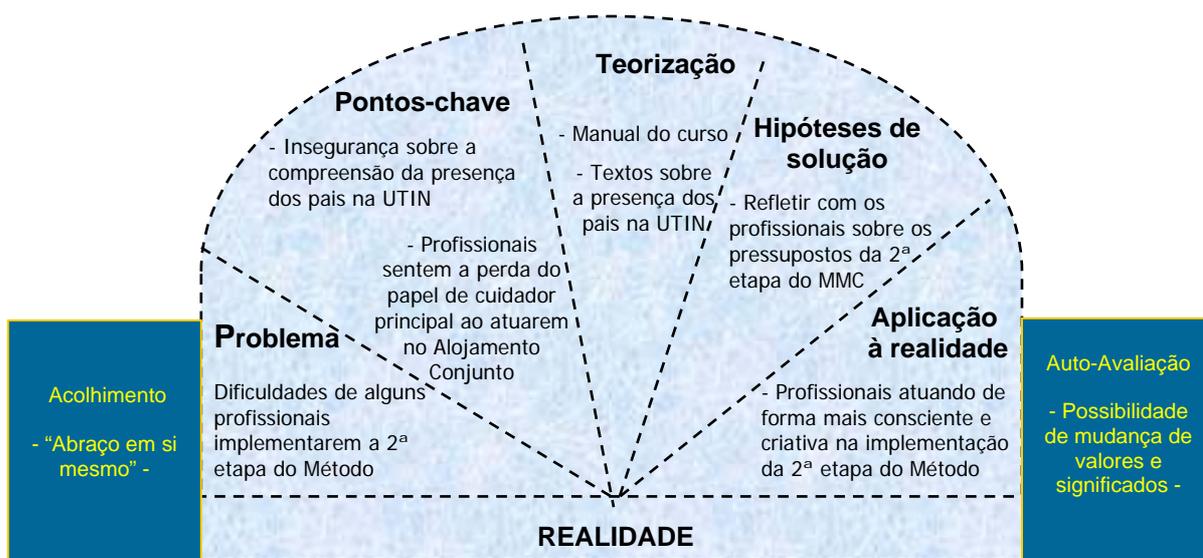


Figura 16 – Arco da problematização referente ao 8º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Ao perceber que “o diálogo propicia a exteriorização de valores e conceitos”, os profissionais conseguem refletir sobre vários temas que desagradam ou dificultam a sua prática durante o desenvolvimento da segunda etapa do MMC, entre eles a presença constante da mãe na unidade neonatal, a dificuldade de cuidar da díade mãe-bebê, o fato da mãe passar a assumir os cuidados do filho e a explícita percepção de que esta etapa gera nos profissionais a sensação de perda do papel de cuidador. Ao exteriorizarem estes fatores, os profissionais revelam a necessidade de uma melhor discussão da equipe sobre a “**Mudança do paradigma da atenção neonatal – o cuidado centrado na família**”.

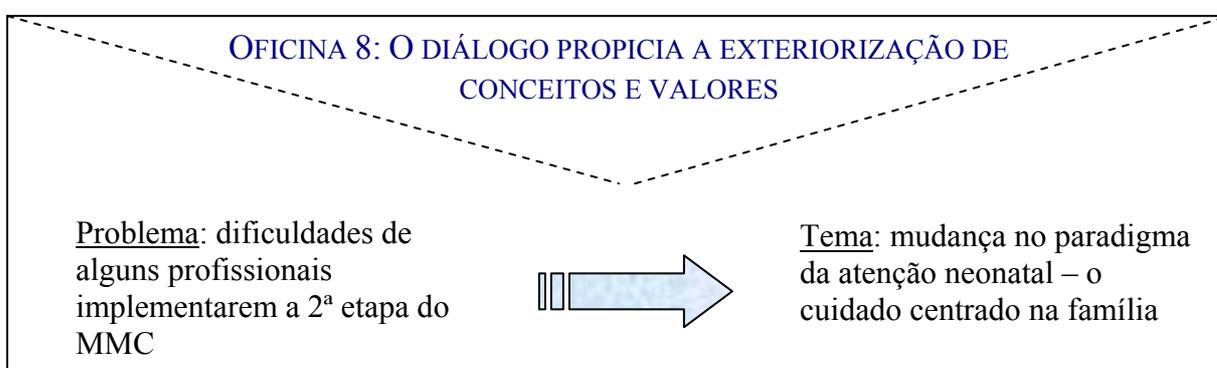


Figura 17 – Tema emergente do 8º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

A presença constante dos pais, como é proposta do Método Mãe-canguru, e as suas participações diretas e quase ininterruptas nas atividades da UTI passam a requerer uma aproximação maior entre a equipe e família. Por um lado, isto sem dúvida irá oferecer uma série de vantagens nos cuidados com os bebês. Por outro, gera conflitos pelas exigências surgidas a partir da permanência da família no hospital. Ao se familiarizarem com o ambiente, deixam de ser visitas, e cada vez buscam mais informações e, naturalmente, geram maior demanda da equipe. Além disso, de certa forma, não é de todo incorreto dizer que as famílias exercem uma certa “vigilância” também sobre o trabalho da equipe (LAMY; MORSH, 2003).

Na prática, os serviços mostram um discurso que sinaliza para a inserção da família no cuidado neonatal, mas a efetivação da assistência é dificultada pela escassez de recursos, filosofia de trabalho implantada, falta de sensibilização e

instrumentalização dos profissionais de saúde, para dar conta das novas necessidades que se colocam no processo de trabalho, bem como a ausência de reflexões críticas acerca dos paradigmas que têm embasado a atenção à saúde, na perspectiva da transformação (GAIVA; SCOCHI, 2004).

Segundo Ferreira, Vargas e Rocha (1998), com a nova perspectiva de trabalhar lado a lado com a mãe, nas enfermarias e berçários, o profissional vê-se no delicado papel de assistir e orientar também a mãe e dividir com ela o cuidado.

De acordo com a proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), na segunda etapa do MMC, a mãe e a criança permanecem na enfermaria conjunta onde a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível, onde a mãe vai assumindo aos poucos os cuidados com o filho e a dependência da pela equipe de saúde vai diminuindo gradativamente.

O alojamento conjunto ou unidade mãe canguru tem como objetivo a integração mais íntima da mãe com o recém-nascido, contribuindo para estabelecer um relacionamento favorável entre mãe-filho; educar a mãe e o pai, desenvolvendo habilidades e proporcionando segurança emocional quanto aos cuidados com o bebê; incentivar o aleitamento materno; reduzir a incidência de infecções cruzadas; permitir a equipe de saúde melhor integração e observação sobre o comportamento do binômio mãe-filho (FONSECA; SCOCHI; MELLO, 2002). Permite ainda, segundo Fonseca, Scochi e Mello (2002), uma renovação dos profissionais da saúde no seu contexto de atuação, pois dentro de um novo e mais amplo conceito de saúde materno-infantil, o ato de curar e cuidar não é atividade exclusivamente dos profissionais da saúde, mas inclui a co-participação dos pais.

Em uma pesquisa realizada em uma unidade neonatal que desenvolve o MMC, foi perguntado às mães que estavam com seus bebês na segunda etapa do Método, como elas se viam naquele espaço, originalmente dos profissionais da saúde, participando dos cuidados dos seus filhos. A análise das falas mostrou uma busca constante de um lugar só seu. Todas as entrevistadas citaram que a amamentação e a posição canguru lhes propiciava um espaço exclusivo onde só elas poderiam satisfazer as necessidades dos seus filhos, tornando-as importantes e indispensáveis (LAMY,

2000). Uma outra questão que ficou muito evidente na pesquisa é que, apesar da mãe reconhecer que a equipe de saúde dispõe de um saber técnico específico capaz de manter o bebê vivo e com saúde, a mãe cuida melhor, mesmo no espaço hospitalar. A mãe, ao vivenciar o cuidado do bebê durante a internação, percebe que a equipe sabe mais, mas a mãe cuida melhor. Os profissionais participantes do encontro também interpretam o contexto desta forma, pois apontam que ao invadir o espaço da UTI a mãe passa a assumir o controle da situação.

Lamy (2003) relata que no atendimento tradicional, onde a mãe não passa pela vivência de estar cuidando do filho, ela muitas vezes não se sente capaz de suprir as necessidades do filho, pois acredita que os profissionais são mais importantes. Nesta perspectiva, os profissionais da equipe neonatal que atuam na segunda etapa do MMC, perdem o seu papel de detentores do saber, deixam de ser a figura mais importante no cuidado ao recém-nascido e de certa forma delegam suas atividades aos pais, que passam cada dia a assumir e a se responsabilizarem pelos cuidados de seu bebê. Durante o encontro foi possível visualizar este sentimento de impotência do profissional, principalmente através da fala de Flor de Laranjeira que diz que não terá nada para fazer na segunda etapa do Método.

Hortênsia expressa em seu depoimento a necessidade do profissional repensar seus conceitos e valores, aponta que é preciso mudar a concepção, a forma de cuidar do recém-nascido e sua família. Neste sentido, Costenaro e Martins (1998) reforçam a importância de pensarmos e refletirmos sobre nossa assistência diária, sobre as dificuldades e resistências dos profissionais ao desenvolverem o cuidado centrado na família com vistas a qualidade de vida do recém-nascido, garantindo assim, um planejamento do cuidado humano que transcenda o tecnicismo, levando em consideração as necessidades e expectativas de seus familiares. Desta forma, estaremos então possibilitando às mães destes recém-nascidos o direito de cuidar do próprio filho.

O cuidado centrado na família está mudando a maneira pela qual os cuidados à saúde, em especial o perinatal, são planejados, fornecidos e avaliados. Esta abordagem, baseada na parceria mutuamente benéfica entre parturientes, bebês,

membros da família e profissionais, está fortemente embasada na crença de que é a família que tem maior influência na saúde e bem-estar dos bebês e crianças. Aos profissionais de saúde cabe o papel mais importante, o de favorecer a confiança e competência dos pais, como cuidadores ou na tomada de decisões. Esses profissionais também enfatizam os aspectos relacionais do cuidado e, em alguns casos, redefinem a natureza desses relacionamentos (GORDIN, JONSON, 1999; SCOCHI, 2000).

Ao analisar a definição do cuidado centrado na família, pode-se ver características e atribuições dos cuidadores, bem como uma forma especial e diferente de assistir. Entendo que o cuidado centrado na família é uma filosofia de cuidado em que o papel de suporte principal da família é reconhecido e respeitado na vida das crianças com necessidades especiais. Nessa perspectiva cuidativa, a família deve receber apoio em sua forma natural de cuidar e nos papéis de tomada de decisão para construir suas forças como pessoas e famílias. Nesta filosofia, pais e profissionais são vistos como iguais em uma parceria para desenvolver ótima qualidade em todos os níveis de cuidado da saúde (DUNST, TRIVETTE, 1996; CAETANO, 2004).

Deste modo, é possível constatar, como o fez Caetano (2004), que para implementar o cuidado centrado na família torna-se necessário promover uma profunda mudança na forma de cuidar e de pensar o processo saúde-doença por parte de toda equipe de cuidadores. Assim, é necessário introduzir experiências que modifiquem a prática em direção a uma assistência voltada às reais necessidades da criança e de sua família, envolvidas no processo de hospitalização. A sensibilidade é necessária para percebermos os múltiplos determinantes que envolvem o cuidado à família (COLLER; ROCHA, 2004).

5.2.9 PERCEBENDO-SE PARTE DA SOLUÇÃO (9º encontro)

Neste encontro, o grupo optou por refletir sobre o ambiente da UTI neonatal, uma vez que em várias oficinas anteriores tratamos do assunto de maneira superficial. Participaram desta oficina seis profissionais: três enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e uma estagiária de psicologia, que demonstravam empolgação em estar participando de outro encontro coletivo.

Na primeira etapa da oficina, entreguei a cada participante alguns pedaços de massa de modelar e estimulei os mesmos a criarem uma imagem que representasse o ambiente da UTIN. Num clima de descontração, aos poucos, cada profissional criou a sua representação de um ambiente que lhes é tão familiar e que poucas vezes os mesmos tiveram a oportunidade de parar e refletir sobre este cenário (Apêndice E).

Após criar suas imagens representativas, foi solicitado que cada participante explicasse ao grupo sua criação:

- *“um coração que representa toda questão da humanização, do sentimento da mãe com seu filho, que a família acaba tendo com a expectativa de melhora, com a expectativa de alta, a questão do próprio nascimento. Então, o coração representa os sentimentos bons que, querendo ou não, apesar de ser uma UTIN, a gente sempre acaba embutindo no dia-a-dia da família e do recém-nascido. E a flecha seria que, apesar de ter sentimentos bons, também teria sentimentos ruins tanto vista pela equipe como pela família e sentidas pelo recém-nascido. Então, esta flecha cortando o coração seria representando isso, seria representando o barulho dentro da UTI, representando a ansiedade da família por ter seu filho que a princípio queria que nascesse e fosse pra casa e que não foi, teve que ficar na UTI, pela aparelhagem que fica ao redor, pela insegurança do próprio profissional de cuidar do recém-nascido de alto risco, grave” (Girassol).*

- *“quando eu chego na UTI, eu descrevi uma orelha, que é (para representar) o barulho, o monitor alarmando, o nenê estressado com os cabelos em pé e chorando, e a mãe pedindo silêncio e ficando satisfeita quando o nenê fica melhor” (Rosa).*

- *“Eu vejo a neonatologia como um ambiente de muita fragilidade, por isso que eu fiz o vaso, [...] e as cores (referindo-se a várias bolinhas de diferentes cores que faziam parte da sua representação) significam os estímulos mesmo. Eu acho que a partir dos estímulos que estão influenciando nesse bebezinho, esse vaso pode quebrar, pode estressar, pode rachar, criar alguns empecilhos para o bom desenvolvimento dele e dependendo dos estímulos, se forem positivos, se forem pra ta facilitando a vida do bebezinho, e também da família, o bebezinho vai se tornar uma flor, vai conseguir desabrochar” (Flor de Lis).*

- “[...] o que mais me chama a atenção é a preocupação que eu penso e tenho com as pessoas que cuidam e trabalham no ambiente, que cuidam do bebê e cada um tem uma percepção deste cuidado. Então assim como é que a gente está se cuidando e cuidando da equipe, percebendo como é que as pessoas estão, como é que a gente vai cuidar do bebê que é muito mais sensível de afeto e carinho do que o adulto, se a gente não tá bem, se muitas vezes não tem um ambiente de trabalho legal, tem barulho, tem bagunça...” (Crisântemo).

Ao representar o ambiente da UTIN, os participantes levantaram muitas questões que envolvem este universo, relacionadas principalmente às atitudes e comportamentos dos profissionais da equipe, à ambivalência entre sentimentos positivos e negativos vivenciados pela equipe, pelo recém-nascido e sua família, os estímulos gerados pela assistência intervencionista, a falta de organização do espaço e a importância de se preocupar com os profissionais que estão inseridos neste contexto.

Após a descrição de cada imagem, partimos para a 2ª etapa da oficina, em que os participantes começaram a avaliar o nosso ambiente de trabalho e apontar algumas hipóteses de solução que poderiam gerar mudanças importantes neste espaço, favorecendo não só a assistência prestada, mas também possibilitando a satisfação dos profissionais que atuam diariamente na UTIN.

- “O ambiente de trabalho é a extensão da nossa casa. Eu fico brava quando eu arrumo e chego de manhã e tá tudo bagunçado, aí eu penso não vou mais arrumar, mas se eu não fizer, eu tô colaborando com a pessoa que deixou assim” (Flor de laranjeira).

- “Além da organização, outra coisa é que pra gente dar segurança para as mães, a gente tem que estar segura e, eu esses últimos dias, eu percebi que tem muita gente insegura e velha, que tá há dez anos comigo aqui [...]. Para a mãe ficar segura dentro da UTIN, o funcionário tem que passar segurança pra ela” (Rosa).

- “O serviço de limpeza tá precário, a gente tem que ficar o tempo todo cobrando, tem que pedir pra esvaziar o lixo, repor papel-toalha” (Flor do campo).

- *“Eu já cheguei à conclusão que tem gente que não trabalha por amor. Eu acho que se tu não tá bem, tem que te afastar, se tu tá trabalhando obrigada, não tem que ficar aqui” (Rosa).*

Os depoimentos reforçam a necessidade de manter um espaço constante para reflexão do nosso cotidiano. Para estabelecer um processo de mudança, conforme Costa (2002, p.136),

é indispensável promover um espaço reflexivo sobre a realidade a ser mudada e essa mudança não pode ser verticalizada e instantânea. Primeiro tem que convencer as pessoas da necessidade de mudar. Temos que mudar internamente e acreditar nas possibilidades de mudança. Isto faz parte de um processo de amadurecimento e evolução profissional.

O processo de mudança é um processo lento, é um desafio para a equipe. É importante que os profissionais estejam envolvidos e percebam a necessidade de estar re-pensando sua prática, para proporcionar assistência digna ao recém-nascido prematuro e sua família.

Ao avaliar (3ª etapa) o encontro, os participantes destacaram a importância de poder parar e refletir sobre o ambiente de trabalho, percebendo que muitas vezes, no dia-a-dia, acaba-se habituando com algumas coisas e acomodando com as dificuldades de mudanças.

- *“É que as pessoas se acomodam. Como a maioria não se preocupa com o ambiente, com os equipamentos, os funcionários adotam a postura de que se ninguém faz ele também não é responsável por aquilo” (Flor de Laranjeira).*

- *“É difícil despertar nas pessoas a importância de cada um fazer a sua parte. Acho que esses encontros possibilitam à gente perceber que às vezes pequenas mudanças já fazem a diferença” (Crisântemo).*

A cada encontro, fica clara a importância e a necessidade de se realizar uma prática educativa, visando criar espaços dialógicos para refletir com a equipe de saúde neonatal sobre a assistência prestada ao recém-nascido prematuro e sua família.

Refletindo sobre o encontro...

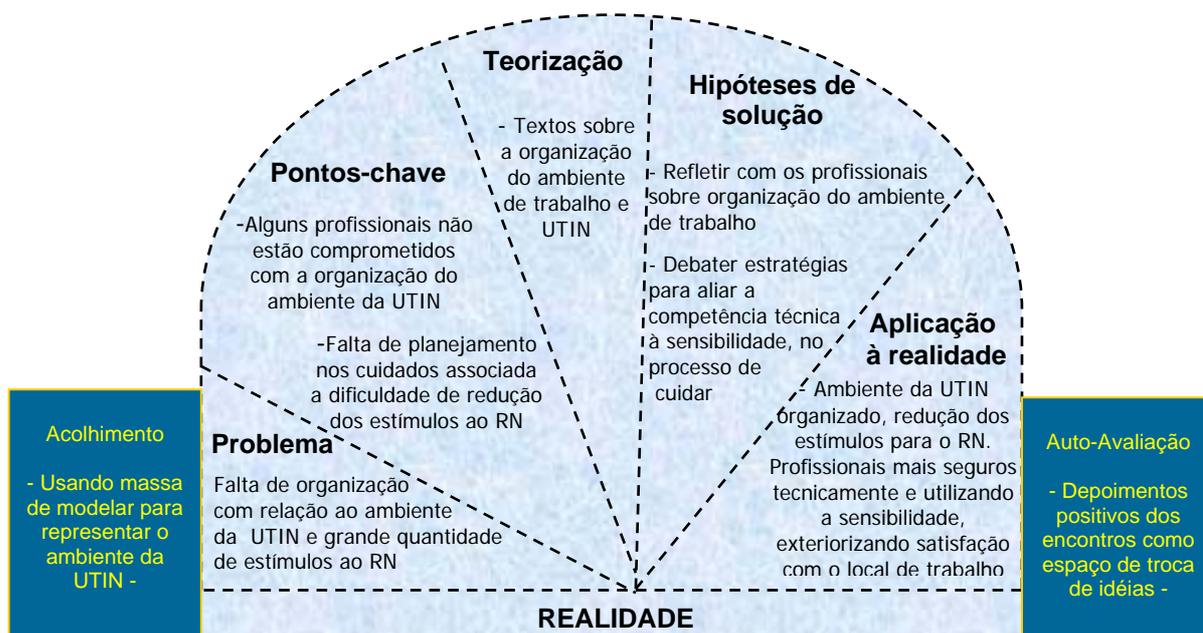


Figura 18 – Arco da problematização referente ao 9º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Ao “perceber-se parte da solução”, os profissionais visualizaram a UTI neonatal não só como um ambiente marcado pela tecnologia e complexidade, mas também como um local onde deve predominar a sensibilidade e humanização do cuidado, e que as suas atitudes serão responsáveis por esta nova perspectiva: “**A UTI neonatal aliando o desenvolvimento tecnológico ao cuidado sensível**”.

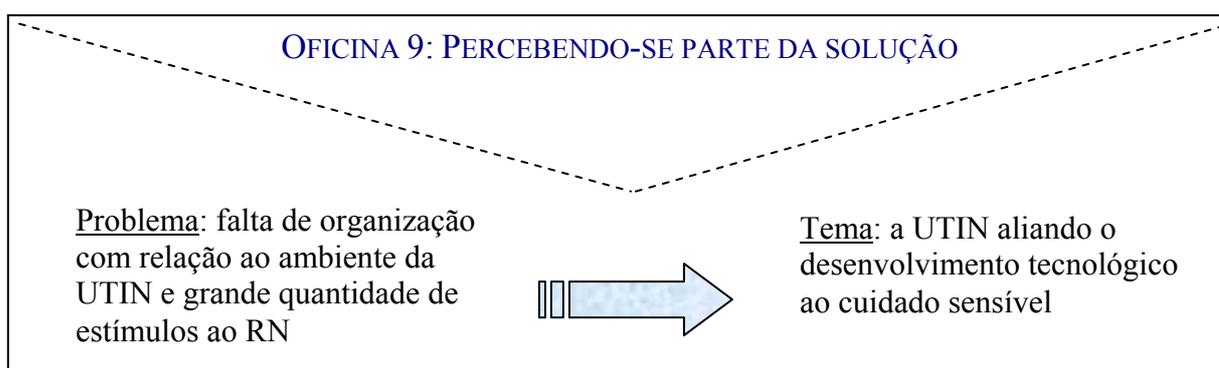


Figura 19 – Tema emergente do 9º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

A discussão, que o grupo trouxe à tona, revelou que a união da neonatologia e do cuidado humanizado transforma um lugar de dor e sofrimento num ambiente capaz

de inspirar esperança no futuro, no qual o bebê e seus pais tenham uma vida digna em família, conforme já apontou Cunha (2000), tratando questão semelhante. E como também o fez, Girassol ao representar o ambiente da UTI neonatal através de um coração destacando os sentimentos bons e a questão da humanização e, uma flecha cortando esse coração fazendo referência ao recém-nascido de alto risco e toda a aparelhagem que fica ao redor.

Sakae, Costa e Vaz (2001, p. 185) reforçam a idéia de que atualmente existe uma “tendência mundial à humanização da medicina de alta tecnologia”. Os cuidadores da UTI neonatal tiveram de aprender com os prematuros e os recém-nascidos de risco a aliar em seus cuidados a delicada interface entre os aspectos técnicos e os afetivos necessários para administrar a terapia que promova não somente a sobrevivência de bebês organicamente, mas também o seu desenvolvimento neurológico e a sua integração ao convívio familiar (CUNHA, 2001). Neste sentido, Crisântemo destaca durante o encontro a importância do afeto e carinho no cuidado ao bebê.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) preconiza que a atenção ao recém-nascido deverá caracterizar-se pela segurança técnica da atuação profissional, condições hospitalares adequadas, aliadas à suavidade no toque da execução de todos os cuidados. O profissional de saúde precisa demonstrar para mãe segurança, como expressou Rosa, e deve ter sensibilidade para reconhecer as características e individualidades de cada recém-nascido e família, procurando a visão de um novo paradigma na atenção neonatal, indo além do cuidado puramente técnico.

Bardt, D’avila e Zellner (2004) descrevem que cada vez mais está sendo difundida a importância da humanização dentro dos serviços de saúde. Dizem as autoras que para que possamos efetivá-la, é necessário que coloquemos em prática a essência do cuidado. Não apenas o cuidado técnico, mas também o cuidado humano, individualizado, aquele que necessita de atitudes específicas e especiais. Buscar prestar um cuidado, com sensibilidade e amor, compreendendo a ansiedade da mãe/família diante das situações de medo e angústia é imprescindível para estabelecer um cuidado de qualidade.

Nesta perspectiva, Oliveira (1998) assinala a necessidade de pararmos, pensarmos e voltarmos nossa atenção ao ser humano que está inserido neste ambiente. Sendo assim, a tecnologia deve ser um dos meios para o cuidado e não o seu fim.

Segundo Franceschi Júnior, Neves e Caetano (2004), a unidade de internação neonatal, associada a todo o aparato tecnológico, acentua nos pais a imagem de fragilidade e dependência do bebê. É importante que os profissionais derrubem os muros que cercam este ambiente propiciando a presença dos pais na UTI neonatal, favorecendo a observação do seu filho, o toque precoce e a adaptação e manejo nos cuidados com seu bebê, possibilitando a criação e o fortalecimento dos laços afetivos após o nascimento, tornando este ambiente agradável e acolhedor.

Cabe reforçar aqui, apoiada na fala de Crisântemo, que ao aliar o cuidado sensível e humanizado, aos avanços tecnológicos, a equipe de saúde torna o ambiente menos estressante, favorecendo desta forma, não só os recém-nascidos e sua família, mas também os profissionais de saúde que atuam ali.

5.2.10 RECONHECENDO AS MUDANÇAS (10º encontro)

Nos encontros anteriores discutimos sobre a implementação do MMC em nossa unidade, sobre como está o nosso ambiente de trabalho, sobre a equipe que atua nessa unidade, sobre a família e o recém-nascido que são nossos sujeitos de cuidados, sobre a primeira e segunda etapa do Método e neste encontro o grupo optou então em refletir sobre as mudanças que a aplicação desta metodologia de cuidado estava trazendo para a nossa realidade. Estiveram presentes no grupo quatro profissionais: uma psicóloga, duas técnicas de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem. Apesar de estar em número menor do que o habitual, os participantes pareciam muito dispostos à discussão.

Na primeira etapa desta oficina, foi proposto ao grupo realizar uma dinâmica para descontração e para que o grupo pudesse refletir sobre as mudanças encontradas no seu dia-a-dia. A dinâmica foi denominada de “Reconhecendo as mudanças”. Inicialmente foi solicitado para uma pessoa sair da sala e aguardar até o momento que

fosse chamada. O grupo foi motivado a fazer algumas mudanças no ambiente e no visual de cada um. Em seguida convidamos a pessoa que havia se retirado a retornar a sala e pedimos para ela observar se percebia algo diferente. No início ela percebeu apenas a mudança na roupa de uma das colegas, depois, com o estímulo do grupo e algumas dicas, foi reconhecendo as mudanças no ambiente. Porém, ainda houve mudanças que ela não percebeu. Os relatos do grupo sobre a dinâmica foram os seguintes:

- *“foi difícil para eu perceber as mudanças, pois eu não havia feito uma observação detalhada de todos e nem da sala” (Gérbera).*
- *“às vezes as mudanças são tão sutis que nem percebemos” (Violeta).*
- *“foi legal realizar esta dinâmica para perceber que no dia-a-dia não nos damos conta das coisas” (Dália).*

Após a dinâmica, convidei todos a pensar nas mudanças que os mesmos percebiam em sua prática assistencial após a implantação do MMC em nossa unidade. Distribui papel e caneta para que os mesmos fossem anotando suas percepções. Todos pareciam bastante concentrados na atividade, tentando rememorar os acontecimentos. Após alguns minutos de silêncio, fui percebendo que as pessoas acabavam de realizar suas anotações e convidei o grupo a expor as mudanças que os mesmos identificaram:

- *“para mim mudou completamente. Depois que conheci (o Método) eu passei a usar mais a sensibilidade... principalmente com a família. Em todas as unidades que eu trabalhei, nesses anos de profissão que eu tenho, eu nunca me relacionei assim com a família. Quando eu comecei a trabalhar com a família eu tive problemas, eu achava que colocar o bebê no colo da mãe era ruim, por causa do soro, da veia, da sonda. Uma coisa que foi colocada para mim há 25 anos atrás e que agora eu vejo as coisas de maneira totalmente diferente” (Dália).*
- *“eu não mudei muito, porque eu já fazia essas coisas. Mas é um Método bom, eu acho que o bebê se sente mais seguro, tranquilo com a mãe e nós profissionais cultivamos mais a família a participar” (Flor de Laranjeira).*

- *“quando eu cheguei para trabalhar aqui na Neo, esse Método já estava implantado. Eu não tive nenhuma dificuldade de me adaptar a ele, inclusive eu gosto muito de trabalhar nesse Método. Ele favorece um contato bem próximo do funcionário com a família, eu acredito que para ser bem executado as pessoas tem que estar abertas para isso” (Gérbera).*

- *“na minha formação eu já atribuía um valor muito grande as relações afetivas entre o bebê e a família, e também as relações dentro da própria equipe... o Método veio então para coroar essa minha compreensão, por isso eu acho que estamos no caminho certo. O desafio para mim foi estar trazendo este Método, sustentá-lo e conseguir mantê-lo com o grupo, apesar de todos os percalços, de todas as adversidades, acredito que este é o maior desafio” (Violeta).*

Ao observar os relatos, conseguimos perceber dois aspectos importantes ocorridos após a implementação do MMC:

O MMC reforça a importância da família, ampliando o foco da atenção, envolvendo não só o bebê, mas também a mãe e o pai, contemplando suas vivências na trajetória junto ao filho prematuro. O bebê é colocado no contexto familiar, o que traz aspectos inovadores para a assistência. Tal avaliação é semelhante à realizada por Caetano (2004), em outro contexto assistencial.

Outro ponto importante é o fato de que a equipe deve reconhecer a necessidade de mudança de comportamento e da filosofia de trabalho para que o Método seja implementado em sua totalidade, sem quebras em suas etapas, entendimento esse já abordado pela própria equipe legisladora e promotora do MMC (BRASIL, 2001a).

Os profissionais apontaram ainda as dificuldades para estabelecer tais mudanças:

- *“eu tive bastante dificuldade em me adaptar a esse tipo de coisa, porque eu já estava em fim de carreira, estava bloqueada” (Dália).*

- *“as pessoas já estão acostumadas daquele jeito” (Violeta).*

- “[...] uma das maiores dificuldades para mim é a falta de consenso entre a equipe, porque a enfermeira tal te orienta de uma forma, a enfermeira fulana faz de outro. E também a falta de união com o psicólogo, com o serviço social” (Flor de laranjeira).

É importante que os profissionais possam refletir sobre suas atitudes, sobre as dificuldades cotidianas, buscando compreendê-las, porque “quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias” (FREIRE, 1981, p.30).

Desta forma, os profissionais passam a buscar soluções criativas para minimizar estas mudanças, de maneira a contribuir para a existência de outras “performances” dos profissionais da equipe:

- “acho que a gente podia tentar melhorar através destes encontros de modo continuado, um tipo de reciclagem nos próprios plantões. Um dia desses alguém me falou que ta sentindo falta de ter esses encontros, em cada plantão mesmo... de estar colocando o que estão sentindo em relação ao trabalho, dos conflitos. Eu pensei até em ta reunindo dois plantões, ou vir um funcionário da manhã no grupo da tarde, um da tarde no grupo da noite, realizar um encontro inter-plantões” (Violeta).

- “acho que é bem isso, se a equipe funciona bem, as coisas fluem” (Dália).

- “uma outra proposta é a ronda de equipe; cada um na sua área dá o seu olhar sobre aquela situação, envolvendo a família, o bebê” (Violeta).

Percebo, através destes relatos, novamente, a importância de abirmos espaços para reflexão, que é fundamental oportunizar momentos durante a nossa prática assistencial para pararmos e pensarmos em nossas atitudes, nossa maneira de ser e agir.

Para encerrar o encontro, trouxe um texto que recebi por e-mail um dia desses, intitulado “Você e o Espelho” (Anexo 3). Uma das participantes leu o texto, sendo que sua mensagem principal era: “Só existe uma pessoa capaz de limitar seu crescimento, você mesmo! Sua vida muda quando você muda! Você é o único responsável por ela” (Roberto Shinyashiki).

Os profissionais gostaram muito do texto e destacaram o fato de que cada um é responsável por suas atitudes. Se cada pessoa se esforçar para pensar e fazer melhor, seria um importante começo e um caminho fértil em direção ao esforço do grupo como “equipe neonatal”. O texto, enfim, pareceu fazer sentido para o grupo, por estar pleno de representação e simbologias.

Refletindo sobre o encontro...

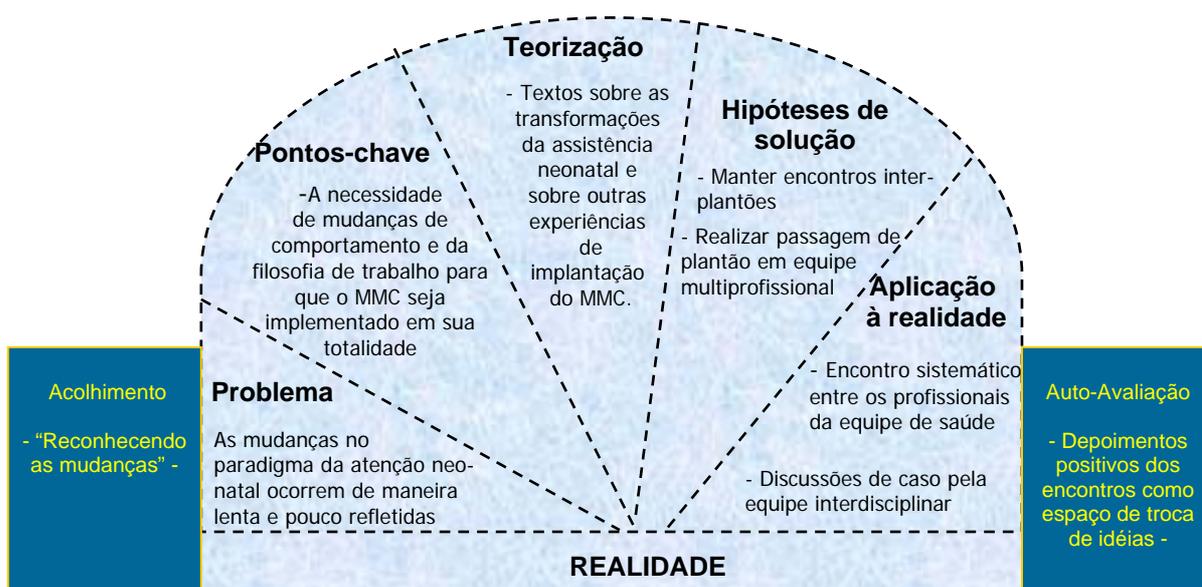


Figura 20 – Arco da problematização referente ao 10º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Ao “reconhecer as mudanças”, os participantes analisam as contribuições do MMC para a assistência neonatal. Percebem que após algum tempo de implantação deste Método na unidade, já se consegue avaliar alguns impactos que o mesmo apresenta, ou seja, de que **“O MMC provoca mudanças positivas na assistência neonatal”**.

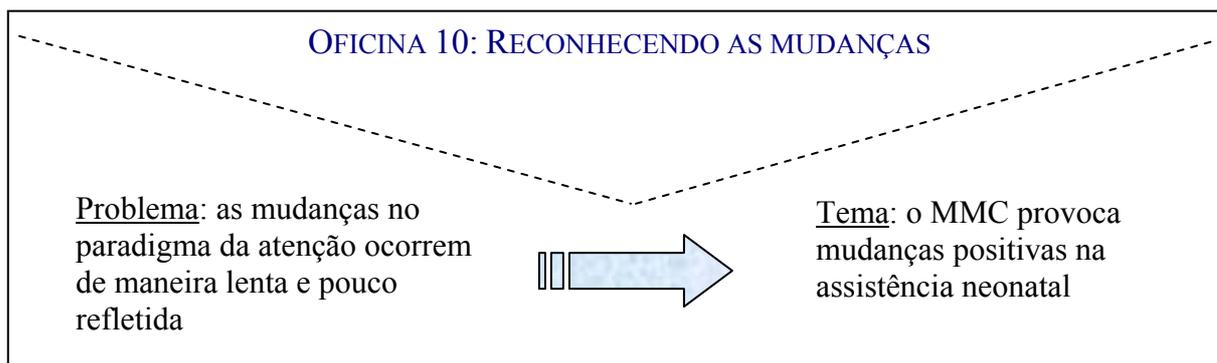


Figura 21 – Tema emergente do 10º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Lamy (2003) destaca o fato da metodologia canguru facilitar o encontro entre o bebê e sua família na UTI neonatal. Para esta autora, a principal vantagem do Método Canguru “é devolver o bebê para sua família o mais cedo possível” (LAMY, 2003, p.148).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) assinala que a adoção da estratégia do MMC pode ser essencial na promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde baseada nos princípios de humanização da assistência e de cidadania da família. Salienta ainda que a equipe de saúde deve reconhecer as necessidades de mudança de comportamento e da filosofia para que esta proposta seja desenvolvida sem quebra em suas etapas constituintes.

Nesta mesma perspectiva, Lamy et al. (2005) afirmam que o Método Canguru é uma estratégia de qualificação do cuidado pautado na atitude dos profissionais de saúde diante do bebê e sua família a partir de um conceito de assistência que não se limita ao conhecimento técnico específico.

Lamy (2000) assinala que nos últimos trinta anos grandes mudanças vêm ocorrendo no ambiente das unidades neonatais. A incorporação de novas tecnologias, a necessidade de diferentes categorias profissionais, a presença cada vez mais freqüente dos pais e o atendimento de bebês cada vez menores já fazem parte de uma realidade que exige posturas diferentes dos profissionais da equipe de saúde neonatal.

Conforme os depoimentos expressados nesta oficina, a adoção do MMC visa fundamentalmente a uma mudança de atitude por parte da equipe de saúde e da

família, bem como o manejo do neonato com necessidade de hospitalização (SCOCHI, 2000). Os profissionais entendem que, apesar de algumas “fragilidades” já apontadas e discutidas em oficina anterior, é imprescindível instrumentalizarem-se e revigorarem-se, periodicamente (e não apenas num determinado momento de “curso preparatório”), com estratégias e conhecimentos técnicos-científicos para que possam dar conta das novas necessidades que se apresentam, nesse processo de trabalho em construção. Só assim, o profissional poderá apreender o recém-nascido prematuro em sua individualidade, interpretar as relações interpessoais na negociação com os pais, familiares e com os demais membros da equipe de saúde, na administração do cuidado centrado na família, buscando a qualidade da assistência prestada (SCOCHI, 2000).

Neste sentido, é fundamental que os profissionais que compõem a equipe de saúde neonatal, que estão vivenciando esta nova proposta de cuidado ao recém-nascido prematuro e sua família – o MMC, possam refletir sobre suas ações, percebendo as contribuições que esta metodologia vem acrescentando na assistência, as mudanças atuais e potenciais, além de procurar problematizar as dificuldades que estão enfrentando na sua operacionalização, buscando transformar a sua realidade com vistas a qualidade do cuidado neonatal.

5.2.11 BUSCANDO HIPÓTESES DE SOLUÇÃO (11º encontro)

Na décima primeira oficina, de acordo com o que foi negociado no grupo, iríamos discutir sobre a maneira como estávamos desenvolvendo a assistência aos recém-nascidos e suas famílias em nossa unidade.

Participaram deste encontro seis profissionais: uma assistente social, uma psicóloga, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem. A oficina foi desenvolvida na sala de reunião da unidade neonatal, no período da tarde.

Inicialmente, foi feita uma dinâmica que denominei de “Confecção de cartazes”. Solicitei aos participantes que se dividissem em pequenos grupos e construíssem um cartaz que representasse o “nosso” cuidado. Distribui cartolinas, revistas, canetas coloridas, cola e tesoura. Como em outras oficinas, logo os

profissionais formaram os grupos e começaram a procurar gravuras que ilustrassem as suas idéias e discutiam animadamente sobre a maneira de construir o cartaz. Pude perceber que esse era um tema que os motivava e em torno do qual sentiam prazer em dialogar. O tipo de atividade sugerida também parecia bem-vinda, pois tornava-se uma forma de relaxar e reduzir o estresse do dia-a-dia.

Após algum tempo, colamos os cartazes (Apêndice F) na parede e foi solicitado que os participantes descrevessem suas idéias.

- *“O cuidado é um todo, desde a amamentação, a medicação, o banho, o carinho com o bebê, o incentivo à família. É ter noção, saber o que está faltando” (Tulipa).*

- *“A gente precisa reconhecer que cada um é um, a gente tem essa coisa no hospital, dos cuidados que são padronizados, em relação ao ambiente, à técnica, mas a gente tem que observar o bebê, os sinais que ele dá” (Hortênsia).*

- *“Nesse sentido o cuidado é o atendimento individualizado; não aquele massificado, mas é olhar para cada bebê e ver o que ele está precisando, o que ele pode responder. Cada bebê dá pistas diferentes, não é uma coisa igual, reagem a dor de maneira diferente, então eles devem ser atendidos de maneira diferente. Isso é cuidado” (Violeta).*

- *“O cuidado seria preservar a integridade física e mental do recém-nascido, seria o significado para mim, que é a nossa obrigação” (Rosa).*

A partir destes primeiros relatos, podemos perceber que o grupo foi unânime em discorrer sobre a necessidade do cuidado individualizado e de se reconhecer as características particulares de cada ser humano que necessita desse cuidado. É importante destacar que no contexto político-assistencial abordado pelo Ministério da Saúde, é preconizada a capacitação dos profissionais para uma nova visão do bebê, ou seja, a equipe “deve estar preparada” para reconhecer os comportamentos e reações do bebê para avaliar a adequação dos procedimentos do cuidado, de modo que estes sejam empregados de forma individualizada (BRASIL, 2002).

Contudo, mesmo que a equipe “saiba” a importância de estar preparada para reconhecer as particularidades de cada binômio e embora o Ministério “seja explícito”

nessa argumentação, o fato é que isso não vem ocorrendo de modo sistemático na assistência dentro da Unidade. Esta dicotomia entre o que se preconiza e o que realmente vem sendo efetivado na prática nos leva a refletir sobre as possíveis justificativas para este fato: será que o Programa dá condições para que essa filosofia, abordada tão explicitamente em seus conceitos e pressupostos, ocorra? Os profissionais realmente são capacitados para realizar mudanças na sua forma de agir de maneira refletida, ou a proposta gira em torno de “requerimentos”, mas não há uma política de preparação profissional oficial para isso?

Percebemos por estes relatos que, apesar dos profissionais terem realizado o curso de capacitação para a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro, previsto pelo Ministério, este não dá garantias de que a prática seja modificada ou que os profissionais estejam preparados para esta nova abordagem. São necessários outros investimentos, voltados principalmente ao dia-a-dia de cada instituição, ao significado que cada um imprime à proposta e à realidade onde essas pessoas encontram-se inseridas. Faz-se necessário uma aprendizagem significativa como a vivenciada por estas oficinas.

Ainda, na discussão dos cartazes, foram destacadas duas frases.

- *“Novos tempos, novas perspectivas – representando o [Método] canguru, porque para nós, a expectativa é muito grande” (Rosa)* (referindo-se à inauguração da área nova, com oito leitos para a operacionalização da segunda etapa do MMC).
- *“Conversando a gente se entende – que representa a necessidade do diálogo, porque a gente trabalha em equipe [...]. Para todo mundo se entender, falar a mesma língua e ao mesmo tempo ajudar ao prematuro, que é tão frágil” (Rosa).*
- *“Eu achei legal, porque aí você remete o cuidado para o cuidador. O cuidador sendo ouvido, limpando as poeirinhas que volta e meia ficam, ele vai conseguir prestar esse cuidado para o bebê e família com muito mais qualidade” (Violeta).*

Aqui aparece o MMC ainda como foco de expectativas para os profissionais da equipe, e ao mesmo tempo, emerge a perspectiva de incentivar o diálogo entre os

profissionais, como forma de redimir as dificuldades, aparar as arestas, trocar experiências.

Após esta reflexão, solicitei aos profissionais que pensassem numa forma de melhorar a qualidade do nosso cuidado. Distribui cartões coloridos e orientei que os mesmos anotassem naqueles papéis suas sugestões. Depois de alguns instantes, o grupo concluiu suas anotações e sugeriu que criássemos um novo cartaz com as propostas de cada um. Sendo assim, acatamos a idéia inicial e foi então confeccionado um novo cartaz (Apêndice G). As propostas foram as seguintes:

- “[...] *conversar mais abertamente sobre as mudanças futuras. Rotinas definidas e respeitadas por toda equipe da neo*” (*Amor perfeito*).
- “*gostaria que tivesse mais oficinas, para que a gente ficasse sabendo os pontos que precisa melhorar*” (*Tulipa*).
- “*tentar colocar em prática o que a gente sabe na teoria, continuar fazendo oficinas e reflexões. Estar abertos às críticas, recomendações, saber trabalhar em equipe*” (*Crisântemo*).
- “*colocar-se no lugar do outro, diálogo ↔ compreensão*” (*Hortênsia*).
- “*continuar se encontrando e refletindo sobre a nossa prática de cuidado*” (*Rosa*).
- “*estar aberto para ouvir o que poderia ser mudado. Realizar oficinas com a equipe para refletir sobre a prática*” (*Violeta*).

Nesta oficina, particularmente, fiquei muito feliz e estimulada com o trabalho que estava desenvolvendo, pois pude confirmar, a cada cartão colorido e a cada relato dos profissionais, a importância que estavam colocando para a continuação do espaço de diálogo, agora ampliando-se para novas perspectivas de participação e para o alargamento dos horizontes temáticos e de discussão. Percebi que a equipe estava, realmente, enfatizando a necessidade de manter fóruns similares para refletir sobre a sua prática. Além disso, parecia haver possibilidades de transformação da realidade, pelo engajamento, senão de todos os profissionais, mas de uma representativa parcela deles.

Segundo Wayhs (2003), a educação está entrelaçada com o cuidado. A educação é a transformação, é a mudança, a reformulação de hábitos, a partir do vivido e do experienciado e, além de tudo, representa uma oportunidade de exercitar o cuidado.

Todos saíram bastante esperançosos deste encontro, verbalizando que, aos poucos, a semente da mudança estava sendo plantada em cada um dos participantes destas oficinas e que seriam estas pessoas as responsáveis por estimular toda a equipe para a reflexão de suas atitudes, para repensar sua prática cotidiana.

Refletindo sobre o encontro...

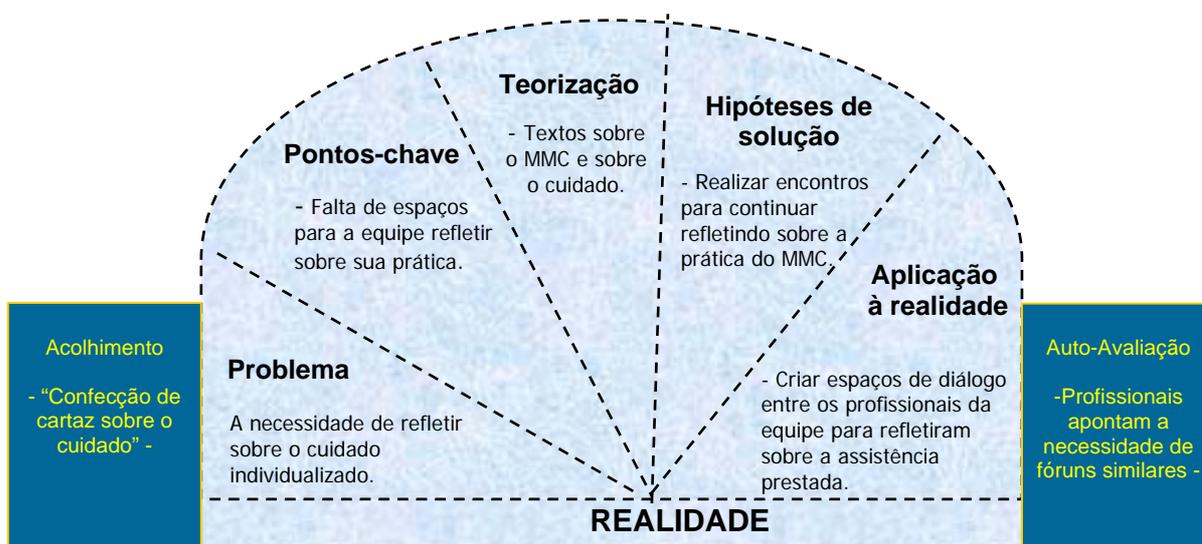


Figura 22 – Arco da problematização referente ao 11º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Ao “buscar hipóteses de solução”, agora mais focalizados em direção à continuidade do desenvolvimento do Método na unidade, os profissionais perceberam que através do “**Cuidado individualizado**” e da “**Educação contínua**”, procurando no dia-a-dia questionar e analisar a sua prática e mantendo fóruns de discussão contínuos e sistemáticos entre os diferentes integrantes da equipe de saúde, poderiam melhorar a qualidade da assistência prestada aos recém-nascidos e suas família.

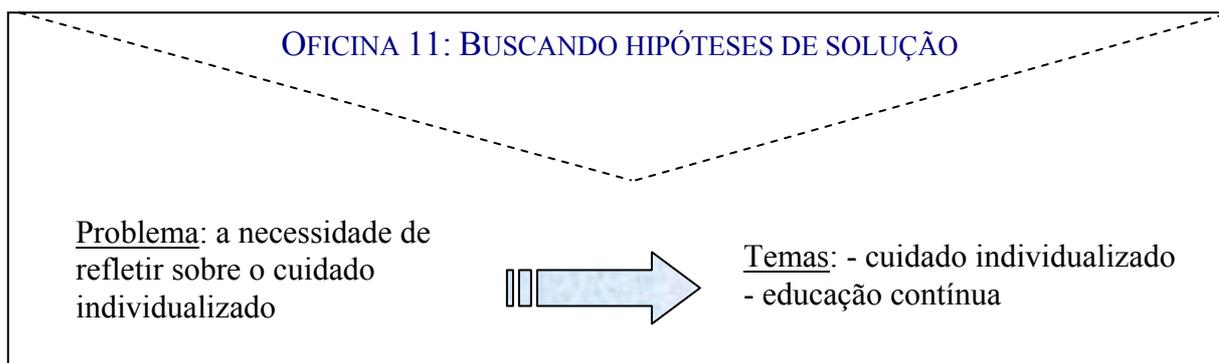


Figura 23 – Tema emergente do 11º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Apoiando esta decisão, Furlan, Scochi e Furtado (2003) destacam a importância da equipe interdisciplinar buscar um aprimoramento técnico e psico-afetivo da assistência, através da prestação de cuidados mais individualizados para o prematuro e sua família, tentando respeitar a singularidade de cada unidade mãe-filho. O grande desafio, de acordo com Elias e Menezes (2002) e com Gianini e Gomes (2002), está em conhecer as necessidades individuais de cada recém-nascido e sua família, exercitando a utilização e a observação da linguagem verbal e não verbal (o olhar, os gestos, as posturas, dentre outros), uma vez que a própria proposta de atenção humanizada a essa população já envolveria, em seu escopo geral, o compromisso de mudar o paradigma da terapia intensiva neonatal, colocando em evidência a importância da escuta, do acolhimento e da atenção com a singularidade de cada bebê, de cada mulher e de cada família.

Cunha (2000) descreve que o recém-nascido e sua família vivenciam a internação hospitalar de maneira individual e própria de cada um. Este é um acontecimento único em suas vidas, um contexto que somente eles entendem. Sendo assim, é fundamental que os profissionais se interessem em saber quais são as suas necessidades, para garantir o atendimento particularizado que cada situação inspira.

Scochi (2000) colabora ainda com esta mesma argumentação, afirmando que, para que se conquiste a melhoria da qualidade da assistência nas unidades de terapia intensiva e para que se vislumbre a possibilidade de uma adaptação do prematuro ao ambiente extra-uterino, além de perseguir, de modo incansável, a redução das

iatrogenias decorrentes do processo terapêutico, os profissionais devem planejar os cuidados de forma particularizada, de acordo com as necessidades apresentadas pelo bebê e sua família, a cada momento.

Neste sentido, o espaço coletivo de escuta e fala é a chave na abordagem da melhoria da qualidade dos serviços de saúde, sendo possível refletir sobre a humanização do atendimento, sobre as necessidades e expectativas de cada família, assim como sobre a comunicação e o trabalho em equipe, tendo-se como meta a minimização do sofrimento dos usuários do sistema de saúde, assim como da equipe de saúde (ELIAS; MENEZES, 2002). Os profissionais da equipe neonatal, de acordo com a simbologia apresentada nos cartazes, revelaram suas sensibilizações e disposições para a continuidade do processo educativo que, a exemplo das sugestões apontadas por Vilela e Mendes (2003), deve pautar-se nos conhecimentos experimentados, vividos, pois esses permitem formar profissionais com capacidade de solucionar problemas.

Segundo Prado e Horr (2000, p.115) “a educação assume, cada dia mais, um papel fundamental na formação de sujeitos críticos, capazes de construir a sua trajetória e transformar a sua realidade”. Todo processo educativo precisa ser uma prática transformadora, tanto do indivíduo quanto da realidade em que este se insere. Como nos diz Freire (1996), ensinar exige apreensão da realidade, não para nos adaptarmos a ela, mas para transformá-la, para nela intervir, recriando-a; desenvolvendo a capacidade de aprender como sujeitos críticos. Neste sentido, compreende-se que o profissional poderá ser, ao mesmo tempo, sujeito e agente de mudança, através da ação-reflexão-ação sobre sua realidade, ou seja, quanto mais o profissional refletir, individualmente e em grupo, sobre a sua maneira de ser e agir, mais se torna consciente e capaz de intervir na realidade e, dessa forma, fortalecer-se para transformá-la (FREIRE, 1996; SILVEIRA, LUNARDI, 2000; BACKES, FILHO, LUNARDI, 2005).

A educação e a saúde são espaços de produção e explicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há uma intersecção entre esses dois campos, tanto em qualquer nível de atenção à saúde quanto na aquisição contínua de

conhecimento pelos profissionais de saúde. Assim, estes profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e de aprender (PEREIRA, 2003).

Neste encontro, ao exprimirem a vontade de manter os espaços para diálogos entre as pessoas da equipe e ao vislumbrar estes, como uma possibilidade de troca de saberes, de aprender mútuo, como um momento que propicia a mudança de atitude e valores, fica claro o desejo dos profissionais de continuar aprendendo para esta nova maneira de atuar. O que posso afirmar é que nesta experiência com o grupo, a relação dialógica apresenta-se como alicerce na construção do conhecimento, procurando despertar nos profissionais a importância da competência técnica aliada à sensibilidade, almejando assim um cuidado individualizado e qualificado para o recém-nascido e sua família.

5.2.12 TRANSFORMANDO A REALIDADE (12º encontro)

Em nosso décimo segundo encontro, última oficina proposta por este estudo, conforme o acordo firmado, iríamos realizar uma avaliação desta prática educativa. Nesta oficina estavam presentes seis profissionais: uma enfermeira, uma fonoaudióloga, uma assistente social, duas técnicas de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem. O encontro aconteceu na sala de reuniões da unidade neonatal, no período da tarde. Os participantes estavam bastante eufóricos, contudo, exprimiam um sentimento de pesar com o encerramento das atividades planejadas no desenvolvimento da prática educativa.

Para a primeira etapa da oficina, eu havia confeccionado em papel colorido várias flores, com três pétalas cada uma. Inicialmente distribuí as flores sobre a mesa e solicitei que cada participante escolhesse uma delas. Em seguida, reforcei com o grupo a proposta de avaliação de toda a trajetória percorrida desde que havíamos começado o processo educativo e orientei os profissionais para realizarem uma reflexão sobre o desenvolvimento dos encontros, sendo que cada pétala representava “o que penso”, “o que sinto” e “o que faço” após minha participação neste grupo.

Os participantes mostraram-se bastante “*encantados*” pela idéia, concordando veementemente com a dinâmica proposta, além de revelarem que estavam empolgados com a possibilidade de falar sobre o conteúdo que estava sendo sugerido ao grupo. Alguns começaram a conversar em dupla, outros simplesmente ficaram pensativos e aos poucos houve um movimento em que todos começaram a escrever em suas flores.

Passado algum tempo, os profissionais começaram a partilhar com o grupo suas anotações. Iniciamos pelo que “cada um pensava”:

- “*penso que precisa continuar*” (*Amor perfeito*).
- “*que aprendi muito com as oficinas*” (*Tulipa*)
- “*que seria bom a gente continuar*” (*Hortênsia*).
- “[...] *momento de reflexão*” (*Girassol*).
- “[...] *abriu horizontes*” (*Rosa*).

Depois, o grupo apresentou “o que sentia”:

- “*eu sinto uma maior aproximação com as pessoas, sinto que as pessoas estão querendo a mesma coisa*” (*Hortênsia*).
- “*feliz, satisfeita, gostei muito. Satisfeita, mas não no sentido de que deveria acabar*” (*Amor Perfeito*).
- “*angústia e prazer, angústia não por estar aqui, mas por ter pouca gente, e querer que as pessoas sentem juntas*” (*Boca de leão*).
- “*bem-estar em participar dos encontros e sinto a importância desse trabalho na assistência multidisciplinar. Estes encontros favorecem a troca de idéias, maior entrosamento entre os profissionais*” (*Girassol*).
- “*sinto que podemos melhorar cada dia mais*” (*Rosa*).

E em seguida “o que faria”:

- “*eu procuro cada dia melhorar no meu trabalho*” (*Tulipa*).
- “[...] *nem sempre o certo. A gente escuta, a gente assimila, mas na hora de colocar na prática, a gente vê que fez errado. A gente tenta mudar, sabe que é melhor para a*

mãe e o bebê, só que ainda agimos muitas vezes mecanicamente, quando vê já foi” (Amor perfeito).

- *“internalizo. Internalizar para mim, é captar tudo que aconteceu nas oficinas e depois seduzo. Na verdade seduzir é chamar o outro para participar do que a gente ta falando” (Boca de leão).*

- *“[...] procurar estar aplicando na prática aquilo que a gente discutiu, não sair da sala e esquecer tudo. Tentar no dia-a-dia nas ações, nas discussões e fazer esta troca com os colegas que não estão participando. Acho que este trabalho de formiguinha, de contaminar aos pouquinhos, a gente já está fazendo” (Girassol).*

- *“levar adiante o que discutimos para melhorar o atendimento” (Rosa).*

Após este primeiro momento, partimos para 2ª etapa da oficina, onde então realizamos uma avaliação da forma com que as oficinas foram operacionalizadas, sobre a metodologia problematizadora e sobre as contribuições e pontos fracos da prática educativa.

- *“Acho que a partir desta primeira dinâmica podemos avaliar que todos gostaram muito do processo. Essa vontade de querer continuar prova que foi importante de alguma maneira para cada um de nós” (Girassol).*

- *“As dinâmicas que foram feitas tornavam a oficina mais dinâmica, deixavam a gente mais à vontade para falar” (Rosa).*

- *“Foi muito importante discutirmos sobre a nossa realidade. É bom termos este momento para parar, pensar e refletir como estamos agindo, para então tentar mudar” (Amor Perfeito).*

- *“Problematizar o nosso cotidiano é muito bom, estimula o diálogo, possibilita a reflexão” (Hortênsia).*

- *“Foi bom porque percebi que as pessoas respeitam minha maneira de pensar. Eu pude ser ouvida, trocar idéias e até perceber que podia agir diferente algumas vezes” (Tulipa).*

Através destes depoimentos podemos perceber que a metodologia problematizadora escolhida para embasar a prática foi adequada aos objetivos propostos, pois permitiu aos profissionais de saúde a vivência de compartilhar sentimentos, percepções, valores, crenças e conhecimentos, divergências e conflitos, caminhando para a ação-reflexão-ação.

Apesar da valorização da prática educativa, os participantes ainda levantaram a dificuldade de reunir um maior número de pessoas como o ponto fraco deste processo:

- *“eu acho que deveríamos seduzir mais pessoas, devíamos tentar envolver outros turnos...” (Hortênsia).*

- *“as vezes as pessoas não querem participar, mas nem sabem dizer o porque. Aí é complicado vir no grupo e se expor” (Boca de leão).*

- *“a angústia é levar adiante para todo mundo, assim é abrir a cabeça dos outros pra que eles entendam” (Rosa).*

Contudo, as pessoas presentes reforçaram o fato que as mesmas poderiam se esforçar para o que denominam de *“fazer a diferença”* no cenário assistencial da UTIN. Apesar de não haver um número maior de profissionais participando dos encontros, os envolvidos nesta prática poderiam estimular as mudanças a partir das suas próprias atitudes, como num movimento em espiral, a ponto de acreditarem que podem sensibilizar os outros componentes da equipe para que se engajem na proposta, de forma paulatina e crescente:

- *“[...] mesmo sem falar, porque às vezes falar para o outro é difícil. Mas, se a gente faz e eles observam, gostam e começam a fazer, aí vai melhorando. Como por exemplo, a contenção do bebê, que não era feita (referindo-se ao rolinho de tecido que é utilizado ao redor do corpo do bebê, formando um ‘ninho’, que favorece a limitação do espaço e proporciona conforto). Um fez, outro fez, percebemos que o bebê fica mais confortável, aí agora é uma rotina, todo mundo faz, então aos pouquinhos se cada um vai fazendo, vai melhorando” (Rosa).*

Ainda como hipótese de solução, e forma de dar continuidade ao trabalho, foi sugerida a criação de novos fóruns para continuarmos refletindo sobre a nossa prática:

- *“poderíamos criar a reunião do canguru” (Rosa).*
- *“podemos aproveitar o momento do cafezinho para conversarmos com o nosso grupo de trabalho” (Boca de leão).*
- *“podemos fazer um café temático; às vezes trazer um artigo pequeno para refletir” (Hortênsia).*

Todos estavam bastante entusiasmados com a idéia de dar continuidade aos trabalhos e buscar forma de integrar estes momentos no cotidiano da unidade neonatal. Para a etapa do relaxamento de integração/finalização do encontro, propus o texto “Nunca deixe de sonhar...” (Anexo 4). Um dos participantes fez a leitura e depois o grupo realizou alguns comentários:

- *“o texto reforça a importância de nos unirmos às pessoas que acreditam nas mesmas coisas, que tem os mesmos ideais” (Girassol).*
- *“fala ainda da necessidade de continuarmos caminhando, que é necessário esforço e persistência...” (Rosa).*

O encontro foi encerrado com as palavras de Boca de leão e Hortênsia, dito quase em uníssono: *“sonho que se sonha só, é só um sonho. Sonho que se sonha junto torna-se realidade”*. Os participantes despediram-se uns dos outros, verbalizando acreditar que apesar de ainda representarem uma pequena parte da equipe, estavam confiantes que ao mudarem suas maneira de pensar e agir, aos poucos conseguiriam motivar outros profissionais a também refletirem sobre suas atitudes, modificando assim a assistência prestada, possibilitando a transformação da realidade.

Refletindo sobre o encontro...

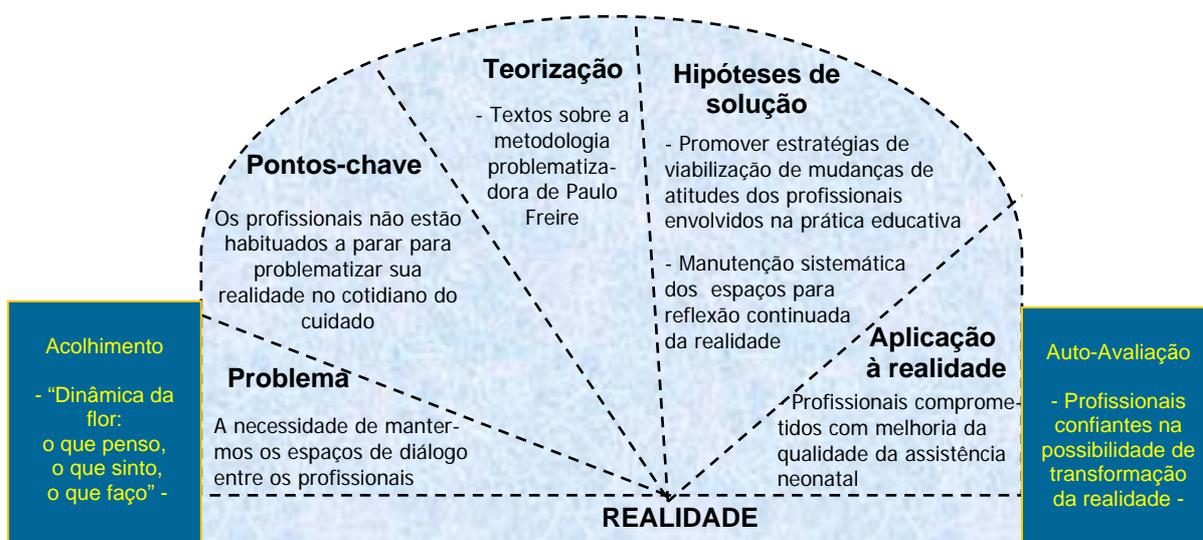


Figura 24 - Arco da problematização referente ao 12º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

Ao perceber que, aos poucos, se está “transformando a realidade”, os profissionais reconheceram a importância da prática educativa no contexto da UTI neonatal. Descobriram que, através destes espaços dialógicos, vem sendo possível repensar as ações e melhorar a qualidade da assistência ao recém-nascido e sua família. Desta forma, destacam a relevância da “**educação problematizadora como uma constante na assistência neonatal**”.

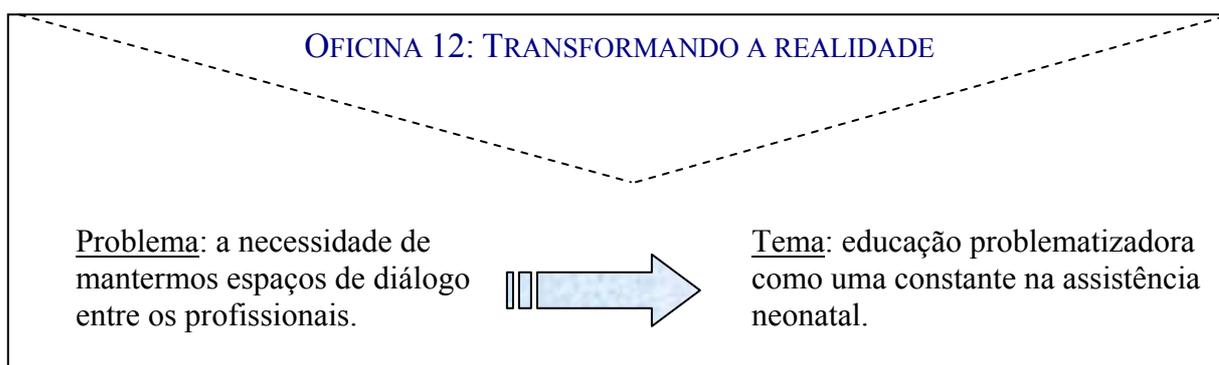


Figura 25 – Tema emergente do 12º encontro realizado com a equipe de saúde da unidade neonatal – Florianópolis-SC, 2005.

O momento das oficinas propiciou reflexões coletivas para que cada um socializasse suas idéias, suas experiências, provocasse modificações na maneira de pensar e agir do grupo. Outro fator importante foi que as reflexões deram-se a partir

das situações vividas no cotidiano da assistência na unidade neonatal. Wolkmer (1998) reforça esta compreensão, na medida em que aponta a metodologia problematizadora, na perspectiva de Freire, como “um esforço permanente através do qual os homens vão percebendo, criticamente, como estão sendo no mundo com que e em que se acham” (WOLKMER, 1998, p. 103).

Segundo Batista et al. (2005), a educação problematizadora encontra nas formulações de Freire um sentido de inserção crítica na realidade para dela retirar os elementos que conferirão significado e direção às aprendizagens. No movimento de ação-reflexão-ação são elaborados conhecimentos, considerando a rede de determinantes contextuais, as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam. Neste sentido, os profissionais reconhecem que somente através do desvelamento de sua realidade, através de uma visão crítica do contexto, das pessoas, das interações e de seu modo de existir, poderão perceber as diferentes facetas que envolvem o cuidado ao recém-nascido e sua família e desta forma conseguirão construir novas possibilidades de ações.

Para o grupo, a prática educativa contínua e permanente, norteada pela abordagem problematizadora, é considerada a mais adequada aos propósitos delineados, pois entendem que a mesma promove a valorização do saber de todos e de cada um e o instrumentaliza para a transformação da realidade assistencial que envolve o Método Mãe-Canguru, da realidade do próprio grupo e igualmente, para o crescimento individual de cada um dos profissionais integrantes desse grupo. Além disso, a experiência provocada pela presente prática educativa, leva o grupo a perceber que a educação problematizadora fundamenta-se na relação dialógica entre educador-educando e, como referem Cyrino e Toralles-Pereira (2004), possibilita a ambos aprenderem juntos, por meio de um processo emancipatório. Assim, o profissional poderá ser sujeito e agente de mudança, através da ação-reflexão-ação sobre sua realidade concreta. A equipe neonatal está se dando conta, cada vez mais que, quanto mais o profissional reflete sobre a sua realidade, mais se torna consciente e capaz de intervir (FREIRE, 1996).

Segundo Backes, Filho e Lunardi (2005), o papel do trabalhador social que optou pela mudança deve ser o de estimular o processo de conscientização dos profissionais com quem trabalha, no sentido de valorizar potencialidades, estimular e provocar novas possibilidades de transformar a sua realidade. O mestre Freire (1981) enfatiza a educação como consequência da necessidade do ser humano de adaptar-se ao novo, na busca de sua realização como pessoa e da consciência que tem de si como ser inacabado, em constante busca. O grupo de profissionais que vivenciou esta experiência certamente, hoje, mais do que antes, tem essa consciência.

Pensar novas formas de atenção e cuidados ao recém-nascido prematuro e sua família, utilizando a construção de um processo educativo-reflexivo, pressupõe profissionais comprometidos com sua realidade, dispostos a exercer seu potencial criativo de participação, na esperança da construção de uma outra realidade (COSTA, 2002).

CAPÍTULO 6 – DOS PROBLEMAS INICIAIS À APLICAÇÃO À REALIDADE E A PERSPECTIVA FUTURA

Neste momento do estudo pretendo realizar uma reflexão global sobre a experiência que foi vivenciada pelos profissionais participantes. Inicialmente, apresento um breve resgate do movimento ação-reflexão-ação estabelecido ao longo das 12 oficinas, bem como dos temas emergentes discutidos durante este processo. Em seguida, faço destaque das fases da problematização abordadas no decorrer da prática educativa de modo a permitir uma visualização mais ampla desta experiência. E por fim, discorro sobre algumas mudanças que já vêm ocorrendo no âmbito da unidade neonatal e as perspectivas futuras.

Quando iniciei a prática educativa, os participantes foram convidados e estimulados a olharem para a sua realidade de trabalho, refletindo sobre o Método Mãe-Canguru, enquanto um recorte focalizado da realidade neonatal, do qual participam tanto profissionais quanto usuários. No **primeiro encontro**, ao concentrarem suas atenções para o problema, no sentido de iniciarem a leitura daquele contexto, os profissionais levantaram o fato das mães não estarem realizando a posição canguru. A primeira impressão das pessoas presentes na oficina foi a de que as dificuldades para efetivação do contato pele-a-pele (primeiro problema diagnosticado pelo grupo) não estavam relacionadas com aqueles profissionais ali presentes, e sim, com as próprias mães/puérperas que, aos olhos da equipe, não faziam a posição canguru, por múltiplos e variados motivos. Deste modo, como principal estratégia para resolução do problema, foi levantada a necessidade de motivar as mães a

permanecerem maior tempo na unidade e realizarem a posição canguru. Ou seja, se o problema estava “com as mães”, a mudança de atitude deveria partir delas, e não dos profissionais. Naquele momento inicial o grupo não havia tomado consciência de que eles poderiam ser os principais responsáveis pela transformação da realidade.

No **segundo encontro**, as pessoas presentes, após dialogarem e criticarem suas atitudes, constataram que o problema não estava fora delas e que, ao contrário, tudo o que dizia respeito àquela proposta, lhes era afeito sim, ou seja, como co-integrantes da atenção à saúde neonatal, também eram responsáveis e incluídos, seja nos benefícios promovidos ou nas lacunas e fragilidades existentes. Vislumbraram naquele encontro, a importância da participação e inclusão de todos os profissionais da equipe. Inconformados, expressaram a necessidade de valorizar a opinião de todos; ou seja, tanto dos que estavam participando das reflexões no grupo, quanto dos que ainda não haviam se engajado na proposta que, naquele momento, estava começando a ser um espaço interessante de aprendizagens e permutas. Interpretei, naquele momento, que havia uma forte necessidade de trocas entre os membros da equipe e uma convergência de interesses que oferecia terreno fértil para que os participantes percebessem que ao conhecer a opinião de todos (e de cada um) sobre o MMC, poderiam envolver mais pessoas, e quem sabe, toda a equipe, na reflexão sobre a prática desenvolvida na unidade neonatal.

Ao compartilhar a prática com os demais componentes da equipe, os profissionais participantes do **terceiro encontro** conheceram e exteriorizaram, de modo mais crítico e participativo, algumas potencialidades e fragilidades da implementação do MMC em sua realidade. Ao vislumbrar algumas potencialidades apontadas frente ao Método, pude perceber que os profissionais, em sua grande maioria, reconhecem, validam e valorizam o MMC enquanto política de atenção neonatal. Entretanto, constatam igualmente que, no cotidiano da assistência, ainda enfrentam algumas barreiras no desenvolvimento integral da proposta, tais como o fato de alguns profissionais ainda não “aceitarem” inteiramente a proposta, deixando de reconhecê-la como um projeto de cunho interdisciplinar e que tenha real impacto na qualidade global da assistência neonatal ou no contexto institucional.

Outra dificuldade interposta trata da falta de “sensibilização” de alguns profissionais para colocar em prática o Método na unidade neonatal. Nesta perspectiva inclui-se desde questões relacionadas à sensibilização para realizar o acolhimento às mães, pais e famílias dos prematuros que entram na unidade e optam pelo desenvolvimento do canguru, até a explícita verbalização de dificuldades no sentido de envolver os pais no dia-a-dia da unidade. A tais fragilidades, os profissionais participantes da prática educativa adicionam também a necessidade de área física adequada para que pais, recém-nascidos, famílias e profissionais possam desfrutar com conforto e qualidade do contexto cuidativo. O fato da mãe/puérpera do prematuro precisar permanecer afastada do lar por períodos relativamente longos e quase contínuos também são incluídos como questões a serem debatidas visando estratégias de resolução, já que os profissionais vêem nisso uma causa social impeditiva para a qualidade do desenvolvimento da prática do canguru no contexto hospitalar.

No **quarto encontro**, a partir dos dados apresentados no encontro anterior, realizou-se uma reflexão sobre a implementação da primeira etapa do MMC. Os participantes concluíram que a simples implantação do Método, como forma de atenção humanizada ao recém-nascido e sua família, não dá total garantia do incremento na qualidade do atendimento e sim, que há a necessidade de mudanças de atitudes dos profissionais, afim de lutar para a integralidade do desenvolvimento do projeto como um todo. Refletiu-se sobre a necessidade de que o profissional da equipe de saúde seja estimulado a reconhecer as características individuais de cada recém-nascido e família, para atuar de maneira particularizada, assim como é fundamental, na prática do dia-a-dia, que sejam encontradas estratégias apropriadas para a valorização das precauções adotadas com relação ao excesso de ruídos e iluminação, a preocupação na organização das atividades de rotina e do manejo com o recém-nascido, o apoio e acompanhamento da família, como também a ênfase na participação dos pais nos cuidados com seu filho. A valorização destas mudanças de atitude e a reflexão sobre os benefícios desta prática contribuirão para uma assistência qualitativamente diferenciada.

Na **quinta oficina** os profissionais discutiram sobre o trabalho em equipe, já que interpretam a proposta de implementação do MMC como sendo um projeto que

deve ser coletivo, quer dizer, uma filosofia e uma prática que, além de serem indissociáveis, não devem prescindir da atuação de uma “equipe” no seu sentido mais complexo, em que existam interesses coletivos, complementação de disciplinas e conhecimentos e, além disso, o compromisso conjunto de reflexão continuada de todos os integrantes em direção ao ajuste benéfico entre teoria e prática, ao debate crítico que possa levar às mudanças almejadas; enfim, congrega esforços em direção à validação do projeto e ao enfrentamento de suas contradições e conflitos.

Neste encontro, o foco de diálogo concentrou-se na promoção da integralidade das ações dos profissionais da equipe, uma vez que os integrantes concordam que é fundamental a formação de uma equipe multiprofissional que conheça toda a extensão do Método, que atue de maneira harmoniosa e sincrônica (ainda que conflituosa, pois entendem que a realidade em si não é passiva) para que a proposta de atenção humanizada não sofra descontinuidades.

Ao continuar no processo de desvelamento da realidade, **no sexto encontro** pude evidenciar que os profissionais reconhecem que o sujeito do cuidado vem sendo ampliado, suplantando a atenção específica ao recém-nascido prematuro, tão somente, porém envolvendo a família e suas interações. Assim, reconhecem que não basta apenas atender as necessidades do bebê internado, mas é fundamental que todos os profissionais entendam e resignifiquem as diferentes maneiras que a família utiliza para enfrentar este processo, buscando ajudá-los na sua superação e trabalhando para a conquista do fortalecimento do vínculo afetivo recém-nascido/família.

Nesta linha de pensamento, **no sétimo encontro**, foi aprofundado o debate em torno da presença da mãe/família na UTIN e a participação dos mesmos nos cuidados com o recém-nascido. Durante aquela oficina os diálogos mantidos levaram ao entendimento da necessidade dos profissionais realizarem um acolhimento adequado às famílias que têm o filho prematuro internado em uma unidade neonatal, uma vez que a introdução dos pais no ambiente da UTI pode ser determinante no processo de hospitalização do recém-nascido prematuro e no desenvolvimento do Método Mãe-Canguru. Os trabalhadores e trabalhadoras da unidade neonatal, em sua maioria, reconhecem que, logo após o nascimento, os pais se vêem em meio a um turbilhão de

sentimentos negativos, sendo muito difícil entrar neste novo e desconhecido ambiente, sem o apoio apropriado e respeitoso da equipe de saúde. Desta forma, é essencial que os profissionais estejam conscientes de seu papel no momento do acolhimento desta família, já que esta recepção tem impacto direto na maneira com que a mesma irá atribuir significado e efetivamente se engajar no desempenho do MMC.

No **oitavo encontro**, ao perceberem que o diálogo propicia a exteriorização de valores e conceitos, os profissionais conseguiram refletir sobre vários temas que desagradam ou dificultam a prática durante o desenvolvimento da segunda etapa do MMC, ou seja, o momento em que a família passa a sentir-se parte da equipe de cuidado, entre eles a presença constante da mãe na unidade neonatal, a dificuldade de cuidar da díade mãe-bebê, o fato da mãe passar a assumir os cuidados do filho e a explícita percepção de que esta etapa gera nos profissionais a sensação de perda do papel de cuidador. Ao exteriorizarem estes fatores, os profissionais revelaram a necessidade de uma melhor discussão da equipe sobre a mudança do paradigma neonatal, isto é, o cuidado centrado na família.

Minha interpretação sobre aquele encontro foi a da existência de alguns aspectos ainda pouco revelados no cotidiano da assistência e que perpassam, inclusive, por um profundo conflito em relação aos papéis a serem desempenhados, uma vez que, ao possibilitar a participação dos pais nos cuidados, principalmente a partir da segunda etapa do Método, muitos profissionais sentem que as paredes da UTI neonatal começam a desmoronar, pois o espaço, até então técnico e profissional, transforma-se numa realidade familiar e domiciliar, em que os pais começam a sentir que, realmente, não são “acessórios” da assistência, e sim, atores principais do processo. Acredito que este fator está fortemente ligado a formação dos profissionais, pois os mesmos foram ensinados a dirigir a situação, a exercer o papel de domínio da situação. A segunda etapa do MMC traz uma relação de forças, onde o profissional ainda tem dificuldade em estabelecer uma relação de horizontalidade com os pais. As políticas de saúde, atualmente, propõem uma relação de parceria entre profissionais e usuários e, neste sentido, acredito ser fundamental que as pessoas envolvidas, tanto os profissionais da equipe de saúde como os familiares do recém-nascido internado, possam dialogar sobre este aspecto, de modo a superar esta barreira ainda pouco explícita de disputa de

papéis, caminhando então em direção a uma perspectiva mais integrativa e de parceria entre pais e profissionais, percebendo que, com isso, o maior favorecido será o recém-nascido prematuro, foco principal da atenção destes sujeitos.

Ao refletirem sobre o ambiente da UTI neonatal, no **nono encontro**, os profissionais reconheceram-se como parte integrante da solução dos problemas ali existentes, principalmente ao levantarem a necessidade do desenvolvimento da competência técnica para garantir segurança no atendimento ao recém-nascido e sua família. Além disso, destacaram também a importância da sensibilidade como um elemento contributivo e indispensável no desenvolvimento da assistência neonatal em ambiente de terapia intensiva. Os participantes daquela oficina refletiram que uma das maiores contribuições da proposta de implantação do MMC nas unidades neonatais, do ponto de vista da capacitação para o cuidado, é a de romper com a visão fragmentária e pontual do atendimento neonatal. Para a superação desse entendimento, indicaram a importância de que os profissionais desenvolvam habilidades para conhecer as particularidades de cada família que vivencia o processo de hospitalização, levando em consideração os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Desta maneira, o ambiente da UTI neonatal, reconhecido como um ambiente estritamente técnico, transforma-se num ambiente mais acolhedor, onde são levadas em consideração todas as interações envolvidas no processo do nascimento prematuro, permitindo que o profissional possa desenvolver e valorizar sua sensibilidade para o cuidado.

Ao problematizar a implementação do MMC na realidade da unidade neonatal, os participantes expressam, no **décimo encontro**, que a mesma provoca mudanças na forma de atendimento prestado ao recém-nascido e sua família. Como potencialidades do Método e mudanças positivas naquele cenário, destacam a inserção da família no ambiente da UTI neonatal e também as mudanças comportamentais e ambientais, como a redução da luminosidade e dos ruídos, a diminuição e organização dos procedimentos intervencionistas, a introdução de medidas para redução da dor no recém-nascido, propiciando um cuidado individualizado, integral e sensível. Apesar de constatarem a importância e as vantagens do Método, os profissionais inferiram, durante aquele encontro, que é absolutamente indispensável oportunizar espaços para o diálogo entre os membros da equipe, no sentido que seja conquistado o saudável

hábito de refletir sobre suas ações, de modo coletivo, garantindo assim que as mudanças ocorram de modo crítico, comprometido e participativo.

Ao buscar hipóteses de soluções para os problemas levantados, os profissionais perceberam que, por meio do cuidado individualizado e da educação contínua e permanente (questionando o que antes era “inquestionável” e mantendo fóruns de discussão sistemáticos), poderiam melhorar a qualidade da assistência prestada aos recém-nascidos e suas famílias. Naquele **décimo primeiro** encontro tornou-se possível compreender que os profissionais já se envolviam, de modo participativo, em torno da singularização do cuidado a cada prematuro e sua família. Aos poucos, os profissionais começam a perceber que podem mudar sua maneira de pensar e agir, e que a cada dia vivenciam novas oportunidades de aprendizado que podem levá-los a refletirem sobre a mudança no paradigma da assistência neonatal.

Ao avaliar a prática educativa, no **último encontro**, os profissionais reconheceram a importância desta no contexto da UTI neonatal, como forma de repensar conceitos, valores e práticas que se encontram envoltas na política de atenção ao neonato e sua família, durante o desenvolvimento do Método Mãe-Canguru. Neste sentido, os participantes percebem que já não são os mesmos do início deste estudo e que, aos poucos, constataam mudanças em sua forma de agir e pensar. Além disso, avaliam que tais mudanças estão contribuindo para transformar a realidade do cenário neonatal. A partir desse entendimento descobrem, agora de forma consciente, crítica e criativa, que a educação e o cuidado estão intimamente ligados, e que, a cada nova convivência com os recém-nascidos e suas famílias, se está ensinando e aprendendo, num movimento constante e espiralado que contribui para revigorar e fortalecer a filosofia e a prática do MMC.

Percebe-se ainda que a educação problematizadora permitiu aos envolvidos visualizarem e recriarem sobre a prática já rotinizada do seu existir, viabilizando novos caminhos para olharem para si mesmos, enquanto profissionais comprometidos com a qualidade da assistência e, ao se conhecerem e reconhecerem os demais profissionais, passam a revalorizar também as relações com as demais pessoas envolvidas e com a própria realidade da qual fazem parte. Assim sendo, a educação problematizadora deve

ser uma constante na assistência neonatal, uma vez que esta representa um caminho adequado para provocar reflexões e mudanças no profissional da equipe de saúde e conseqüentemente no cuidado ao recém-nascido e sua família.

Diante de tudo que foi exposto até aqui, apresento o movimento de ação-reflexão-ação vivenciado pelos profissionais envolvidos no desenvolvimento desta prática educativa. Resgato a etapa principal de cada oficina, a partir do Arco da Problematização, proposto por Charles Margueres, que possibilitou a sistematização deste processo educativo/reflexivo.

A primeira fase, denominada de observação da realidade, permitiu aos profissionais realizarem uma primeira leitura da realidade, identificando os principais problemas para reflexão no grupo. Desta forma, os problemas identificados foram:

- mães não estão realizando a posição canguru;
- alguns profissionais não estão engajados na implementação do Método na sua integralidade;
- a equipe não vem implementando a 1ª etapa do Método, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde;
- o desenvolvimento de um trabalho em equipe de modo parcelar e fragmentado;
- dificuldade de alguns profissionais em envolver os pais e a rede de apoio no cuidado neonatal;
- o despreparo dos profissionais para acolher a família na 1ª visita ao RN prematuro na UTI neonatal;
- dificuldades sentidas por alguns profissionais para a implementação da segunda etapa do Método;
- falta de organização com relação ao ambiente da UTIN e quantidade exagerada de estímulos ao recém-nascido;
- as mudanças no paradigma da atenção neonatal ocorrem de maneira lenta e pouco refletidas;
- necessidade de refletir sobre o cuidado individualizado;

- necessidade de manter os espaços de diálogo entre os profissionais.

Na segunda fase foram apontados os pontos-chave dos problemas levantados, destacando do que foi compartilhado, o que era verdadeiramente importante para o grupo, buscando o entendimento do porquê do problema, à luz das crenças e valores da equipe, em relação ao MMC. Os pontos importantes da realidade observada relacionados com os problemas citados anteriormente, foram os seguintes:

- a “orientação” sobre a posição canguru;
- a presença dos pais na unidade neonatal;
- o significado que o profissional de saúde atribui ao MMC;
- o conhecimento sobre o desenvolvimento neurológico do recém-nascido;
- o cuidado intensivista na UTIN associado ao excesso de estímulo ao RN;
- a necessidade de mudanças ambientais;
- dificuldades de trabalhar em equipe;
- dúvidas sobre quem são os sujeitos do cuidado na unidade neonatal;
- dificuldades em reconhecer o acolhimento da família como uma etapa importante do desenvolvimento do MMC na unidade neonatal;
- insegurança sobre a compreensão da presença dos pais na UTIN;
- profissionais sentem a perda do papel de cuidador principal ao atuarem no Alojamento Conjunto;
- alguns profissionais não estão comprometidos com a organização do ambiente da UTIN;
- falta de planejamento nos cuidados, associado a dificuldade de reduzir os estímulos ao recém-nascido;
- necessidade de mudanças de comportamento e da filosofia de trabalho para que o MMC seja implementado em sua totalidade;
- falta de espaços para a equipe refletir sobre sua prática;

- os profissionais não estão habituados a parar para problematizar sua realidade no cotidiano do trabalho.

Numa terceira etapa, realizou-se, de modo amplo, a teorização acerca dos pontos-chave dos problemas eleitos. Durante este percurso foram então selecionadas as fontes de informação sobre os temas identificados nos encontros, gerando discussões e reflexões que instrumentalizaram os profissionais da equipe de saúde neonatal a uma compreensão crítica da realidade:

- Portaria nº 693 GM/MS (que expõe sobre a Norma de orientação para implantação do Projeto Canguru, visando a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso);
- Manual do Curso (sobre a Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de capacitar os profissionais na utilização do Método Canguru numa perspectiva interdisciplinar de saúde integral a pais-bebê.);
- textos específicos sobre o cuidado na UTI neonatal e sobre as mudanças ambientais provocadas pela implementação do MMC;
- textos e livros sobre o trabalho em equipe;
- artigos de periódicos brasileiros sobre a presença da família na UTIN;
- textos sobre o acolhimento;
- material impresso e gravuras de revistas sobre a presença dos pais na UTIN;
- textos, gravuras e desenhos sobre a organização do ambiente de trabalho e UTIN;
- textos sobre as transformações da assistência neonatal e sobre outras experiências de implantação do MMC, além do depoimento dos profissionais sobre observações que trazem de outras realidades;
- textos, gravuras, livros e poemas sobre o MMC e sobre o cuidado;
- textos, apostilas e livros sobre a metodologia problematizadora de Paulo Freire;
- revistas nacionais que contemplam os pontos-chave destacados pelo grupo;
- o conhecimento/experiência dos próprios participantes.

A quarta etapa foi o momento onde se deu a formulação de hipóteses para os problemas em estudo. Nesta etapa ocorreu o confronto das hipóteses levantadas, com a realidade vivenciada. As hipóteses de solução formuladas são fruto de uma construção coletiva, refletindo o resultado do processo reflexivo:

- estimular os profissionais a falarem sobre o MMC e a “orientarem” a posição;
- incentivar os pais a permanecerem maior tempo na unidade;
- conhecer a opinião de todos os integrantes da equipe de saúde;
- refletir com o grupo sobre as fragilidades do MMC;
- criar espaços dialógicos com outros grupos que compõem a equipe;
- realizar um encontro de sensibilização com a equipe médica sobre a 1ª etapa do MMC;
- reforçar orientação aos profissionais quanto as recomendações do MMC;
- realizar passagem de plantão semanal com representantes das diferentes categorias profissionais;
- manter o processo educativo como uma constante na UTIN;
- refletir com a equipe sobre o acolhimento do bebê e sua família;
- oportunizar a presença da família na UTIN;
- refletir com os profissionais sobre os pressupostos da 2ª etapa do MMC;
- refletir com os profissionais sobre organização do ambiente de trabalho;
- debater estratégias para aliar a competência técnica à sensibilidade, no processo de cuidar do recém-nascido prematuro e de sua família;
- manter encontros inter-plantões;
- realizar passagem de plantão em equipe multiprofissional;
- realizar encontros para continuar refletindo sobre a prática do MMC;
- promover estratégias de viabilização de mudanças de atitudes dos profissionais envolvidos na prática educativa;

- manutenção sistemática de espaços para reflexão continuada da realidade.

A quinta e última fase foi a etapa do Arco que possibilitou a intervenção da/na realidade, pois foi o momento em que os profissionais puderam praticar e fixar as soluções encontradas pelo grupo como viáveis e aplicáveis:

- profissionais incentivando os pais a permanecerem maior tempo na unidade;
- participação e envolvimento da grande maioria dos profissionais da equipe de saúde;
- equipe comentando sobre as potencialidades do MMC para o prematuro e para a família;
- profissionais referindo estarem mais sensibilizados sobre a importância da 1ª etapa do MMC;
- estabelecimento de uma rotina semanal de passagem de plantão coletiva;
- introdução de atendimento especial à família e à rede de apoio, incluindo-os como sujeitos do cuidado da equipe neonatal;
- melhor acolhimento à família, pais menos preocupados e amedrontados, mais presentes na UTIN;
- profissionais atuando de forma mais consciente e criativa na implementação da 2ª etapa do Método;
- ambiente da UTIN organizado, redução dos estímulos para o RN. Profissionais mais seguros tecnicamente e utilizando a sensibilidade, exteriorizando satisfação com o local de trabalho;
- encontro sistemático entre os profissionais da equipe de saúde;
- discussões de casos pela equipe interdisciplinar;
- criados espaços de diálogo entre os profissionais da equipe para refletiram sobre a assistência prestada;
- profissionais comprometidos com melhoria da qualidade da assistência neonatal.

Neste momento, destaco também os temas emergentes de toda prática educativa, como um processo de amadurecimento do grupo ao longo de todo o percurso:

- mães não realizam a posição canguru;
- participação e inclusão;
- validade e valorização do MMC enquanto política de atenção neonatal;
- fragilidades na implementação do Método;
- a necessidade de mudanças de atitude dos profissionais para garantir a integralidade do desenvolvimento do MMC;
- promoção da integralidade das ações dos profissionais da equipe;
- ampliando o nosso sujeito de cuidado para além do RN prematuro, envolvendo a família e suas interações;
- o acolhimento;
- mudanças no paradigma da atenção neonatal – o cuidado centrado na família;
- a UTIN aliando o desenvolvimento tecnológico ao cuidado sensível;
- o MMC provoca mudanças positivas na assistência neonatal;
- cuidado individualizado;
- educação contínua;
- educação problematizadora como uma constante na assistência neonatal.

A transformação da realidade é um processo lento e que requer estímulos diários para que se concretize. Na aplicação à realidade, como resultado desses encontros, o que se percebe são pequenas mudanças de atitudes por parte dos profissionais que participaram deste grupo de reflexão e que aos poucos acabam por sensibilizar os demais profissionais da equipe. As hipóteses de solução elaboradas pelo grupo vêm sendo planejadas e, de forma parcimoniosa, estão sendo aplicadas à realidade, no ritmo que o próprio grupo determina. Sabemos que este é um processo contínuo, que exige envolvimento dos profissionais e que deve ser revitalizado a cada dia.

Para dar destaque ao envolvimento do grupo na leitura e mudança da realidade do MMC na unidade neonatal, ressalto algumas atividades que estão sendo efetivadas na prática e que se iniciaram após a realização da prática educativa:

→ a **instalação de um “Grupo de Sentimentos”** para os profissionais da equipe de enfermagem – Este grupo surgiu logo após o encerramento da prática educativa, impulsionado pela necessidade apontada por alguns profissionais, em conversas informais, de um espaço onde eles pudessem ser ouvidos, falar de seus sentimentos, suas dúvidas, seus receios, um momento para livre expressão das emoções, medos, raiva, dificuldades... Neste sentido, procuramos ajuda de uma profissional especializada (enfermeira e psicóloga externa ao grupo, mas de aceitação ampla e plena de todos os participantes do grupo) e estamos realizando encontros mensais com os profissionais que mostram interesse em participar e que aos poucos estão motivando toda a equipe a se envolver neste processo. Atualmente, temos mais da metade dos funcionários da equipe de enfermagem participando e os depoimentos têm sido muito gratificantes.

→ o **resgate das reuniões quinzenais do grupo de enfermeiras** – ao perceber que um grupo de pessoas estava reunido, refletindo sobre a prática cotidiana, as enfermeiras sentiram-se motivadas e disponíveis para realizar reuniões mais frequentes e então, por iniciativa do próprio grupo, passamos a realizar a reunião em dois momentos: um momento inicial, onde são repassados e compartilhados os informes e discutidas as questões referentes à administração e gerência da unidade e um segundo momento, em que as enfermeiras trazem problemas emergentes de suas vivências para refletir com o grupo e buscar soluções coletivas para as questões levantadas.

→ a **implementação de reuniões semanais com as mães de bebês internados** – a partir de relatos das próprias mães, referindo que se sentiam inseguras por muitas vezes não receberem um acolhimento adequado por parte dos profissionais e amedrontadas pelo ambiente desconhecido da UTI neonatal, e também pelas reflexões realizadas durante os encontros, as enfermeiras optaram por realizar uma reunião semanal com as mães que estão com seus filhos internados na unidade neonatal. Estas reuniões são coordenadas por uma ou duas enfermeiras, sempre com a participação de

um técnico ou auxiliar de enfermagem, tendo como propósito favorecer a relação do profissional com as mães, esclarecer dúvidas e orientá-las sobre os protocolos e procedimentos da unidade, assim como partilhar as experiências e vivências entre as mães e os profissionais, de modo que, a cada encontro, ensinamos e aprendemos um pouco mais. As reuniões têm ocorrido de modo sistemático e aos poucos estamos envolvendo também os pais e outros familiares presentes na unidade no momento em que a reunião está ocorrendo.

→ a **realização da passagem de plantão coletiva** – algumas experiências de reunir os diferentes profissionais para discussão dos casos dos recém-nascidos internados vêm sendo realizadas. Ainda não estamos realizando a passagem de plantão coletiva de modo sistemático, mas já tivemos algumas oportunidades de reunir os profissionais da área médica, a enfermeira e os técnicos e auxiliares de enfermagem do turno, a fonoaudióloga e também representantes do serviço de psicologia e serviço social, para conversarmos sobre as diferentes percepções e encaminhamentos realizados para cada recém-nascido e família ali internados, procurando melhorar o atendimento prestado. Os participantes destes momentos têm avaliado de forma positiva e percebem os benefícios também em sua prática diária.

→ **encontros quinzenais entre o Grupo Interdisciplinar da Neo** – o Grupo Interdisciplinar da Unidade Neonatal (GINEO) é formado pela chefia dos diferentes serviços que compõem a equipe de saúde neonatal e por representantes do serviço médico e de enfermagem da unidade, assim como professores representantes da Universidade. Este grupo procura discutir as questões relativas ao funcionamento, organização e política de atenção desenvolvida em nossa unidade. Contudo, ao longo dos últimos dois anos, o grupo acabou utilizando este fórum para discutir assuntos pertinentes ao projeto e execução da reforma na estrutura física da unidade (ampliação da sala destinada a 2ª etapa do MMC). Recentemente nos demos conta deste problema e, aos poucos, estamos resgatando novamente os objetivos principais desta reunião e procurando colocar em prática o exercício sistemático e prazeroso de problematizar realidade.

→ **fóruns similares nos turnos de trabalho** – paulatinamente, os profissionais procuram organizar seu tempo, durante o período que estão atuando na unidade, visando fundamentar um espaço para o diálogo com seus pares, refletindo sobre suas atitudes e sobre a forma como vem sendo prestado o cuidado em nossa unidade, particularmente no que se refere à implementação do MMC.

→ a **retirada da mesa central da UTI neonatal** – após várias reflexões com diferentes membros da equipe de saúde neonatal, optamos por retirar a mesa central da sala da UTI neonatal. Esta mesa era bastante grande, mede aproximadamente 2,20 metros de comprimento e 80 centímetros de largura, de modo que ocupava um importante espaço dentro da sala de cuidados intensivos. O móvel incomodava muitos integrantes da equipe, pois se percebia que esta era o local onde os profissionais reuniam-se para conversar e escrever e, por este motivo, muitas vezes, não percebiam que estavam provocando um barulho intenso dentro da sala da UTI. Como o grupo, cada vez mais, está reconhecendo a importância das medidas para minimizar os ruídos no desenvolvimento neurológico dos bebês, aceitou a mudança da mesa para um espaço externo à sala da UTI e que permite, mesmo assim, observar todo o ambiente, através de visores. Desta forma, conseguimos reduzir em parte os ruídos de fundo, presentes na unidade, e estamos cientes que foi uma atitude simples, mas profundamente simbólica, na medida que representa o atual compromisso coletivo em direção às mudanças provocadas pelo exercício consciente do processo de ação-reflexão-ação da realidade.

Um outro aspecto interessante e que julgo importante destacar aqui, ocorreu no último encontro, quando ouvi o depoimento de Boca de leão, dizendo: *“essa semana eu fiquei emocionada ao ver uma funcionária colocando Raio de sol⁶ na posição canguru. Ele é tão pequenininho e ainda cheio de aparelhos”* (este bebê pesava 715g e fazia uso de ventilação mecânica).

O fato que mais me chamou a atenção foi, por termos iniciado os encontros refletindo sobre o problema das mães não estarem realizando a posição canguru (1ª oficina) e hoje, decorridos nove meses, os profissionais expressam emoção ao

⁶ Nome fictício dado a um dos recém-nascidos internado em nossa unidade.

perceber que mesmo os bebês que comumente não colocávamos em posição canguru, já estão realizando o contato pele-a-pele com sua mãe.

Acredito que isto vem referendar que estudos como este promovem o despertar da consciência crítica das pessoas. Segundo Loureiro (2000), a consciência crítica caracteriza-se por assumir concretamente um compromisso, não se satisfazer com as aparências, aprofundar-se na análise dos problemas, ser indagadora, reconhecer que a realidade é mutável e, principalmente, por “não repelir o velho por ser velho e não aceitar o novo por ser novo” (LOUREIRO, 2000, p.30).

Ao analisar os encontros, percebe-se que os profissionais reconheceram que são eles, ou melhor, somos nós os principais responsáveis pelas mudanças; que é por meio de nossas atitudes e da maneira de pensar e agir que, aos poucos, despertaremos no grupo a necessidade de refletirmos, visando a transformação da realidade e a efetiva implementação do MMC.

Apesar de, algumas vezes, parecer que estamos completando o arco da problematização, o mesmo não se fechou, pois estamos conscientes que este nunca fecha; é um movimento constante e cíclico. Desta forma, de acordo com Prado e Horr (2000), as hipóteses de solução estão sendo paulatinamente implantadas e os resultados desta implantação devem ser avaliados de modo permanente.

CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento, ao alcançar o último patamar desta construção, todavia inacabada e incompleta, retorno ao seu objetivo inicial, promover um processo educativo, com a equipe de saúde neonatal, sobre as potencialidades do MMC na qualidade da assistência ao recém-nascido e família, a partir do referencial teórico-metodológico da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire. Este objetivo esteve sempre presente ao longo de todo o estudo e agora procuro sintetizar os principais achados desta prática educativa.

As transformações ocorridas através dos tempos, na assistência neonatal, contribuíram para o desenvolvimento de tecnologias complexas e especializadas que tornaram possível a sobrevivência de recém-nascidos com idades cada vez menores. Somado a isso, atualmente, há uma preocupação mundial crescente em aliar os avanços tecnológicos com uma assistência sensível e individualizada. Nesta linha de pensamento, surge o MMC, enquanto proposta de cuidado integral e individualizado ao recém-nascido e sua família, assegurado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares.

Ao refletir sobre esta proposta de cuidado, o MMC, os profissionais de saúde presentes nas oficinas revelam que o MMC é eficiente na busca da qualidade da assistência prestada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, pois proporciona um cuidado individualizado, aliado à tecnologia e à sensibilidade. O Método favorece a entrada dos pais na UTI neonatal, promove o acolhimento da família, ampliando o foco do nosso cuidado para além do recém-nascido prematuro. Os profissionais são

impulsionados a modificar certas atitudes, no sentido de reduzir os estímulos comportamentais e ambientais, tais como organização dos procedimentos, redução da luminosidade e do ruído, cuidados específicos frente aos procedimentos dolorosos. Além disso, é necessária a promoção da integralidade das ações dos profissionais da equipe para que esta proposta de atenção humanizada não sofra descontinuidades. É verdade que muitas destas intervenções ainda ocorrem de maneira pouco refletida, apesar do Ministério da Saúde orientar sobre a necessidade destas mudanças, pouco tem sido feito para garantir que na prática diária isto ocorra.

Da outra face, ainda existem alguns fatores que dificultam o desenvolvimento do Método na sua integralidade. Percebe-se uma resistência e um certo “desinteresse” manifestado pela pouca credibilidade que alguns profissionais atribuem ao MMC, sendo que algumas vezes as dificuldades surgem em função do cuidado ainda estar muito focado no recém-nascido, prejudicando a inserção da família na unidade neonatal e reduzindo a participação efetiva dos pais no cuidado ao seu filho. Por perceber estes aspectos em minha prática diária, certifico-me da necessidade de realizar trabalhos como estes e, quiçá, estendê-los a outras equipes de saúde neonatal.

Ao desenvolver esta prática, certifico-me de que a **educação** deve permear toda a prática assistencial. É entendida como um processo coletivo e é efetiva quando todos os participantes dialogam, compartilham experiências e transformam o seu modo de ver o mundo. É através da relação dialógica que a equipe de saúde compartilha suas crenças, valores, conhecimentos e experiências, promovendo uma reflexão crítica da realidade e possibilitando a transformação de suas práticas diárias. Meurer (1998, p.16) destaca que, “para que o homem desenvolva a consciência de sua realidade, faz-se necessário que reflita sobre a tradição de seu dia-a-dia espelhada em sua prática”. Ou seja, para se tomar consciência da realidade é necessário questionar, dialogar e refletir sobre as nossas ações, na prática diária. Quanto mais reflete sobre sua realidade, mais o ser humano consegue analisá-la de forma crítica, mais consegue inserir-se nela enquanto sujeito, compreendê-la de forma mais integralizada, comprometer-se e transformá-la.

Desta forma, o profissional de saúde envolvido nesta prática, demonstrou que é um ser social, racional, crítico, inconclusivo, em permanente processo de construção, na busca constante de ser mais, que interage com os outros e com o ambiente, age conforme suas percepções, crenças e valores, tem a capacidade de refletir, criar e recriar, transformando a si próprio e a seu mundo.

Esta vivência permitiu a cada um dos participantes e para mim de forma especial, um crescimento pessoal e profissional, trazidas nas reflexões formuladas e que contribuíram para a construção de um novo conhecimento.

Sendo assim, a prática educativa deve ser uma constante no cenário do desenvolvimento do MMC dentro da unidade neonatal, visando a melhoria da qualidade da assistência e para promover a integração entre os membros da equipe. Neste sentido, tenho consciência que este processo ainda não findou. Como as discussões sobre esta nova proposta governamental ainda são poucas e ocorrem de modo pontual, é fundamental a manutenção de espaços democráticos, onde as questões do dia-a-dia podem ser melhor debatidas. Para que isso ocorra, é preciso ampliar as discussões e informações nos espaços de trabalho, permitindo e provocando a participação de todos os envolvidos, para que os trabalhadores não fiquem a margem das discussões.

Julgo importante também destacar que os princípios teóricos da pedagogia libertadora de Paulo Freire e da metodologia problematizadora guiaram todos os momentos da prática em parceria com os profissionais da equipe de saúde.

O referencial teórico ancorou a prática educativa e se mostra adequado na medida que norteou todas as ações do grupo, fundamentando e orientando as ações que vivenciamos na prática. O modo como o profissional vê e analisa sua prática mostra-se uma experiência dinâmica e sujeita a transformações durante o decorrer do processo, pois as experiências vão se alterando conforme a realidade se apresenta.

Os pressupostos elaborados e os conceitos construídos com base no referencial adotado permearam toda a prática, uma vez que dão sustentação mutuamente para a construção do processo educativo, propiciando o desenvolvimento da consciência crítica dos profissionais e possibilitando o início das transformações propostas. O

marco conceitual favoreceu o meu papel enquanto facilitadora, como membro do grupo e mediadora do diálogo interdisciplinar.

O momento das oficinas propiciou a reflexão do grupo, de modo que os profissionais socializaram suas idéias e experiências, provocando modificações na maneira de pensar e agir do grupo, sendo que as reflexões ocorreram a partir das situações vividas no cotidiano da assistência e no desenvolver dos encontros, a partir dos temas mais emergentes. O Arco da Problematização possibilitou a ação-reflexão-ação sobre a realidade, se consolidando como uma estratégia dialógica que contribui para conhecer as reais potencialidades do MMC.

Em todos os encontros os profissionais estabeleceram um diálogo efetivo. Como aponta Wayhs (2003), o diálogo é muito mais do que o simples sentar e conversar; a dialogicidade do processo diz respeito à apreensão mútua dos distintos saberes e práticas que os sujeitos têm sobre situações significativas. Estas situações significativas desafiam as pessoas a compreenderem e atuarem sobre elas para serem transformadas. “Reside nesse processo o salto para conscientização e, conseqüente transformação de sua realidade” (WAYHS, 2003, p.124).

Foi uma oportunidade ímpar para questionamentos, e expressão de opiniões, participando de uma proposta para a mudança da realidade. Os profissionais compreenderam os fenômenos que os inquietavam, articulando a prática assistencial com os conhecimentos teóricos.

Sendo assim, reforço a importância do referencial teórico e do marco conceitual para guiar o estudo, bem como gostaria de destacar outras questões que facilitaram o desenvolvimento do estudo: a realização desta prática educativa no local de trabalho das pessoas envolvidas; o comprometimento e a empolgação do grupo que me acompanhou ao longo deste percurso; o fato de eu atuar como profissional de saúde da realidade em questão, o que me possibilita uma melhor compreensão das discussões e temas emergentes; e o conhecimento compartilhado e o incentivo constante de minha orientadora durante todos os momentos deste caminho.

Contudo, algumas vezes tropecei, escorreguei e até desanimei, pela dificuldade em conciliar uma data e um horário para participação dos profissionais envolvidos; por

não conseguir despertar o “interesse” ou a motivação para envolver um maior número de profissionais neste projeto; e também por perceber que em certos momentos esqueci de meu papel enquanto facilitadora desta prática educativa. Ao transcrever as fitas dos encontros percebi que, por vezes, eu deixei que minhas idéias e opiniões guiassem as discussões. Freire (1980) afirma que a educação problematizadora deve oportunizar as pessoas envolvidas, a visualização, a apreensão e o vislumbramento da problemática do seu existir, bem como as possibilidades de transformação de sua realidade. Desta forma, ao vivenciar cada novo encontro fui aprendendo a ouvir mais, a deixar que cada profissional verbalizasse a sua opinião, seus valores e ideais, favorecendo assim a análise coletiva do problema, bem como a construção de estratégias para solucioná-lo de forma a se alcançar uma transformação consciente da realidade.

É importante destacar também, que este estudo, contribui na produção de conhecimento sobre o nascimento prematuro, acrescentando novos ângulos, aprofundamentos e perspectivas, de modo especial: à prática do cuidado desenvolvido pelos profissionais da equipe de saúde, ao desenvolvimento do MMC enquanto proposta de atenção neonatal, à mudança no paradigma da assistência ao recém-nascido prematuro – o cuidado centrado na família, temas estes desvelados ao longo desta prática educativa.

As facetas desveladas na experiência vivenciada através deste estudo com os profissionais da equipe de saúde neonatal lançam rumos a outros caminhos, que poderão estimular investigações no sentido de modificar e melhorar a compreensão do cuidado ao recém-nascido e sua família.

Tenho consciência de que o caminho a ser trilhado na busca de uma assistência de qualidade ainda é árduo. Diante dessa premissa, não pretendi, com este estudo, apresentar soluções, pois entendo que, a medida que novas vivências vão surgindo, novos modos de pensar e agir também vão acontecendo. Isto se justifica pelo caráter de mutação existente no contexto assistencial, onde pontos de vistas diferentes podem implicar a construção de conhecimentos teóricos e/ou aplicados muitas vezes paralelos ou que se sobrepõem.

A cada novo encontro, os profissionais envolvidos já não eram mais os mesmos, a realidade que se apresenta de alguma forma já foi modificada, seja pela forma de pensar ou de agir das pessoas. É este processo que procurei semear e cultivar com este trabalho...; despertar nos profissionais a necessidade de espaços dialógicos para que a equipe de saúde da unidade de neonatologia possa continuar refletindo sobre a assistência prestada, para garantir desta forma que muitas flores desabrochem possibilitando uma nova realidade, um cuidado mais integral, individualizado e sensível ao recém-nascido prematuro e sua família.

Assim, é com sensação de vitória que encerro este trabalho, principalmente por perceber que não estou encerrando a prática reflexiva e transformadora aqui despertada entre os profissionais da equipe de saúde, por perceber que existem perspectivas otimistas para o futuro. Hoje, já vislumbramos um futuro diferente, e é justamente a crença na possibilidade de vivenciar algo melhor que se mobiliza o potencial humano, que nos fortalece coletivamente, que nos torna grupo.

REFERÊNCIAS

ACOSTA DÍAZ, R. et al.. Método piel a piel: evaluación del neurocomportamiento hasta el año de edad corregida / Kangaroo mother care method. **Rev. Cuba. Pediatr.**, v.75, n.3, JUL./SEPT. 2003a.

ACOSTA DÍAZ, R. et al.. Kangaroo mother care method: clinical and humoral assessment during the first year of corrected age. **Rev. Cuba. Pediatr.**, v.75, n.3, JUL./SEPT. 2003b.

ALMEIDA, A. P.; KIMURA, A. F. Enfermagem neonatal: análise das publicações indexadas nos índices de referências informatizados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.56, n.3, p.254-259, maio/jun. 2003.

BACKES, D.S.; FILHO, W.D.L.; LUNARDI, V.L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto e Contexto Enfermagem**. v.14, n.2, p.427-434, jul./set. 2005.

BARBOSA, S. de F.F. **Indo além do assistir – Cuidando e compreendendo a experiência de conviver com cliente internado em uma unidade de terapia intensiva**. 1995. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

BARDT, A.; D'ÁVILA, F.S.; ZELLNER, M. **O cuidado de enfermagem humanizado: a vivência das interações no método mãe canguru**. 2004. Monografia – Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

BATISTA, N. et al.. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.2, p.231-7, 2005.

BAUER, K. et al.. Effects of gestacional and postnatal age on body temperature, oxygen consumption, and activity during early skin-to-skin contact between preterm infants of 25-30 week gestation on their mothers. **Pediatric Research**., Basel, v.44, n.2, p.247-251, AUG. 1998.

BELLI, M.A.de J.; SILVA, I.A. A constatação do filho real: representações maternas sobre o filho internado na UTI neonatal. **Rev. Enferm. UERJ**, v.10, n.3, p.165-170, set./dez. 2002.

BERGH, A.M.; PATTINSON, R.C. Comparison of kangaroo care and standard care: behavioral organization, development, and temperament in healthy, low-birth-weight infants through 1 year. **Acta Paediatr.**, v.92, n.6, p.709-14, JUN. 2003.

BORDENAVE, J. D. Curso de capacitação pedagógica para instrutores/supervisores de saúde. In: Brasil. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos (Org.). **Alguns Fatores Pedagógicos**. Brasília, Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos, 1986, p.19-26.

_____. **Capacitação Pedagógica – Área de Saúde** In: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1994, 60p.

BORDENAVE, J. D. PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino Aprendizagem**. 12 ed. Rio de Janeiro - Petrópolis: Editora Vozes, 1991.

BOSQUE, E. M. et al.. Physiologic measures of kangaroo versus incubator care in a tertiary-level nursery. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v.24, n.3, p.219-26, MAR./APR. 1995.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

BRAGA, N de A., MORSH, D.S. Os primeiros dias na UTI. In: MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A.; MORSH, D.S. (org.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, 51-68.

BRANDÃO, C.R. **O que é o método Paulo Freire**. 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de Assistência ao recém-nascido**. Brasília, 1994.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos**. Brasília: O Conselho, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 693 publicada em 5 de julho de 2000. **Norma de orientação para implantação do projeto canguru**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método mãe canguru: manual do curso**. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Área de Saúde da Criança **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método mãe canguru: manual do curso**. Brasília, 2002.

BRAZELTON, B.T. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRUNHEROTTI, M.R. et al.. Lazer para pais e bebês de risco: a experiência junto ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n.3, p.435-442, jul./set. 2000.

BURKHAMMER, M. D.; ANDERSON, G. C.; CHIU, S. H. Grief, anxiety, stillbirth, and perinatal problems: healing with kangaroo care. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v.33, n.6, p.774-82, NOV./DEZ. 2004.

BUSNEL, M.C. A sensorialidade fetal e suas conseqüências. In: WILHEIN, J. (org.) **Decifrando a linguagem dos bebês.** São Paulo: Abrep, 1997.

BUUS-FRANK, M. Nurse versus machine: slaves or masters of technology? **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v.28, n.4, p.433-441, 1999.

CAETANO, L. C. **Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família.** 2004. Tese (Doutor em Enfermagem em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CARVALHO, M. et al.. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **J. Pediatria**, v.73, n.5, p.293-98, 1997.

CARVALHO, R.M.A. de. **Despertando a equipe de enfermagem e a família para a importância do cuidado-presença ao recém-nascido de alto risco, através de um processo de educar para o cuidado.** 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – Universidade de Passo Fundo/RS, Passo Fundo, 2000.

CARVALHO, M. R. **Método mãe canguru de atenção ao prematuro.** Rio de Janeiro: BNDES, 2001.

CATTANEO A. et al.. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. **Acta Paediatr.** v.87, n.9, p.976-85, SEPT. 1998a.

CATTANEO, A. et al.. Recommendations for the implementation of kangaroo mother care for low birthweight. **Acta Paediatr.**, n.87, p.440-445, ABR. 1998b.

CHARPAK, N.; CALUME, Z. F.; HAMEL, A. **O método canguru: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras.** Rio de Janeiro: Mac Graw Hill, 1999.

CHARPAK, N; RUIZ-PELAEZ, J.G.; FIGUEROA DE CALUME, Z. Humanizing neonatal care. **Acta Paediatric.**, Stockholm, v.89, n.5, p.501-502, MAY. 2000.

_____. Current knowledge of kangaroo mother intervention. **Curr Opin Pediatr.**, v.8, n.2, p.108-12, APR. 1996.

CHWO, M. J. et al.. A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: effects on temperature, weight, behavior, and acuity. **J Nurs Res.**, v.10, n.2, p.129-142, 2002.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizagem por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.3, p.780-788, mar./jun. 2004.

CLOSA, M. R. et al.. “kangaroo method” in the care of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. **An Esp Pediatr.**, v.49, n.5, p.495-8, NOV. 1998.

COLLER, N.; ROCHA, S.M.M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.12, n.2, p.191-7, mar./abr. 2004.

CONDE-AGUDELO, A.; DIAZ-ROSSELLO, J. L.; BELIZAN, J. M. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. **Cochrane Database Syst Rev.**, 2000; (4):CD002771.

_____. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality low birthweigh infants. **Birth**, v.30, n.2, p.133-4, 2002.

COSTA, E. **Problematizando para humanizar: uma proposta de transformação do cuidado em uma enfermaria psiquiátrica.** 2002. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

COSTENARO, R.G.S. **Ambiente terapêutico de cuidado em UTI neonatal: um experimento para redução do estresse na aspiração orotraqueal do RN.** 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

COSTENARO, R.G.S.; MARTINS, D.A. Qualidade de vida do recém-nascido internado em UTI: as relações mãe-filho. **Cogitare Enfermagem**, v.3, n.2, p.56-59, jul./dez. 1998.

CUNHA, M.L.C. da. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.21, n. esp., p.70-83, 2000.

CUNHA, I. da. A neurociência e o vínculo mãe-bebê. **Boletim Informativo Método Mãe Canguru**. Ministério da Saúde – BNDES – Fundação ORSA, nº 2 – out./nov./dez. – 2001.

DIAS, H.H.Z.R. **O “des”cuidado em saúde: a violência visível e invisível no trabalho de enfermagem**. 2002. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

DIAZ-ROSSELO J L. Caring for the mother and preterm infant: kangaroo care. **Birth**, v.23, p.108-11, 1996.

DOMBROWSKI, M. A. et al.. Kangaroo (skin-to-skin) care with a postpartum woman who felt depressed. **MCN Am J Matern Child Nurs.**, v.26, n.4, p.214-6, JUL./AUG. 2001.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R. da. Cuidado Mãe- Canguru: relato de experiência. **Rev. Min. Enf.**, v.5, n.1/2, p.86-92, jan./dez. 2001.

DUNST, C.J.; TRIVETTE, C.M. Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. **Pediatric Nursing**, Pitman, NJ, v.22, n.4, p.334-337, JUL./AUG. 1996.

ELIAS, C.F.; MENEZES, S. Espaço de comunicação na atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. **Boletim Informativo Método Mãe Canguru**. Ministério da Saúde – BNDES – Fundação ORSA, nº 3 – jan/fev/mar – 2002.

ENGLER, A. J. et al.. Kangaroo care: national survey of practice, knowledge, barriers, and perceptions. **MCN Am J Matern Child Nurs.**, v.27, n.3, p.146-53, MAY./JUN. 2002.

FEITOSA, S.C.S. **Método Paulo Freire: princípios e práticas de uma concepção popular de educação**. 1999. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

FELDMAN, R. et al.. Skin-to-skin contact (Kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: sleep-wake cyclicity, arousal modulation, and sustained exploration. **Dev Psychol.**, v.38, n.2, p.194-207, MAR. 2002a.

_____. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. **Pediatrics**, v.110, p.16-26, JUL. 2002b.

_____. Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity and touch. **J Fam Psychol.**, v.17, n.1, p. 94-107, MAR. 2003.

FELDMAN, R.; EIDELMAN, A. I. Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) accelerates autonomic and neurobehavioral maturation in preterm infants. **Dev Med Child Neurol.**, v.45, n.4, p.274-81, APR. 2003.

FERBER, S. G.; MAKHOUL, I. R. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. **Pediatrics**, v.113, n.4, p.858-65, APR. 2004.

FERREIRA, E.A.; VARGAS, I.M.A.; ROCHA, S.M.M. Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.6, n.4, p.111-16, out. 1998.

FISCHER, C. B. et al.. Cardiorespiratory stability of premature boys and girls during kangaroo care. **Early Hum Dev.** v.52, n.2, p.145-53, SEP. 1998.

FONSECA, L.M.M.; SCOCHI, C.G.S.; MELLO, D.F. de. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.10, n.2, p.166-71, mar./abr. 2002.

FRANCESCHI JUNIOR, A.; NEVES, L.P.; CAETANO, T.L. **Um começo de vida inesperado: assistência de enfermagem na unidade neonatal promovendo a formação do apego entre recém-nascidos prematuros e seus pais.** 2004. Monografia – Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática de libertação** (uma introdução ao pensamento de Freire). São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

_____. **Educação e mudança.** 2.ed. Tradução de Moacir Gadotti e Lílian Lopes Martin. São Paulo: Paz e Terra, 1981.

_____. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Editora Paz e Terra S/A, 1996.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra S/A; 1999.

_____. **Política e Educação: ensaios.** 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação da Infância Brasileira.** 2001. 159p., Brasília, 2001.

FURLAN, C.E.F.B. **Implantação do método mãe-canguru: percepção do enfermeiro e dos pais sobre a vivência.** 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

FURLAN, C. E. F. B.; SCOCHI, C. G. S.; FURTADO, M. C. C. Percepção dos pais sobre a vivência no Método Mãe-Canguru. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.11, n.4, p.444-52, jul./ago. 2003.

FURMAN, L.; MINICH, N.; HACK, M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. **Pediatrics**. v.109, n.4, p.e57, APR. 2002.

GAIVA, M.A.M., SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.12, n.3, p.469-76, maio/jun. 2004.

GIANINI, N. O. M.; GOMES, M. A. M. Centro de Referência do Rio de Janeiro Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Informativo Método Mãe Canguru.** Ministério da Saúde – BNDES – Fundação ORSA, nº 3 – jan/fev/mar – 2002.

GORDIN, P.; JONSON, B.H. Technology and family-centered perinatal care: conflict or synergy? **Journal of Obstetric, Gynecologic and neonatal Nursing**, Hagerstown, v.28, n.4, p.401-408, JUL./AUG. 1999.

GORDON, H.H. Perspectivas em neonatologia: 1980. In: AVERY, G. B. (Org.). **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido.** 2 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1984. p.3-12.

GRAY, L.; WATT, L.; BLASSI, E. M. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v.105, n.1, p.1-14, JAN. 2000.

GUIMARÃES, M. do C. L. O Programa mãe-Canguru do instituto Materno Infantil de Pernambuco. In: FUJIWARA, L.M.; ALESSIO, N.L.N.; FARAH, M.F.S. (org.). **20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania.** São Paulo: Programa de Gestão Pública e Cidadania, Fundação Getúlio Vargas, 1998.

GUIMARÃES, G. P.; SCHNEIDER, K. L. K. **Reflexão crítica sobre a motivação da puérpera para participar do Método Mãe-Canguru.** 2003. Monografia (Especialização) – Curso de Especialização em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

HAYOSHI, A.A.M. **O cuidado de enfermagem no CTI: Da ação/Reflexão à conscientização.** 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

HEIDMANN, I.T.S.B. **Participação popular na busca de uma melhor qualidade de vida: uma alternativa.** 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

HORR, L. et al.. Construindo o Arco da Problematização. In: **Educação, trabalho e enfermagem.** v. 3. Florianópolis: UFSC, CCS, NFR, SBP, 1999, p.124-137.

HOSTLER, S.L. Family-centered. **Pediatric. Clin. North Am.** v. 36, n. 6, p.1545-61, 1991.

JAVORSKI M, et al.. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. **Rev Latino-am Enfermagem** v.12, n.6, p.890-8, nov./dez., 2004.

JOAQUIM, M.C.M. Como o Brasil trabalhou o Método Mãe-Canguru. **Boletim Informativo Método Mãe Canguru.** Ministério da Saúde – BNDES – Fundação ORSA, nº 8 – abr/mai/jun – 2003.

JOHNSTON, C. C. et al.. Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, v.157, n.11, p.1084-8, NOV. 2003.

KAMBARAMI, R.A.; CHIDEDE, O.; PEREIRA, N. Long-term outcome of preterm infants discharged home on kangaroo care in a developing country. **Ann Trop Paediatr.**, v.23, n.1, p.55-9, MAR. 2003.

KIRSTEN, G.F.; BERGMAN, N.J.; HANN, M.F. Kangaroo mother care in the nursery. **Pediatr Clin North Am.**, v.48, n.2, p.443-52, APR. 2001.

KLAUS, M.H. Bonding: recent observation that alter perinatal care. **Pediatr. Rev.**, v.19, n.1, p.4-12, 1998.

KLAUS, M. H.; KENNEL. J. H. **Pais/bebê:** a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. Assistência aos pais. In: KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. **Alto risco em neonatologia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 139-155.

KENNEL, J. H.; KLAUS, M. H. Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. In: Klaus, M. H. ; KENNEL, J. H. **Pais/bebê:** a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p.170-244.

LAMY, Z. C. **Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal.** 1995. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995, 200p.

_____. **Unidade neonatal: um espaço de conflitos e negociações.** 2000. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher). Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

_____. Metodologia Canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI neonatal. In: MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A.; MORSH, D.S. (org.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, 141-56.

LAMY, Z.C.; MORSH, D. Cuidando do Cuidador. **Boletim Informativo Método Mãe Canguru.** Ministério da Saúde – BNDES – Fundação ORSA, nº 2 – out./nov./dez. – 2001.

LAMY, Z.C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: a proposta brasileira. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.659-668, 2005.

LEGAULT, M.; GOULET, C. Comparison of kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v.24, n.6, p.501-6, JUL./AUG.1995.

LEITE, E.; FERREIRA, L.C. **O processo evolutivo das relações grupais: referências teóricas e conceituais.** Vivendo e Trabalhando Melhor. Núcleo de Apoio Permanente. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília; 1999.

LEOPARDI, M. T. Estudo de Teorias. In: _____. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática:** Papa-livro, 1995, p.28-57.

LEVIN, A. Humane neonatal care initiative. **Acta Paediatr.**, n.88, p.353-355, 1999.

LIMA, G.; QUINTERO-ROMERO, S.; CATTANEO, A. Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil. **Ann Trop Paediatr**; v.20, n.1, p.22-6, MAR. 2000.

LINCETTO, O.; NAZIR, A.I.; CATTANEO, A. Kangaroo mother care limited resources. **J Trop Pediatr.**, v.46, n.5, p.293-5, OUT. 2000.

LOCKRIDGE, T. Following the learning curve: the evolution of kinder, gentler neonatal respiratory technology. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v.28, p.443-455, 1999.

LOUREIRO, R. **Despertando para uma prática reflexiva e transformadora entre professoras/alunas de enfermagem.** 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LUDINGTON-HOE, S.M. et al.. Birth-related fatigue in 34-36-week preterm neonates: rapid recovery with very early kangaroo (skin-to-skin) care. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v.28, n.1, p.94-103, JAN./FEB.1999.

LUDINGTON-HOE, S.M.; CONG, X.; HASHEMI, F. Infant crying: nature, physiologic consequences, and select interventions. **Neonatal Netw.**, v.21, n.2, p.29-36, MAR. 2002.

LUDINGTON-HOE, S.M.; SWINTH, J.Y. Kangaroo mother care during phototherapy: effect on bilirubin profile. **Neonatal Netw.**, v.20, n.5, p.41-8, 2001.

LÜDKE, M. **Pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro, 1991.10p. Mimeografado.

MATTHIESEN, A.S. et al.. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. **Birth**, v.28, p.20-1, 2001.

MCMASTER, P.; VINCE, J.D. Outcome of neonatal care in Port Moresby, Papua New Guinea: a 19-year review. **J Trop Pediatr.**, v.46, n.1, p.57-61, FEB. 2000.

MEDEIROS, M.C. **Refletindo sobre as práticas educativas de uma equipe da estratégia saúde da família**. 2003. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MENDES, E.N.W. Cuidados de enfermagem em terapia intensiva neonatal. In: MIURA, E.; PROCIANOY, R.S. e cols. **Neonatologia princípios e práticas**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MESSMER, P.R. et al.. Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. **Pediatr Nurs.**, v.23, n.4, p.408-14, JUL./AUG. 1997.

MEURER, C. D. **Assistência de enfermagem humanizada ao recém-nascido – uma proposta educativa baseada em Paulo Freire**. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência da Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (Pólo UFRGS), 1998.

MEYER, K.; ANDERSON, G.C. Using kangaroo care in a clinical setting with fullterm infants having breastfeeding difficulties. **MCN Am J Matern Child Nurs.**, v.24, n.4, p.190-2, JUL./AUG. 1999.

MILTERSTEINER, A.R. et al.. Respostas fisiológicas da Posição Mãe-Canguru em bebês pré-termos, de baixo peso e ventilando espontaneamente. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.3, n.4, p.447-455, out./dez. 2003.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 9 ed. São Paulo: Vozes, 1994.

MONTICELLI, M. **O nascimento como rito de passagem: abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

_____. **Nascimento como rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

_____. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MOREIRA, M.E.L. et al.. Conhecendo uma UTI neonatal. In: MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A.; MORSH, D.S. (org.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, 29-42.

MORSE, J.M.; FIELD, P.A. **Qualitative research methods for health professionals**. 2. ed. London: Sage, 1995.

NAGANUMA, M. et al.. **Procedimentos técnicos de enfermagem em UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

NEVES, P.; GONÇALVES, L.H.T. As questões do marco teórico nas pesquisas em enfermagem. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 3.,1984, Florianópolis. **Anais do Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1984, p.210-229.

NITSCHKE, R.G. **Uma viagem pelo mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos: a descoberta dos laços afetivos como caminho**. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

OHGI, S. et al.. Comparison of kangaroo care and standard care: behavioral organization, development, and temperament in healthy, low-birth-weight infants through 1 year. **J Perinatol.**, v.22, n.5, p.374-9, JUL./AUG. 2002.

OLIVEIRA, I.C.dos S. O advento das incubadoras e os cuidados de enfermagem aos prematuros na primeira metade do século XX. **Texto e Contexto Enfermagem**. v.13, n.3, p.459-466, jul./set. 2004.

OLIVEIRA, M.E.de **Cuidando-aprendendo enfermagem com amor: uma experiência dialógica com mães/recém-nascidos pré-termo**. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

PARKER, L., ANDERSON, G.C. Kangaroo care for adoptive parents and their critically ill preterm infant. **Neonatal Netw.**, v.19, n.4, p.31-5, JUN. 2000.

PEREIRA, S.M.P. Qualidade de vida no método canguru. **Boletim Informativo Método Mãe Canguru**. Ministério da Saúde – BNDES – Fundação ORSA, nº 1 – jul/ago/set – 2001.

PEREIRA, A.L. de F. As tendências Pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.5, p.1527-1534, set./out., 2003.

PERLMAN, J.M. The genesis of cognitive and behavioral deficits in premature graduates of intensive care. **Minerva Pediatr.**, v.55, n.2, p.89-101, APR. 2003.

PIZZATO, M.G.; Da POIAN, V.R.L. **Enfermagem Neonatológica**. Porto Alegre, Ed. da Universidade, 1982. p.101-127: Enfermagem em sistema de alojamento conjunto para RN e mãe.

PRADO, M. L. do, HERR, L. (Col.). Metodologia Problematizadora – um modo de aprender a aprender. In: REIBNITZ, K.S., HERR, L., SOUZA, M. de L. **Curso de especialização em metodologia do ensino para a profissionalização em enfermagem: Educação, Trabalho e Enfermagem**. v.3. Florianópolis: UFSC, CCS, NFR, SBP, 2000.

QUASEM, I. et al.. Adaptation of kangaroo mother care for community-based application. **J Perinatol.**, v.23, n.8, p.646-51, DEC. 2003.

RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o “self” do cliente oncológico e o “self” da enfermeira**. Goiânia:AB, 1998.

REIBNITZ, K.S. **Profissional crítico-criativa em enfermagem: a construção do espaço interseção ns relação pedagógica**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

REIS, C.S.C. dos; et al.. Assistência humanizada ao recém-nascido. **Revista Enfermagem Atual**, ano 5, n.27, maio/jun. 2005.

REY, E. S.; MARTINEZ, H. G. Manejo racional del niño prematuro. In: **Curso de Medicina fetal**. Bogotá: Universidad Nacional, 1983. Mimeografado.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B.; BELFORT, P. Mortalidade Materna e Perinatal. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8 ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1998.

RIBEIRO, L.M.S.A. **Prematuro, quem é esse bebê?** As singularidades de bebês que nascem pré-termo em questão. 1991. Dissertação (Mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991, 116p

ROLLER, C.G.; MEYER, K.; ANDERSON, G.C. Birth kangaroo (skin-to-skin) care and breastfeeding. An eclamptic woman's story. **MCN Am J Matern Child Nurs.**, v.24, n.6, p.294-5, NOV./DEC.1999.

RUIZ, J.G.; CHARPAK, N.; FIGUERO, Z. Predictional need for supplementing breastfeeding in preterm infants under Kangaroo Mother Care. **Acta Paediatr.** v.91, n.10, p.1130-4, 2002.

SAKAE, P.P.O.; COSTA, M.T.Z. da; VAZ, F.A.C. Cuidados perinatais humanizados e o aleitamento materno promovendo a redução da mortalidade infantil. **Pediatria.** v.23, n.2, p.179-87, 2001.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado de Santa Catarina, Disponível em: www.saude.gov.br/tadescr.htm. Acesso em 10 set. 2004.

SAUPE, R.; BRITO, V.R.; GIORGI, M.D.M. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem. In: SAUPE, R. (org.) **Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC, 1998.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública.** V.26, n.6, p. 1487-94, nov./dez., 2004.

SCHUMACHER, B. **Passos, compassos e descompassos de um processo educativo com recém-nascido e pessoa significativa em UTI**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SCOCHI, C.G. S. **A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro:** bases teóricas para o cuidado de enfermagem. 2000. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SCOCHI, C.G.S. et al.. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.11, n.4, p.539-43, jul./ago. 2003.

SHIMIZU, H.E.; CIAMPONE, M.H.T. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.12, n.4, p.623-30, jul./ago. 2004.

SILVA, G.R.G. **O ambiente frio e o cuidado morno – a enfermagem possibilitando a aproximação entre pais e filhos na UTI neonatal**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SILVA, R.R. da. **Construindo um processo cuidativo-educativo em enfermagem a partir da percepção de saúde de crianças em idade escolar de um bairro periférico de Florianópolis**. 2003. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SILVEIRA, R.S.; LUNARDI, V.L. A problematização do cotidiano do trabalho da enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.9, n.2, p.447-58, maio/ago. 2000.

SONTHEIMER, D.; FISCHER, C.B.; BUCH, K.E. Kangaroo transport instead of incubator transport. **Pediatrics.**, v.113, n.4, p.920-3, APR. 2004.

SPITZ, R.A. **O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais (A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations)**. Trad. Por Erothildes M.B. da Rocha. 2 ed. São Paulo, Martins Fontes, 1980.

STOCCO, E.C.L; LENTZ, R.A.; COAN, V.S.B. **Manual do Docente** para o ensino profissionalizante: Qualificação Profissional Modalidade Auxiliar de enfermagem técnico em saúde: habilitação em enfermagem. São José: Escola de Formação em Saúde, 2001.

TESSIER, R. et al.. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. **Pediatrics.**, v.102, n.2, p.e17, AUG. 1998.

TOMA, T. S. Método Mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2): S233-s242, 2003.

TÖRNHAGE, C.J. et al.. Plasma somatostatin and cholecystokinin levels in preterm infants during kangaroo care with and without nasogastric tube-feeding. **J Pediatr Endocrinol Metab.**, v.11, n.5, p.645-51, SEP./OCT. 1998.

TÖRNHAGE, C.J. et al.. First week kangaroo care in sick very preterm infants. **Acta Paediatr.**, v.88, n.12, p.1402-4, DEC. 1999.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde – enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TUNELL, R. Prevention of neonatal cold injury in preterm infants. **Acta Paediatr.**, v.93, n.3, p.308-10, MAR. 2004.

VAIVRE-DOURET, L.; PAPIERNIK, E.; RELIER, J.P. Kangaroo method and care. **Arch Pediatr.**, v.3, n.12, p.1262-9, DEC. 1996.

VALANSI, L. MORSCH, D.S. O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.24, n.2, p.112-119, 2004.

VENÂNCIO, S.I.; ALMEIDA, H. de. Método Mãe-canguru: aplicação no Brasil, tendências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5 (supl.), 2004.

VIAL-COURMONT, M. The “Kangaroo” ward. **Med Wieku Rozwoj.**, v. 4(2 Suppl 3), p.105-17, 2000.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.11, n.4, p.525-31, jul./ago. 2003.

WAYHS, R.I. **Ressignificando o sofrimento cotidiano da família da criança e do adolescente com diagnóstico de câncer a partir de uma prática cuidativa-educativa problematizadora**. 2003. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

WELLER, A et al.. Longitudinal assessment of pituitary-thyroid axis and adrenal function in preterm infants raised by ‘kangaroo mother care’. **Horm Res.**, v.57, n.1-2, p.22-6, 2002.

WHEELER, J.L. et al.. Promoting breastfeeding in the neonatal intensive care unit. **Breastfeed Rev.**, v.7, n.2, p.15-8, JUL. 1999.

WHITELAW A.; SLEATH, K. Myth of marsupial mother: home care of very low birth weight infants in Bogotá, Colombia. **Lancet**, v.1, p.1206-1208, MAY. 1985.

WHITELAW, A. et al.. Skin to skin contact for very low birthweight infants and their mothers. **Arch.Dis.Child.**, v.63, n.11, p.1377-1381, NOV. 1988.

WINNICOTT, D.W. **O bebê e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

WOLKMER, A.C. Paulo Freire: homenagem ao teórico da pedagogia libertadora na América Latina. **Plural**, v.7, n.10, p.100-104, jul./dez. 1998.

WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Public health aspects of low birth weigh**. Geneva, 1961. (Technical Report, Seires, 217).

XAVIER, C. C. **O método cuidado mãe canguru**. 2002. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/edump/ped/canguru.htm>>. Acesso em: 11 out. 2002. 2p.

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem Obstétrica** (Obstetric nursing). Trad. de Eurinilce Xavier de Lima et al.. 7 ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. Cap.27, p.667-686: Tendências na assistência infantil e materna.

APÊNDICES

APÊNDICE A – EXEMPLO DO REGISTRO DOS DADOS DA 6ª OFICINA

Oficina	Notas Metodológicas	Notas Teóricas
<p><u>Facilitadora:</u> Após ler esse texto, eu gostaria que no encontro de hoje conforme havíamos combinado, que a gente pudesse caracterizar o nosso sujeito do cuidado. Quem é esse bebê? Quem é essa família? Quem é o nosso cliente, para quem estamos prestando o cuidado. Por isso eu trouxe cartolina, revistas, canetas coloridas para que vocês representassem através da construção de cartazes o sujeito do nosso cuidado. A gente poderia se dividir em dois grupos para tentar fazer essa representação.</p> <p>O grupo se mobiliza para construir os cartazes.</p> <p><u>Facilitadora:</u> Agora que vocês terminaram, vamos apresentar seus cartazes, compartilhar suas idéias.</p> <p><u>Violeta:</u> Vamos começar pelo nosso.</p> <p><u>Violeta e Rosa:</u> Primeiro o bebê onde tudo começa, no útero da mãe. Depois o casal, que representa os pais grávidos. Depois a gente coloca o bebê prematuro ou de baixo peso. O casal grávido representa também a possibilidade de a gente estar oferecendo para o bebê alguma coisa parecida com o que ele vivia no útero materno. O sujeito passa a ser esse trinômio (mãe-pai-bebê). Depois o casal demonstrando amor. Os avós também, representando a rede de apoio, que querendo ou não também somos parte, porque estamos presentes. O toque que nos falamos muito e que também a mão representa muito a questão do cuidado. Neste momento nós temos que cuidar da família toda, que a gente chama de família</p>	<p>Conforme combinado com o grupo, a facilitadora direciona a dinâmica inicial para a questão norteadora do encontro.</p> <p>A construção dos cartazes possibilita uma primeira leitura do problema.</p> <p>Profissionais parecem bastante motivados com a dinâmica e estavam ansiosos por compartilhar suas construções.</p>	<p>Facilitadora problematiza a questão: quem é o nosso sujeito de cuidado?</p> <p>Profissionais identificam não só o bebê, mas também seus pais como nosso sujeito de cuidado.</p> <p>Importância de estender o cuidado a toda família e a rede de apoio.</p>

<p>prematura. Depois uma foto de um bebê maiorzinho, representando a qualidade de vida que a gente pode dar para ele. O nosso foco de cuidado todo, começa no bebê, mas tudo que está em torno dele também é nosso sujeito de cuidado, o pai, a mãe prematuro, os avós, a rede de apoio. Todos que a gente acha importante para esse bebê ter um bom desenvolvimento, uma boa qualidade de vida, esses sujeitos todos.</p> <p><u>Hortênsia, Lírio e Girassol:</u> A equipe tem um sujeito, mas ela também é sujeito de cuidado. Porque a equipe também precisa ser cuidada, para poder oferecer cuidado, para ter esse espírito de união, de equipe. Também precisa de cuidados. O cuidado a gente vê lá dentro intra-útero, quando o bebê ta dentro da barriga, ele é sujeito de cuidado. Ali dentro, no desenvolvimento da gestação. Então cuidar da gestação, da gestante que é sujeito de cuidado. Aí de uma forma bem ampla, que não só lá na neo. É a mulher, a vida saudável que ela deve ter. O pai, o companheiro pai do bebê, que também é sujeito do cuidado. Daí por algum motivo, o bebê entra na neo. Na neo ali é a família. A princípio a mãe, o pai, o núcleo, eles são sujeitos de cuidado, pais prematuros. A questão do toque. Ainda tem a rede de apoio, que são sujeitos de cuidado e que vão ser os cuidadores do bebê. A mulher que amamenta. Também a amamentação, como uma forma de carinho e nutrição, o desenvolvimento do bebê. O objeto, a finalidade da assistência é a saúde, tida num sentido mais amplo, não só no aspecto biológico e a meta final é a qualidade de vida para a família.</p> <p><u>Facilitadora:</u> Na verdade os 2 grupos seguiram meio que a seqüência de evolução.</p>	<p>A necessidade de cuidar de quem cuida. O grupo levanta uma outra questão para reflexão.</p> <p>Facilitadora realiza uma síntese dos dados apresentados.</p>	<p>Profissionais apontam a importância de considerar tudo o que está em torno do bebê como sujeitos de cuidado.</p> <p>A equipe também é apontada como sujeito de cuidado.</p> <p>O sujeito de cuidado é amplo, envolve o bebê, mas também a mãe, o pai e toda a família.</p> <p>A necessidade de envolver as pessoas que serão os prováveis cuidadores do bebê.</p>
---	--	--

<p>Lembraram que o nosso cuidado não é só no momento que o bebê tá chegando na UTI. Na verdade já tem uma equipe que trabalha antes, durante o pré-natal, durante o parto, a equipe que tá atuando ali no momento que o bebê chega e a preocupação que a gente tem com o depois dali. Não é só o bebê sobreviver, mas como vai ser a vida dele depois. A preocupação de estar o tempo todo introduzindo os pais, a família, essa rede de apoio, que vão ser as pessoas que vão estar envolvida com o bebê ao longo da vida dele. Se a gente fizer uma relação com o Método. O MMC caminha dentro dessa linha de evolução que vocês traçaram nos cartazes. Ele preconiza a participação da família desde o momento da concepção, durante o pré-natal, de já introduzir o Método principalmente no caso de gestação de alto risco. Já apresentar o MMC e já prepará-la para que elas possa participar dos cuidados, no ambiente da UTI se for o caso. Ao longo das oficinas a gente vê que já tem trazido muito a figura dos pais. Eu acho que a Violeta colocou muito bem, o nosso foco é o bebê, mas toda rede de apoio dele também faz parte do nosso cuidado. A gente já discutiu um pouco disso nas oficinas anteriores. Mas a gente precisa estar sempre lembrando isso. Muitas vezes a gente percebe que quando tem uma mãe que incomoda, ou que gera atrito entre a equipe, a gente tende meio que a isolar ela e cuidar só do bebê, isola cada vez mais a família. Mas a gente precisa compreender que é nesses momentos de atrito que a gente precisa resgatar a presença da família. Porque quando a mãe tá envolvida com o bebê, é muito fácil para a equipe.</p> <p><u>Violeta:</u> Quando a família faz o que a equipe quer, ela é bem</p>	<p>Facilitadora relaciona o tema que está sendo discutido com o MMC.</p> <p>Facilitadora apresentando situações do cotidiano que sinalizam a dificuldade de envolver a família no cuidado.</p>	<p>Facilitadora destaca o fato dos profissionais enfatizarem que os nossos sujeitos de cuidado são o bebê, os pais e todas as pessoas que estão envolvidas com ele.</p> <p>Profissional aponta a questão de que a equipe só amplia o seu sujeito de cuidado para a família, quando esta é bem vista/ é aceita</p>
--	--	---

<p>aceita.</p> <p><u>Facilitadora:</u> É aquilo que a Flor do campo traz, a questão dos rótulos. Se a mãe for assim, assado é bem aceita pela equipe.</p> <p><u>Violeta:</u> Exatamente.</p> <p><u>Facilitadora:</u> Agora se a mãe não se adapta ao padrão, ou se ela tem uma vida social fora complicada e que não permite que ela passe o tempo que a gente espera aqui dentro da UTI, a equipe já começa a recriminar. E isso gera um ciclo que acaba afastando a mãe da UTI. As vezes inconsciente, as vezes consciente. E nos cartazes os dois grupos se preocuparam muito em tá trazendo essa rede de apoio como sujeito de cuidado da equipe neonatal.</p> <p><u>Rosa:</u> Mas depois que começou o canguru isso melhorou muito, porque a gente via só o bebê. Hoje dia não, a gente já incorporou, pelo menos a mãe a gente trata como se fosse uma só.</p> <p><u>Violeta:</u> Como se fosse uma unidade.</p> <p><u>Rosa:</u> Claro que precisa incluir as outras pessoas, mas isso já melhorou muito.</p> <p><u>Facilitadora:</u> Agora o que ainda precisa incorporar é a questão da rede de apoio.</p> <p><u>Violeta:</u> Quando a rede de apoio entra na unidade, os profissionais sentem-se invadidos.</p> <p><u>Rosa:</u> Acho que isso talvez tenha a ver com o medo da gente. Porque um bebê muito pequeno, pode passar alguma coisa. A gente tem aquele tabu que na UTI não pode ter muita gente mexendo, pegando.</p> <p><u>Facilitadora:</u> Mas eu acho que não é só isso, tem a questão do aumento de sobrecarga do trabalho. São mais pessoas para orientar, é mais gente dividindo o</p>	<p>Problematizando a nossa realidade.</p> <p>Facilitadora expondo sua opinião, resgatando fatos da vivência diária.</p>	<p>pelos profissionais.</p> <p>Quando a mãe não atende o padrão, passa a ser excluída pela equipe.</p> <p>O MMC favorece a inclusão da mãe como sujeito de cuidado.</p> <p>A necessidade de incluir outras pessoas como sujeitos de cuidado.</p> <p>Dificuldade de aceitar a entrada de muitas pessoas na UTI neonatal, relacionado com a formação dos profissionais.</p>
--	---	---

<p>mesmo espaço. As vezes tem que pedir para as pessoas saírem para fazer algum procedimento com o bebê. Passa também por essas coisas – a questão da invasão do “nosso” ambiente. Acho que a gente ainda não está preparado, mas estamos caminhando para isso. Na verdade a gente precisa envolver a rede de apoio, porque serão eles que irão cuidar do bebê após a alta. Então a gente precisa tá aos poucos resgatando. Claro que não é abrir a UTI para todo mundo, mas saber reconhecer quem são as pessoas também, orientar. As vezes 1, 2, vezes, faz parte do nosso cuidado. As vezes eles tem dificuldade de entendimento, estão confusos. Faz parte do nosso trabalho, o acolhimento a essa família. Uma outra coisa que a Hortênsia levantou e que apareceu pouco até agora é com relação ao cuidado da equipe, que a gente não pode prestar uma assistência de qualidade se o profissional não esta bem consigo mesmo ou entre eles. Por mais que atualmente se esteja falando de cuidar do cuidador, na prática o que a gente observa é que se exige que o cuidador desempenhe adequadamente suas funções, seguindo as normas, filosofia da instituição e não se preocupa de como esta esse profissional, se esta sendo cuidado pela própria equipe de trabalho dele. As vezes a gente vê um colega cabisbaixo, triste por esta com algum problema e a gente não oportuniza um momento pra conversar com ele para oferecer ajuda. A gente se preocupa muito em cumprir tarefas e se preocupa pouco com os nossos colegas de trabalho.</p> <p><u>Hortênsia</u>: Acho que isso é uma grande mudança, essa dimensão educativa. Isso não era comum, a enfermagem sempre foi intervencionista. A gente vê</p>	<p>Problematizando outra questão levantada durante a construção dos cartazes.</p>	<p>Profissionais não estão preparados para cuidar da família.</p> <p>A importância de cuidar de quem cuida.</p> <p>Grande mudança no cuidado intensivo, a introdução da educação no ambiente hospitalar.</p>
--	---	--

<p>muito isso na atenção primária a saúde, mas dentro do Hospital, na UTI. Essa parte de se relacionar com os pais, dos relacionamentos, de descer até o nível de decodificar certas coisas para as mães, numa linguagem simples. A enfermagem sempre foi assim de tarefa, prática. Então, lidar com essa dimensão educativa é uma coisa nova dentro da UTI. Acho que provavelmente porque parece não ter sentido esse trabalho de educação, de receber a mãe, de estar junto, de ajudar a dar o banho.</p> <p><u>Rosa</u>: Parece que não é um trabalho de dentro de uma UTI.</p> <p><u>Hortênsia</u>: Não é um trabalho da enfermagem, nem muito menos de UTI. Mas vocês tiveram que incorporar, isso é uma revolução.</p> <p><u>Violeta</u>: Acho que o Método veio para marcar essa diferença. Além de ser intervencionista (não deixar de ser), mas além de, é promover saúde para a família, para a rede de apoio. É a atenção primária que a gente fala.</p> <p><u>Hortênsia</u>: É prevenção primária, mas dentro de um nível de complexidade.</p> <p><u>Violeta</u>: Dentro da UTI neonatal.</p> <p><u>Rosa</u>: Eu que trabalhei na MCD, eu sempre questionava, se o bebê é da mãe porque ela não pode entrar em qualquer horário. Porque tem que ter horário, se ela não puder entrar naquela hora... tem que amamentar e sair, eu ficava assim...</p> <p><u>Girassol</u>: Mas agora já mudou, né?</p> <p><u>Rosa</u>: Acho que aos poucos as coisas vão mudando por lá.</p> <p><u>Facilitadora</u>: Mas a gente tem que pensar que muitas vezes a resistência dos profissionais em aceitar os pais, é justamente por</p>	<p>Oportunidade de novos aprendizados na prática diária.</p> <p>Profissionais percebem as mudanças no paradigma da atenção neonatal, ao pararem para refletir sobre o nosso sujeito de cuidado.</p> <p>O processo de mudança é lento e gradativo.</p>	<p>O profissional precisa aprender a se relacionar com a família.</p> <p>Mudando a dimensão do cuidado, profissional precisa educar a família e envolver a mãe na unidade.</p> <p>O MMC veio marcar a diferença, é preciso somar a tecnologia com a promoção de saúde para a família.</p> <p>Profissionais percebem aos poucos que o tipo de assistência prestada está mudando.</p>
--	---	---

<p>estar acostumado a trabalhar em outro emprego, com outro enfoque. Sempre foi meio que o dono do bebê. A equipe decide o que vai fazer com o bebê, em que momento.</p> <p><u>Lírio</u>: O resto é frescura.</p> <p><u>Violeta</u>: É só tratam o biológico, o bebê não tem saúde social, nem saúde psicológica.</p> <p><u>Facilitadora</u>: É aquela questão, vamos fazer o bebê sobreviver, depois a família se adapta.</p> <p><u>Violeta</u>: É compreensiva essa reação, de repente vou Ter que trabalhar com a mãe também.</p> <p><u>Rosa</u>: E principalmente a gente que tá muito tempo.</p> <p><u>Lírio</u>: Depende da pessoa, tem gente que acha que é frescura. Quando a gente tá acostumado a fazer alguma coisa que considera certo e vem uma pessoa ou um estudo e diz que tem que ser diferente, a gente tem que respirar fundo e mudar. A primeira coisa é testar, vê se dá certo, aí depois a gente vai realmente mudando.</p> <p><u>Violeta</u>: É mais tem gente que não pensa assim, numa outra oficina teve um relato de uma pessoa que achava que o Programa Canguru é um retrocesso. Que não concordava, que não achava certo na neonatologia a mãe ficar junto com o bebê o tempo todo. Foi o que eu entendi, mais ou menos isso, que achava um absurdo, como se o bebê fosse propriedade do profissional.</p> <p><u>Rosa</u>: É pensa que é uma coisa atrasada que não esta evoluindo.</p> <p><u>Violeta</u>: Então, que é um atraso, uma regressão.</p> <p><u>Facilitadora</u>: Também achava que se teve todo o avanço tecnológico, tem incubadora, aparelhos, porque a gente vai</p>	<p>Levantando as causas do problema.</p> <p>O processo de mudança é lento e gradativo.</p> <p>Facilitadora ajuda o grupo a resgatar uma questão que foi discutida no encontro anterior.</p>	<p>Alguns profissionais ainda são resistentes para envolver a família, sentem-se donos do bebê.</p> <p>Profissionais tentam entender as dificuldades do dia-a-dia, relacionada a presença de outras pessoas no ambiente da UTI neonatal.</p> <p>Dificuldade de mudar.</p> <p>Alguns profissionais ainda são resistentes, não aceitam o MMC.</p>
--	---	---

<p>precisar colocar ele com a mãe, se ele já está com todos os equipamentos necessários.</p> <p><u>Rosa:</u> Que essas coisas são pra quem não tem condições.</p> <p><u>Violeta:</u> Essa pessoa pensa que o Programa é pra quem é pobre, quem não tem condições, não tem recursos, não tem incubadora.</p> <p><u>Lírio:</u> Pode até ser em alguns locais uma opção pra quem não tem nada, agora pra gente não.</p> <p><u>Rosa:</u> É só pensar na questão do bom senso. Incubadora não traz carinho. E a mãe tá ali, é natural.</p> <p><u>Hortênsia:</u> É uma questão de conscientização.</p> <p><u>Violeta:</u> é uma coisa da natureza, aquilo que a gente fala.</p> <p><u>Rosa:</u> eu sempre questionei, eu sofri muito com isso. Porque ninguém pensava, eu achava que ninguém pensava como eu lá dentro.</p> <p><u>Hortênsia:</u> As diferentes que inovam, que ousam, que provocam.</p> <p><u>Facilitadora:</u> É na verdade as mudanças são lentas mesmo, aos pouquinhos é que a gente vai percebendo.</p> <p><u>Violeta:</u> Bom nós já estamos a uns cinco anos nessa parada ai.</p> <p><u>Rosa:</u> Eu trabalhei lá em 94, foram 10 anos pra ver que era realmente como eu pensava.</p> <p><u>Violeta:</u> Que bom que você tá aqui então.</p> <p><u>Facilitadora:</u> Bom, acho que era isso, a intenção hoje era refletir sobre o nosso sujeito de cuidado. E se diferentes categorias pensam da mesma forma, é porque realmente existe um caminho que podemos buscar, compartilhando com as demais pessoas que estão trabalhando com a gente.</p>	<p>A necessidade de conscientização dos profissionais como hipótese de solução.</p>	<p>A importância de adaptar o MMC a nossa realidade.</p> <p>Profissionais acreditam que aos poucos, conscientizando os profissionais da equipe, poderão envolver, cada vez mais, outras pessoas significativas como nossos sujeitos de cuidado e não somente o bebê.</p>
--	---	--

APÊNDICE B – CONSENTIMENTO INFORMADO DA INSTITUIÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Comissão de Ética
Hospital Universitário
UFSC

Prezados Senhores:

Como aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem, UFSC, estou solicitando sua análise e autorização para a realização da minha prática assistencial nesta instituição.

Esta prática será desenvolvida junto a equipe de saúde da unidade de neonatologia e tem como objetivo a promoção de um processo educativo, baseado na abordagem problematizadora, para refletir com a equipe as potencialidades do Método Mãe-Canguru na qualidade da assistência ao recém-nascido prematuro e sua família.

Em anexo segue o projeto para sua análise.

Agradecendo a atenção,

Enfermeira Roberta Costa

Florianópolis, setembro de 2004.

APÊNDICE C - CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PARTICIPANTES (PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE NEONATAL DO HU-UFSC)

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar do estudo conduzido por Roberta Costa, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Fui orientado(a) de que participarei de uma prática educativa que visa criar espaços dialógicos para refletir com a equipe de saúde da unidade de neonatologia do HU/UFSC sobre o Método Mãe-Canguru. Esse estudo pretende colaborar no sentido de despertar nos profissionais da equipe de saúde que atuam na assistência ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, a necessidade de um espaço para reflexões sobre a prática assistencial, possibilidades e dificuldades da equipe, buscando cada vez mais alcançar a integração de seus membros, tanto no que diz respeito à atuação interdisciplinar, quanto na responsabilidade de todos com relação às ações de saúde, favorecendo desta forma a transformação do modelo assistencial vigente.

Estou ciente que a mestranda coletará dados através de observação e trabalhos em grupo e que a mesma somente utilizará as informações obtidas, para os propósitos delimitados no projeto apresentado.

Compreendo que serei convidada a participar de todos os encontros realizados com a equipe de saúde, no local e nos horários que forem mais favoráveis aos profissionais da equipe, sem que isto implique em interferências no processo de trabalho que desenvolvo na unidade de neonatologia. Entendo, ainda, que a mestranda poderá entrar em contato comigo para mais informações, futuramente.

Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro.

Minha participação no estudo é voluntária e posso negar-me a participar do mesmo, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou consciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados desse estudo serão dados a mim, caso os solicite, e que a mestranda é a pessoa com quem devo contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante.

Data

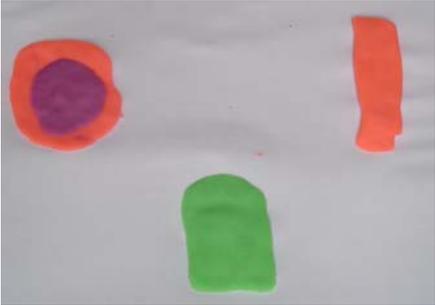
Assinatura do profissional da equipe de saúde

**APÊNDICE D – CARTAZ SOBRE O SUJEITO DO NOSSO CUIDADO
(6º Encontro)**



APÊNDICE E – ESCULTURA DE MASSA DE MODELAR SOBRE O AMBIENTE DA UTIN (10º Encontro)





**APÊNDICE F- CONSTRUÇÃO DO CARTAZ SOBRE O CUIDADO
(11º Encontro)**



O CUIDADO

Criança não vem com manual

É preciso observar os sinais de cada um.

A intenção mãe/bêbe na gestação já significa um cuidado

saúde.

Será que alguém está cuidando de mim?

Quando estou comido estou feliz...

A equipe pode incentivar os vínculos familiares

cuidado.

Como poderíamos contribuir para a qualidade do cuidado:

- diminuição de barulho
- redução das manuseios
- redução da luz.

Todo Bebê Merece Este Cuidado

UM MINUTO DE SOSSEGO

CUIDADO

O COMEÇO de tudo

Limpeza?

Com a cabeça ou o coração?

Conversando a gente se entende

APÊNDICE G – CARTAZ COM AS HIPÓTESES DE SOLUÇÃO DO 11º ENCONTRO



ANEXOS

ANEXO 1



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSC

DECLARAÇÃO

A Comissão de Ética da Enfermagem do HU/UFSC, declara que o Projeto de Mestrado intitulado "Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de Neonatologia: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora", de autoria da aluna Roberta Costa, não contém nada que infrinja o Código de Ética ou as Leis do Exercício da profissão de Enfermagem.

Florianópolis, 05 de outubro de 2004.

Tania Soares Rebello

LORE n SC. 20.856
Coordenadora de CEEH/HU/UFSC

ANEXO 2

*MEU PRIMEIRO AMBIENTE DEPOIS QUE
DEIXEI O ÚTERO DE MINHA MÃE¹*

Sônia Maria Polidório Pereira²

Aí... que quentinho! Tenho uma sensação diferente, não entendo direito o motivo, sei que nasci rapidinho e fui trazido para este lugar. Escutei alguém falar que é uma UTI neonatal, e que aqui são utilizados todos os recursos para salvar a minha vida, agora estou dentro de uma incubadora. Disseram que eu vim, porque sou prematuro, acho que é porque eu não fui até o fim do meu tempo de gestação... afinal, onde está minha mãe?

Eu me sinto cansado, o oxigênio que recebo é necessário, porque meus pulmões ainda não estão bem formados. Às vezes eu fico roxinho, alguém vem, toca meu corpo, aumenta o vento no meu nariz e diz que eu esqueci de respirar... escuta aí, alguém me ensinou?

Agora estou sentindo meu coração bater mais forte, nem acredito, estou escutando a voz do papai e da mamãe. Acho que eles estão emocionados, também, é a primeira vez que nos vemos.

Como me sinto amado, eles estão dizendo que me amam, que é bom me tocar, e que não vêem a hora de me aconchegarem no colo. A mamãe está falando que aqui neste hospital, os pais podem ficar o tempo todo juntos ao seu bebê, que bom, tenho a sensação que estou mais próximo de minha mãe novamente e que meu pai está curtindo isso.

Silêncio... eu quero escutar o que estão dizendo para os meus pais, tenho a impressão que falam de mim. Não entendo direito, mas acho que estão explicando que a minha circulação e respiração ainda estão deficientes, e que me alimento só de soro. Porém, mais tarde, receberei aminoácidos, proteínas, gorduras e açúcar, parece que o nome é nutrição parenteral, já sei, é tudo pela veia... já estou ficando sabido!

Minha mãe falou que já tem leite e que está retirando e guardando para eu receber quando estiver melhorzinho, só que não sugarei, receberei por uma sonda que irá até o meu estômago, isso ajudará a desenvolver meu sistema imunológico, o que me protegerá contra infecções. Sei que isto é importante porque aqui eu sofro várias intervenções e meus órgãos ainda não estão bem formados.

Todos estão preocupados com o meu estresse, cuidam de tudo para que eu não consuma muita energia; controlam minha temperatura, o nível de açúcar no meu sangue, a dosagem de oxigênio; tudo para melhorar logo meu cansaço e os meus roxinhos de vez em quando. Sei que quando esqueço de respirar, tem um aparelho aqui do meu lado que apita, é o oxímetro de pulso, eles colocam às vezes no meu pé, às vezes na minha mão. Fico quietinho porque sei que é importante esse cuidado.

Parece que estou ficando amarelinho, é a icterícia, e sei que o meu fígado está preguiçoso, ainda não pode trabalhar direito. Avisaram que vou começar com banho de luz e que meus olhinhos precisam ser protegidos, tomara que alguém os descubra quando meus pais estiverem por perto, pelo menos um pouquinho!

Sei que todo o cuidado é pouco para que meu cérebro não seja comprometido, mas eu sei que vou sair dessa. O pessoal explica tudo para os meus pais e eu acabo me preparando melhor para essa batalha, dando força para eles através do meu amor...

¹ Percepção do bebê prematuro sobre o cuidado recebido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a partir da ótica da enfermeira.

² Enfermeira Assistencial na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – HU-UFSC, integrante do Núcleo de Pesquisa – TRANSCRIAR – UFSC. Especialista em Administração de Serviços Hospitalares e de Enfermagem – UFSC.

ANEXO 3

Você e o espelho...

Um dia, quando os funcionários de uma empresa chegaram para trabalhar encontraram na portaria um cartaz enorme no qual estava escrito:

"Faleceu ontem a pessoa que impedia seu crescimento na Empresa, você está convidado para o velório na quadra de esportes"

No início, todos se entristeceram com a morte de alguém mas, depois de algum tempo, ficaram curiosos para saber quem estava bloqueando seu crescimento na empresa.

A agitação na quadra de esportes era tão grande que foi preciso chamar os seguranças para organizar a fila do velório.

Conforme as pessoas se aproximavam do caixão, a excitação aumentava: Quem será estava atrapalhando o meu progresso?

Ainda bem que esse infeliz morreu!!

Um a um, os funcionários, agitados, aproximavam-se do caixão, olhavam o defunto e engoliam em seco. Ficavam no mais absoluto silêncio, como se estivessem sido atingidos no fundo da alma. Pois bem. Certamente você já adivinhou que no visor do caixão havia um espelho...

Só existe uma pessoa capaz de limitar seu crescimento: você mesmo!

Você é a única pessoa que pode fazer a revolução de sua vida;

Você é a única pessoa que pode ajudar a si mesmo.

Sua vida não muda quando seu chefe muda, quando sua empresa muda, quando seus pais mudam.

SUA VIDA MUDA QUANDO VOCÊ MUDA!!!!

Você é o único responsável por ela.

Roberto Shinyashiki

ANEXO 4

Nunca deixe de sonhar...

Todo ser humano possui sonhos.
Sonhos grandes, sonhos pequenos, sonhos.
Sonhos nascem a cada dia, a cada hora, a cada minuto.
Sem percebermos, um sonho nasce dentro do nosso coração.
Sonhos nos motivam a viver, a continuarmos caminhando.
Vivemos, na verdade, na busca da realização dos nossos sonhos.

Às vezes, pessoas que estão ao nosso redor
tentam matá-los com palavras de pessimismo.
Acham que, se não podem realizar os seus sonhos
as outras pessoas também não merecem realizar os seus.
Puro egoísmo.

Muitas vezes, achamos que não conseguiremos realizá-los.
Que eles estão muito distantes de nós.
Ou achamos que não merecemos, porque não somos ninguém.
Se não acreditamos neles os perdemos.

Temos que tirar do baú os sonhos, caso contrário,
eles envelhecem.
E assim não conseguiremos mais realizá-los.
A realização vem pela luta, esforço e persistência

Caminhar ao lado das pessoas que nos motivem a sonhar
e a persistir nos mesmos, é importante.
É um passo para realização deles.

Mesmo que tudo o leve a pensar que parece impossível,
não desista do seu sonho.
Busque forças dentro de você.
Acredite que tudo pode acontecer
quando desejamos do fundo do coração.

Tudo e não algumas coisas!
Acredite na beleza dos sonhos
e na capacidade de realizá-los.
Você é capaz!
Sonhe sempre.

Nunca deixe de sonhar.
E você será sempre um vencedor.

(Câmara, 2002).