**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Ana Paula Marson

Implantação da 1ª etapa do Método Canguru em uma Unidade
Neonatal: uma análise dos benefícios e dificuldades

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo
2015

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Ana Paula Marson

Implantação da 1ª etapa do Método Canguru em uma Unidade Neonatal: uma análise dos benefícios e dificuldades

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto.

São Paulo
2015

Banca Examinadora

Prof^o Dr. Alfredo Naffah Neto

Prof^a Dr^a Sonia Regina Vargas Mansano

Prof^a Dr^a Rosa Maria Tosta

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, a quem devo a vida e tudo o que sou, pelo amor incondicional, pelo apoio e incentivo sempre, às minhas irmãs, por toda confiança depositada em mim e toda torcida, e aos meus sobrinhos, que me encheram de alegria e esperança durante essa caminhada.

Ao meu companheiro e amigo, sempre tão cuidadoso e presente. Obrigada por todo amor, cumplicidade, paciência e por acreditar nesse trabalho.

Ao meu orientador, Alfredo Naffah Neto, a quem devo tantos aprendizados. Obrigada pelo apoio e orientação em todos os momentos dessa jornada.

À Fundação CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado.

À Banca do Exame de Qualificação, Rosa Maria Tosta e Sonia Regina Vargas Mansano, pela rica interlocução e pelas valiosas sugestões, que em muito contribuíram para a presente pesquisa.

Ao Serviço de Psicologia do HU/UEL, a todas as colegas desse setor que compartilharam diariamente experiências, alegrias e frustrações.

À Unidade Neonatal do HU/UEL, pela paciência, receptividade e aposta no meu trabalho.

A todas as mães e bebês que passaram pela Unidade Neonatal, sem eles a pesquisa não seria possível.

Às pessoas que estiveram presentes em momentos distintos e me fizeram avançar pela ajuda que me dispensaram.

A Deus, por sua infinita bondade.

***Parecia que tudo estava tão bem,
Mas eis que apareço antes da hora...
Mamãe fica muito assustada, não esperava também.
Ouvi dizer que nasci prematuro. E agora?***

***Que vou morar numa tal de UTI neonatal
E que meu bercinho se chamará incubadora.
Penso que esta casa poderá ser um lugar super legal,
E que esta caminha poderá ser também muito acolhedora.***

***Passei por um soninho bom por demais
E descobri que já me encontrava dentro do bercinho aquecido,
Garantindo o meu bem estar e as minhas funções vitais.
Vocês não podem imaginar como fico agradecido!***

***Apesar da minha fragilidade,
Sinto que sou forte.***

***Sou um bebê de muita sorte,
Recebo uma saúde humanizada e avanços da ciência:
Contudo, preciso ainda pedir um favor:***

***Necessito que tenham comigo muita paciência,
Preciso de muito silêncio para me recuperar
E poder voltar ao meu lar e receber muito amor.***

***Se houver respeito, carinho e atenção,
Sairemos logo desta casa provisória,
Mas nunca esqueceremos quem ajudou na nossa recuperação.
Com certeza estarão sempre presentes nas nossas vidas... na nossa história...***

Ana Paula Marson e Maria Inês Rodrigues Nunes

MARSON, Ana Paula. **Implantação da 1ª etapa do Método Canguru em uma Unidade Neonatal**: uma análise dos benefícios e dificuldades. 2015. 105 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2015.

RESUMO

O presente estudo investiga as possibilidades de intervenção do Método Canguru no que diz respeito à aproximação da mãe com seu bebê prematuro, envolto em toda barreira tecnológica que permeia o tratamento. A sobrevivência e desenvolvimento do bebê dependem do maquinário, de medicamentos e de profissionais atuantes nesse contexto, visto que se tornam, no início da sua vida, a segurança para ele e para a sua mãe. Diante das adversidades que essa situação coloca, o interesse deste estudo consiste em analisar os desafios da implantação da 1ª etapa do Método Canguru em uma unidade neonatal. O Método Canguru proporciona o contato pele a pele precoce entre a mãe-bebê e o pai, permitindo uma maior participação desses no cuidado com seu bebê, como também permite toda a organização do ambiente neonatal no sentido de diminuição de ruídos, de luminosidade, controle de dor, a fim de minimizar os efeitos negativos no desenvolvimento do prematuro. A base de todo pensamento winnicottiano evidencia que a constância do cuidado materno assegura a continuidade do ser ou existência continuada do bebê. Sendo assim, o bebê depende emocionalmente da mãe para sua sobrevivência e, na unidade neonatal depende dos profissionais lá presentes. Desse modo, a preocupação desta pesquisa consiste em voltar um olhar mais atento aos personagens que participam da neonatal, pois deles dependem o seguimento da saúde física e mental do bebê prematuro. A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Neonatal do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Para isso, utilizou-se do método qualitativo de pesquisa, com uso da observação participante e de entrevistas, contextualizando a primeira etapa da implantação do Método Canguru mediante avaliação de benefícios e dificuldades.

Palavras-chave: Método Canguru. Bebê/Pais/Equipe. Unidade Neonatal. Winnicott.

MARSON, Ana Paula. **Implementation of the 1st phase of Kangaroo Care in a neonatal unit**: an analysis of the benefits and difficulties. 2015. 105 f. Dissertation (Masters in Clinical Psychology) - Pontifical Catholic University of São Paulo, São Paulo, 2015.

ABSTRACT

This study investigates the Kangaroo Care intervention possibilities concerning the mother's approach to her premature baby, surrounded by a technological barrier that permeates treatment. The survival and development of the baby depend on technology, medicines and health professionals, as they represent, in his early life, safety for him and his mother. In the face of the adversities of this situation, the aim of the study is to analyze the challenges of the implementation of the 1st phase of the Kangaroo Care in a neonatal unit. Kangaroo Care not only provides early skin-to-skin contact between the infant and the mother and father, allowing greater participation in caring, but also enables the organization of the neonatal environment as to noise and lighting, and pain control, in order to decrease the negative effects on the infant's development. The basis of Winnicott's thought shows that the consistency of maternal care ensures continuity of being or continuing baby's existence. Thus, the baby depends emotionally on the mother for his survival and, in the neonatal unit, depends on the professionals present there. Thus, the concern of this research is to look closer at the medical professionals who work in the neonatal unit, because the physical and mental health of the premature baby depends on them. The research was conducted at the Neonatal Unit of the University Hospital of the State University of Londrina. We used a qualitative research method, participant observation and interviews, contextualizing the first stage of the Kangaroo Care implementation through evaluation of benefits and difficulties.

Key words: Kangaroo Mother Care. Infant/parents/hospital staff. Neonatal Unit. Winnicott.

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

HU Hospital Universitário

IMI Instituto Materno Infantil

OMS Organização Mundial de Saúde

RNPT Recém Nascido Pré-Termo

SNC Sistema Nervoso Central

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCIN Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal

UEL Universidade Estadual de Londrina

UN Unidade Neonatal

UTIN Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 DELINEANDO UM CAMINHO DE PESQUISA.....	18
3 O BEBÊ E A UNIDADE: UM PANORAMA DA NEONATAL.....	27
4 A MÃE, O PAI E A UNIDADE NEONATAL: UMA VISÃO DO MÉTODO CANGURU E CONTRIBUIÇÕES DE WINNICOTT	44
5 PENSANDO A PRÁTICA: DESAFIOS E BENEFÍCIOS DA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU EM UMA UNIDADE NEONATAL.....	59
5.1 A Visão do Médico da Unidade Neonatal	60
5.2 A Visão da Enfermagem da Unidade Neonatal	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS.....	94
APENDICE.....	100
Apendice A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	101
GLOSSÁRIO.....	102

1 INTRODUÇÃO

“A psicanálise trata do conjunto das conseqüências ligadas ao fato de que o homem fala. Ela tem por possibilidade ou pretensão ordenar uma série de fatos clínicos que derivam também de outros campos”.
Ginette Rimbault

O interesse por desenvolver o presente estudo deve-se ao trabalho realizado na Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina - HU/UEL com gestantes de alto risco. Nesta população é frequente o nascimento de bebês prematuros, que necessitam de cuidados especiais para a manutenção da vida em uma Unidade Neonatal (UN), que comporta a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e a Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN). O Serviço da UN conta com equipe multidisciplinar, constituída por médicos, plantonistas e residentes de medicina, enfermeiros, residentes de enfermagem, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistente social, fonoaudióloga, fisioterapeuta e residentes de fisioterapia, nutricionista e psicóloga.

No desenvolvimento do meu trabalho junto a esses setores, surgiu um interesse maior pela relação mãe-bebê frente ao nascimento prematuro, pelas interações precoces e pela constituição subjetiva do ser humano no início da vida.

A experiência clínica, obtida durante os atendimentos psicológicos na maternidade do referido hospital, proporcionou o surgimento de várias questões a respeito do psiquismo das puérperas, uma vez que, findada a gestação, seus bebês tinham de receber atendimento imediato em UTIN ou UCIN.

No nascimento prematuro, todas as mães sofrem com o risco iminente de morte do bebê, seja por questões de cunho objetivo (os riscos efetivos que o bebê apresenta), seja por questões de ordem subjetiva (a concepção também imaginária das mães da fragilidade em que se encontra seu bebê).

O nascimento prematuro distancia o bebê da mãe e do pai nesse primeiro momento, ocorrendo um prejuízo na vinculação afetiva, pois, quando um bebê nasce prematuro, suas condições nem sempre permitem que ele possa ter um contato pele a pele com sua mãe, e necessita, dependendo da

sua idade gestacional, ser separado e cuidado pela equipe de saúde por um período longo.

Diante dessa situação, podemos afirmar que o nascimento prematuro provoca um impacto negativo na mãe e no pai. O comumente observado é o fato de que a mãe, enquanto cuidadora, encontra-se subjetivamente desprotegida, vulnerável, tendo de acolher e elaborar uma avalanche de sentimentos e frustrações advindas de uma gestação que não se concretizou a termo.

Partindo dessas considerações, é importante considerar que essa mãe e esse bebê permanecerão por dias ou até por meses em uma UN, vivenciando rotinas, ora boas ora ruins. Essas rotinas de cuidados com o bebê impossibilitam os cuidados maternos, que naturalmente satisfazem as necessidades específicas do bebê e as próprias necessidades da mãe. O vínculo mãe-bebê será atravessado pela situação do nascimento prematuro.

Assim, surgiu a iniciativa de sistematizar os conhecimentos obtidos nos atendimentos clínicos, tendo como referência a puérpera, o bebê prematuro e a UTIN e UCIN. Minha inquietação é fruto de observações e reflexões no cotidiano do hospital, que tem se mostrado um espaço onde emergem intensos conflitos, reflexo da fragilidade onipresente do ser humano. A UN é um local onde se concentra grande fragilidade. O ambiente físico é, muitas vezes, estressante. Os equipamentos, os sons dos alarmes e as luzes piscando costumam gerar muita ansiedade nas famílias e nos bebês (MOREIRA et al., 2003).

Embora existam várias questões de grande relevância científica a serem respondidas, proponho, em minha pesquisa, começar a responder a uma questão específica: quais os benefícios e as dificuldades encontradas no processo de implantação da primeira etapa do Método Canguru, tendo como pano de fundo a UN do HU/UEL e os personagens que participam desse cenário (bebê – mãe – equipe).

Estamos diante de um tema atual e delicado, haja vista a preconização pelo Governo Federal do Método Canguru como Política Pública. Tal resolução considera a implantação do método nas UNs da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivos que abrangem questões como os cuidados

técnicos com o bebê (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com luz, som, dor), o acolhimento à família, a promoção do vínculo mãe/bebê e do aleitamento materno e o acompanhamento ambulatorial após a alta, configurando-se, assim, como estratégia de qualificação do cuidado neonatal (BRASIL, 2011).

Farei um breve relato histórico do Método Canguru no contexto da assistência neonatal.

Em 1979, os doutores Héctor Martínez e Edgar Rey Sanabria, do Instituto Materno-Infantil (IMI) do Hospital San Juan de Dios de Bogotá, na Colômbia, iniciaram uma grande transformação na concepção e na forma de lidar com o recém-nascido prematuro e de baixo peso. Os recém-nascidos estavam sujeitos a uma situação crítica de superpopulação (mais de uma criança em cada incubadora), a infecções cruzadas e à ausência de recursos tecnológicos. O desmame precoce determinava a utilização de fórmulas infantis na alimentação dos bebês. A mortalidade neonatal era extremamente alta e o abandono materno, frequente (CARVALHO, 2001).

Essas condições dramáticas fizeram os doutores Martínez e Sanabria criar o Programa Mãe-Canguru, um trabalho pragmático que veio revolucionar a forma de tratar os bebês recém-nascidos de baixo peso e oferecer a essas crianças a possibilidade de crescerem mais saudáveis e com melhor qualidade de vida (CARVALHO, 2001).

Prosseguindo com o autor, as condições de saúde existentes antes do Programa Mãe-Canguru (e que ainda continuam a existir em alguns lugares do Brasil) foram descritas pelos doutores Colombianos da seguinte forma:

Imediatamente após o nascimento, o recém-nascido de baixo peso era colocado em uma incubadora, às vezes compartilhada por um ou mais recém-nascidos... Na UTI do IMI de Bogotá, não se permitia o acesso a pessoas estranhas, incluindo-se também a mãe, que só podia ver seu bebê quando este recebia alta. Iniciávamos a alimentação com dextrose (glicose para evitar a hipoglicemia) e com fórmulas infantis, de acordo com o peso. Uma vez tratada a patologia inicial e alcançado o peso satisfatório, o prematuro era então retirado da incubadora e colocado em berços especiais (CARVALHO, 2001, p. 6).

Segundo Carvalho (2001), o tempo de permanência no hospital variava muito, chegando a alcançar períodos de até três meses, quando a mãe ainda se recordava de seu filho e vinha reclamá-lo. A proporção de crianças abandonadas era muito alta devido à ausência total do estabelecimento de vínculo da mãe com seu bebê. Sem contar a facilidade de contágio, os pobres mecanismos de defesa desses recém-nascidos e o grande volume de pacientes que produziam uma alta porcentagem de doenças, que conduziam à septicemia e à morte.

Tendo surgido como uma tentativa de se reduzirem as elevadas taxas de mortalidade perinatal por infecção cruzada existentes em Bogotá, o método foi, antes de tudo, utilizado para responder a uma necessidade premente, sentida nos serviços de saúde de atendimento materno-infantil. O Mãe-Canguru não foi submetido inicialmente a nenhum estudo com metodologia científica de avaliação, tendo, por isso, sofrido críticas (CARVALHO, 2001).

Hoje, porém, a eficácia do Método Canguru é reconhecida pela comunidade científica internacional, sendo ele utilizado em muitos países como alternativa parcial ou total aos cuidados convencionais com recém-nascidos de baixo peso e prematuros (CARVALHO, 2001).

Em hospitais com poucos recursos, o método pode contribuir para a diminuição da mortalidade neonatal intra-hospitalar (CARVALHO, 2001).

Em situações em que há uma oferta de cuidados convencionais razoável, o Método Canguru promove o aleitamento materno, favorece o crescimento adequado do bebê, reduz a incidência de doenças graves até os seis meses de idade e contribui para diminuir custos.

Ainda segundo Carvalho (2001), nos locais com amplos recursos, o método, além de favorecer o aleitamento materno, facilita a passagem mais precoce da incubadora ao berço, a alta antecipada, a estabilização mais rápida do controle da temperatura, da frequência cardíaca e da respiração, além da humanização dos cuidados intensivos neonatais.

No Brasil, o atendimento perinatal tem sido foco prioritário do Ministério da Saúde, já que no componente neonatal reside o maior desafio para a redução da mortalidade infantil nas diferentes regiões brasileiras (BRASIL, 2011).

Um conjunto de ações tem sido desencadeado a favor da elevação do padrão do atendimento técnico à nossa população, propondo uma abordagem por parte dos profissionais de saúde que seja fundamentada na integralidade do cuidado obstétrico e neonatal (BRASIL, 2011). Nesse contexto, o Método Canguru, introduzido em algumas unidades de saúde brasileiras na década de 90, foi incorporado às políticas de saúde no campo perinatal.

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas conforme Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007. O programa parte dos princípios da atenção humanizada, que tem como objetivo o de reduzir o tempo de separação entre mãe e bebê favorecendo o vínculo. Ainda permite um controle térmico adequado, contribui para a redução do risco de infecção hospitalar, reduz o estresse e a dor do recém-nascido, aumenta as taxas de aleitamento materno, melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido, propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde, possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho, inclusive após a alta hospitalar, reduz o número de reinternações e contribui para a otimização dos leitos de UTIN e de UCIN (BRASIL, 2011).

Tendo como base a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde tem desenvolvido um conjunto de ações visando ao fortalecimento do método no Brasil (BRASIL, 2011).

A visão brasileira sobre o Método Canguru¹ implica uma mudança de paradigma na atenção perinatal, em que as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam dos avanços tecnológicos clássicos, mas os complementam (BRASIL, 2011).

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos prematuros, notadamente os de baixo peso, aumentaram de forma impressionante as chances de vida desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio

¹ No Brasil é usada a terminologia Método Canguru, considerando que é uma experiência na qual o pai tem participação ativa e fundamental.

quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, portanto cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização no atendimento (BRASIL, 2011).

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. O contato pele a pele começa com o toque, evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso em contato pele a pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada (BRASIL, 2011).

O método é dividido em três etapas:

A primeira etapa se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco com o encaminhamento da gestante para o serviço de referência, seguido da internação do Recém-Nascido (RN) na UN. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais: acolher os pais e a família, esclarecê-los sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, as rotinas e o funcionamento da UN; estimular o livre e precoce acesso dos pais à UN, sem restrições de horário; propiciar sempre que possível o contato com o bebê; garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais; oferecer suporte para a amamentação; estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na neonatal; assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem-estar do bebê; comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar as suas competências; garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário; diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade, tais como odores, luzes e ruídos; adequar o cuidado de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê; garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor; utilizar

o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento do prematuro.

Ainda na primeira etapa, as puérperas têm direitos assegurados, tais como auxílio transporte para a vinda diária à UN pelos estados e/ou municípios; refeições durante a permanência na unidade pelos estados e/ou municípios; assento (cadeira) adequado para a permanência ao lado do seu bebê e espaço que permita o seu descanso; atividades complementares que contribuem para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários.

Na segunda etapa, o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um “estágio” pré-alta hospitalar.

Os critérios de elegibilidade para a permanência nesta etapa dependem do bebê, da mãe e da família. O bebê deve apresentar estabilidade clínica, nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo) e peso mínimo de 1.250g. A mãe deve manifestar o desejo de participar, ter disponibilidade de tempo e uma rede social de apoio bem estruturada, pois ela tem que voltar para o hospital como se fosse ficar internada. Deve apresentar uma boa capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido e ter conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru.

A terceira etapa consiste na alta hospitalar. Os critérios para essa fase se pautam pela mãe segura, bem orientada e psicologicamente motivada; e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê. Esta etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até o bebê atingir 2.500g, dando continuidade à abordagem psicossocial.

Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento do bebê, dos pais e da família, esteja adequadamente capacitada para o pleno exercício do Método Canguru (BRASIL, 2011).

Segundo Henning, Gomes e Morsch (2010), em paralelo aos novos procedimentos clínicos no cuidado ao RN, os estudos voltados para o desenvolvimento cerebral e psíquico desses recém-nascidos vêm apontando para a relevância do cuidado em dois âmbitos: ambiental – que comporta as

condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação do cuidado ocorre – e relacional – que abarca as relações interpessoais entre os profissionais e o paciente. Ambos estão associados ao cuidado clínico e valorizam a presença da família no cuidado com o recém-nascido.

Defendo a ideia da primeira etapa da implantação do Método Canguru como facilitador para o cuidado afetivo em meio ao espaço tecnológico. Para tal, há de se reconhecerem as dimensões subjetivas e afetivas do outro, de quem é cuidado e do cuidador. Ou seja, trata-se de considerar a capacidade de interagir, de manifestar e expressar intencionalidade e solidariedade pelo outro, seja ela do cuidador, de um outro profissional ou de um familiar.

Assim, o presente trabalho se organiza da seguinte forma:

O capítulo **Delineando um caminho de pesquisa** aborda a questão da pesquisa qualitativa, que almeja, em última instância, a compreensão do homem a partir dos fenômenos humanos apreendidos (TURATO, 2010). Conforme salienta o autor, a originalidade da Antropologia moderna e científica dá-se a ver nas pesquisas qualitativas atuais, ao considerar a imersão do pesquisador no campo/*setting* natural onde ocorrem os fenômenos a serem estudados, com ênfase na escuta e na observação do todo e, também, do comportamento individual.

O capítulo denominado **O bebê e a Unidade: Um Panorama da Neonatal** apresenta um embasamento teórico sobre as características físicas e humanas que permeiam a unidade neonatal. O cenário de uma neonatal é marcado por um ritmo de urgência e rapidez, envoltos em aparatos tecnológicos que deixam escondidos, para observadores menos atentos, os bebês. Observar esse cenário nos faz refletir sobre as repercussões desse ambiente e dessas primeiras vivências para o desenvolvimento do bebê.

No capítulo cujo título é **A mãe, o pai e a Unidade Neonatal: Uma visão do Método Canguru e contribuições de Winnicott**, trato da relação mãe-bebê, que é definida pelo psicanalista inglês Donald Winnicott como imprescindível para o início do amadurecimento e do desenvolvimento saudável do indivíduo, assim como da visão que as mães têm dos benefícios

que o Método Canguru traz para sua relação com o bebê desde o início da sua vida, favorecendo a criação e o fortalecimento do vínculo afetivo.

O capítulo **Pensando a prática** trata dos desafios da implantação do Método Canguru em uma UN, avaliando os benefícios e dificuldades, faço uma descrição e análise da visão que os profissionais de saúde têm a respeito do método.

Portanto, o presente estudo traz questões pertinentes ao cotidiano hospitalar, refletindo sobre as dificuldades e benefícios proporcionados pelo Método Canguru nas relações que permeiam a UN, fazendo-nos indagar sobre as vivências e sentimentos de todos os envolvidos no contexto da prematuridade (bebê-família-equipe).

2 DELINEANDO UM CAMINHO DE PESQUISA

O conhecimento na área de saúde tem se beneficiado de um conjunto interessante de pesquisas de cunho qualitativo que trata, entre outros temas relevantes, da implementação de políticas públicas, das representações de saúde e doença, das formas de cuidado e das diferenças culturais, das dimensões psicológicas, sociais e culturais presentes nas maneiras de aderir ou recusar tratamentos, dos cuidados preventivos ou ações de cidadania ligadas à promoção de saúde e do trabalho multiprofissional e interdisciplinar (SCHMIDT, 2008). Tais pesquisas abrem espaço para a realização de estudos mais contextualizados que tomem em análise a experiência dos sujeitos diretamente envolvidos na situação problematizada.

O presente estudo orienta-se pelo método qualitativo. Considera-se que a subjetividade na vivência dos sujeitos envolvidos na implantação do Método Canguru possa ser mais bem investigada por esta estratégia de pesquisa. As ideias e atitudes dos profissionais envolvidos, bem como da família, fazem parte das representações sobre os cuidados e definem decisões sobre implicar-se, mais ou menos, na proposta, pois, sempre que as implicações de mudanças dependerem do humano, em ambas as partes envolvidas, deparemos-nos com resistências.

Lewin em seu estudo (1969 apud BARROS, 1994) desestabiliza o mito da objetividade na produção do conhecimento, ressaltando que a implicação do pesquisador está presente no processo da investigação e que, por estar incluso no campo, sua ação (entrevistas, questionários, dinâmicas, análises de dados e devolução das informações obtidas) modifica o objeto.

Assim, o primeiro elemento de caráter geral a ser destacado na presente pesquisa é, justamente, a implicação pessoal do pesquisador num movimento de aproximar-se do outro, a quem, no princípio, ele não conhece e não compreende. Segundo Schmidt (2008), aproximar-se remete à experiência de situar-se, que, por sua vez, constitui a pesquisa de campo. Essa forma, por assim dizer, faz coincidir método e ética, sendo esta última entendida como morada ou modo de habitar. A ética, que para o autor está ligada ao senso e à consciência moral; é mais do que um conjunto de normas e regras ou, ainda, mais do que a mera obediência a normas e regras. A ética é morada, modo de

habitar o mundo e lugar de atualização de valores e atitudes. Ou seja, a ética está implicada nas escolhas humanas que criam mundos e nos modos de valorizar e viver esses mundos. A ética, portanto, é indissociável do tema da escolha.

Concomitantemente, como explica Chauí (1994), a escolha desafia a consciência moral, pois exige a decisão sobre o que fazer, as justificativas perante os outros e nós mesmos sobre as razões da decisão e, por último, a responsabilidade por suas consequências.

A compreensão, nesse caso, é efeito dos movimentos de afastamento e aproximação do outro e de si mesmo. A compreensão é, ainda, construída no vai e vem de representações ou de modos de viver, sentir e pensar o outro e a si mesmo no encontro: o conhecimento que resulta do encontro é, por isso, produto de posicionamentos e maneiras de se conduzir, envolvendo a atividade crítica do pesquisador e do outro (SCHMIDT, 2008).

As primeiras experiências com pesquisas de campo estão vinculadas às iniciativas lewinianas no final da década de 30 nos Estados Unidos, inaugurando uma outra possibilidade de articulação entre teoria e prática, sujeito e objeto nas investigações sociológicas, psicológicas, educacionais e organizacionais (BARBIER, 1985; SAIDON, 1983; apud ROCHA; AGUIAR, 2003).

Dentro da pesquisa de campo encontra-se a pesquisa participante, que se preocupa sobretudo com o papel do investigador dentro da situação investigada e problematiza a relação pesquisador/pesquisado no sentido de estabelecer a confiança e outras condições favoráveis a uma melhor captação de informação (THIOLLENT, 1987 apud ROCHA; AGUIAR, 2003).

Na pesquisa participante é necessária uma mudança na postura do pesquisador e dos pesquisados, uma vez que todos são coautores do processo de diagnóstico da situação problema e da construção de vias que possam resolver questões. É um processo contínuo que acontece no curso da vida cotidiana, transformando os sujeitos e demandando desdobramentos de práticas e relações entre participantes (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 1985 apud ROCHA; AGUIAR, 2003).

O fundamental da pesquisa participante é que o conhecimento produzido esteja permanentemente disponível para todos e possa servir de instrumento para ampliar a qualidade de vida da população. Podemos considerar que a pesquisa participante se constitui em uma metodologia com pressupostos gerais de pesquisa, envolvendo diferenciados modos de ações investigativas e de priorização de objetivos (AGUIAR, 2003; ROCHA, 1996, 2001 apud ROCHA; AGUIAR, 2003)

Utilizarei a pesquisa participante, pois ela possibilita reagrupar tanto a observação participante quanto a utilização de entrevistas no meu campo de pesquisa.

Portanto, o pesquisador participante precisa de referência teórica e conceitual. A pesquisa de campo ou o encontro etnográfico depende, fundamentalmente, da experiência prática.

A experiência prática convoca o pesquisador para a reinvenção do método no plano concreto das relações com outros, como ele, autônomos, obrigando-o a responder pessoalmente pela distribuição democrática dos lugares de escuta, fala e ação no decorrer da pesquisa, pelas formas de apropriação e destinação do conhecimento elaborado e pela apreciação crítica de efeitos de dominação e de emancipação do conhecimento e sua divulgação (SCHMIDT, 2006).

Os métodos qualitativos de pesquisa adquiriram valor científico, inicialmente, com os trabalhos na disciplina de antropologia. Foi também essa disciplina a responsável pelo desenvolvimento da Etnografia a partir do trabalho de campo do antropólogo Malinowski com nativos da Oceania (TURATO, 2010).

A pesquisa etnográfica pressupõe, dessa forma, o trabalho de campo do pesquisador – método científico (CLIFFORD, 2002) -, o qual deve imergir, por um período de tempo, no *setting* alvo do estudo. Como técnica mestra de coleta de dados da pesquisa etnográfica, destaca-se a observação participante. Considerada herdeira da antropologia interpretativa e do trabalho de campo etnográfico, a pesquisa participante etnográfica supõe um processo de construção de conhecimento e tem sido estendida às pesquisas em saúde (SCHMIDT, 2008).

A vocação da Etnografia, na atualidade, em construir sentidos para a alteridade, no regime itinerante e precário que caracteriza esses tempos, enseja o próprio experimento da pesquisa como autorreflexivo e como local de articulação de diferentes mundos e de diferentes identidades/alteridades, produzindo efeitos de conhecimentos no par pesquisador/interlocutor, efeitos de conhecimento de si e do outro (SCHMIDT, 2006).

O texto ou a escrita etnográfica é o meio privilegiado de elaboração e de transmissão desse conhecimento e dessa crítica. Ele une ou estabelece as pontes entre os dois momentos essenciais da Etnografia, o “estando lá”, ou *being there*, que corresponde à situação da pesquisa de campo, e o “estando aqui”, ou *being here*, que corresponde ao ambiente de gabinete, em que o pesquisador retoma o contato com seus colegas universitários e escreve o texto que tornará público o seu trabalho (GEERTZ, 1989 apud OLIVEIRA, 2000).

A escrita “estando aqui” difere daquela de diários e anotações de campo, pois trata da construção propriamente dita de uma interpretação do diálogo, da interlocução que houve “estando lá”. Para esse momento, concorre tanto a presença da “comunidade de argumentação” da qual faz parte o pesquisador, com seu idioma acadêmico e disciplinar, quanto o compromisso ético, político e epistemológico delicado com a colocação de “vidas alheias” em texto (OLIVEIRA, 2000).

A ideia de uma dupla situação da pesquisa etnográfica, tal como considerada por Oliveira (2000) nas figuras do “estar lá” e do “escrever aqui”, auxilia a entender que a função de intérprete do pesquisador faz um percurso diferente daquele de seu interlocutor. Na situação de campo, pesquisador e colaborador fazem um esforço intelectual, cognitivo e afetivo de mútua compreensão, negociando a pertinência de determinadas temáticas, aprofundando a exposição de modos de sentir e de pensar, retomando aspectos lacunares, obscuros ou intrigantes dos relatos e das observações e reassentando, sempre que necessário, uma espécie de contrato ou pacto de trabalho compartilhado (SCHMIDT, 2006).

Na situação “de gabinete”, o pesquisador retoma não apenas os registros de campo – anotações de observações e impressões, gravações ou

transcrições de relatos orais, fotografias, filmes, documentos -, mas a cena em que uma relação de confiança se estabeleceu e na qual lhe foram confiados modos de pensar, sentir e viver (SCHMIDT, 2006).

O termo participante remete à controvertida presença de um pesquisador num campo de investigação formado pela vida cotidiana de indivíduos, grupos, comunidades ou instituições próximos ou distantes. Esta presença do pesquisador no campo encontra sua complementação no convite ou convocação do outro – indivíduo, grupo, comunidade ou instituição – para participar da investigação como informante, colaborador ou interlocutor.

Informante é um termo da tradição etnográfica usado não só na antropologia e na sociologia como também naquelas áreas que se aproximam do método etnográfico mais recentemente. Ele sugere um tipo de participação do pesquisador e do pesquisado em que a condução da pesquisa, os objetivos e interesses, as formas de apropriação dos dados de observação de campo e de entrevistas e a produção de conhecimento são prerrogativas do pesquisador: o informante “presta informações” (SCHMIDT, 2008).

Colaborador indica uma repartição dos lugares de produção de conhecimento ou compreensão no processo de pesquisa. Os objetivos e interesses são do pesquisador, mas, em geral, há no relato final da investigação espaços para que os “pesquisados” falem por si, articulados àqueles em que o pesquisador comenta e interpreta os achados do campo e das entrevistas (SCHMIDT, 2008).

A figura do interlocutor evidencia uma reorientação da tradição etnográfica no contexto contemporâneo de estudos que focalizam a interpretação dos sentidos e significados de modos de viver, sentir e pensar que constituem a pluralidade de mundos coexistentes e conectados na atualidade. Desta interpretação, os “pesquisados” não estão excluídos, tornando-se parceiros intelectuais dos pesquisadores na compreensão de fenômenos e na elaboração do conhecimento. O encontro etnográfico, nesse caso, é objeto de constante análise crítica e lugar de negociações e acordos sobre objetivos, destinos, formas de divulgação e autoria da pesquisa (SCHMIDT, 2008).

Implicar-se enquanto observador em psicologia clínica, participando das atividades cotidianas de uma prática em instituição de saúde, indicaria comprometimento com o trabalho efetuado pelos profissionais da equipe terapêutica, com consequências relacionadas aos pacientes, famílias e relações comunitárias.

Considerando que o pesquisador do método qualitativo encontra-se envolvido diretamente com os sujeitos e as experiências estudadas, que ele está ao mesmo tempo dentro e fora do fenômeno, que ele produz dados em forma de notas extensas e analisa-os em sua dimensão dupla (explícito/consciente e implícito/inconsciente) (BLEGER, 1980; ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998), foram definidos como instrumentos para a coleta de dados da presente pesquisa a observação participante e as entrevistas.

O observador participante em psicologia clínica observa a prática com algumas características parecidas às dos antropólogos, isto é, estuda a vida cotidiana das pessoas ligadas a uma prática terapêutica determinada considerando também a cultura “local” experienciada na instituição e a vivência do pesquisador nessa dinâmica organizacional.

O observador participante analisa os outros e se auto-observa, numa teia relacional emaranhada de comunicações coerentes/contraditórias, ordenadas/caóticas no interior de um entorno complexo a decifrar, mas com participação conectada às mudanças sociais, contextualizadas no processo de desconstrução das instituições de saúde (TURATO, 2010).

A observação participante é considerada uma técnica central de coleta de dados em pesquisas etnográficas, incluindo investigações psicológicas (TURATO, 2010). Trata-se da observação e do relato de comportamentos não previamente determinados, cuja finalidade reside na descrição e compreensão da situação específica.

Ademais, o observador é parte integrante da situação analisada, ao interagir constantemente com os participantes do estudo e ao ser considerado como instrumento legítimo e confiável da pesquisa (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998; BLEGER, 1980). Dessa forma, destaca-se que a observação participante tem o pesquisador/observador como principal

instrumento de coleta e registro de dados no trabalho de campo, por meio de sua consciência e representação dos fenômenos (TURATO, 2010).

As entrevistas realizadas durante a pesquisa não seguem roteiros. Elas são abertas e podem se orientar por determinadas problemáticas vivenciadas em campo pelo pesquisador e pertinentes à temática da investigação que não foram previstas. A entrevista teve como questão norteadora o Método Canguru. Os participantes falavam livremente de suas percepções sobre esse método.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos participantes com o objetivo de explicar o motivo da pesquisa e sua relevância social, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob o Parecer de nº: 1.024.820, juntamente com o CEP da Universidade Estadual de Londrina, instituição coparticipante. Após parecer favorável e a anuência em participar do estudo, foram realizadas as entrevistas, sendo gravadas, transcritas na íntegra e fragmentos delas utilizados para ilustrar a pesquisa.

Cabe ressaltar, ainda, que as concepções de neutralidade e imparcialidade científicas são, na realidade, condições fictícias, uma vez que nenhuma pesquisa é isenta de algum *viés* subjetivo. A atitude ética e científica do pesquisador é considerar criticamente os possíveis *vieses* da pesquisa. Desse modo, a pesquisa qualitativa não enseja generalizar resultados, como o fazem as ciências naturais; ao contrário, direciona a atenção para o singular e para o específico, com o aprofundamento da compreensão (MARTINS; BICUDO, 1989; MINAYO, 1999).

O fundamental nas pesquisas participativas é tornar o conhecimento produzido permanentemente disponível para todos e servir de instrumento para ampliar a qualidade de vida da população. Podemos considerar que a pesquisa participante constitui-se em uma metodologia com pressupostos gerais de pesquisa, envolvendo diferenciados modos de ações investigativas e de priorização de objetivos (AGUIAR, 2003; ROCHA, 2001).

A análise dos dados transcritos é um trabalho árduo e diligente, que exige cuidado ético na manipulação e divulgação, porque frequentemente lida

com informações sigilosas e delicadas. A amostra é pequena, selecionada de forma proposital, buscando, muitas vezes, os exemplos extremos e não os exemplos médios, pela característica do se pretende responder.

A unidade de análise selecionada para realização dessa pesquisa envolve sujeitos de uma microcomunidade, constituindo a UTIN e UCIN com seus membros (bebês, pais, familiares e equipe de saúde). A UTIN e a UCIN objeto deste estudo está inserida no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Tal unidade concentra atividades de assistência, ensino e pesquisa. Para o estudo foram convidadas mães e profissionais da área médica e de enfermagem da unidade neonatal que pudessem contribuir para os objetivos da pesquisa.

O Serviço de Psicologia do HU/UEL conta com uma equipe de psicólogas inseridas em diversas unidades de atendimento no âmbito hospitalar e ambulatorial. Vinculada ao Serviço de Psicologia, minha inserção se dá no Hospital Geral, como psicóloga responsável pelos atendimentos realizados na maternidade de risco, gerando o atendimento aos pais e familiares na Unidade Neonatal. Por constituir-se como serviço de referência para as gestações de alto risco, muitas mulheres são encaminhadas para essa maternidade, vindo de diversas regiões da cidade e mesmo de outras cidades da região, para darem à luz nesse hospital, a fim de que os recém-nascidos prematuros possam ser acolhidos imediatamente com os recursos de que necessitam.

À luz dos preceitos metodológicos supracitados, justifica-se a possibilidade da análise dos campos psicológicos com base na teoria psicanalítica. O compromisso, seja com uma interpretação útil de relações e fenômenos psicossociais, seja com a ação política ou interventiva, é mais um aspecto que ajuda a identificar a pesquisa participante como fundamental para esse estudo.

O valor formativo e libertário do conhecimento cresce à medida da democratização, divulgação e apropriação, ou seja, à medida que é concebido por e para coletivos na perspectiva de alcançar um bem comum. A renovação das ciências humanas parece mesmo depender da ruptura com a assepsia

metodológica do paradigma positivista e da superação da dominação do saber científico em relação a outros saberes (SCHMIDT, 2006).

Assim, a presente pesquisa participante representa um caminho ou uma via de aprofundamento dessa renovação, levando à autorreflexão, no espaço privilegiado do acontecer clínico-investigativo, que agrega as relações mãe – bebê – equipe.

3 O BEBÊ E A UNIDADE: UM PANORAMA DA NEONATAL

Lá vai o trem com o menino... Lá vai a vida a rodar... Lá vai ciranda e destino... Cidade e noite a girar... Lá vai o trem sem destino... Pro dia novo encontrar... Correndo vai pela terra... Vai pela serra... Vai pelo mar... Cantando pela serra do luar... Correndo entre as estrelas a voar²...

As emoções vivenciadas em uma Unidade Neonatal passam, em poucos segundos, de um extremo ao outro, como um trem passeando entre a vida e a morte por um momento muito breve e rápido. Neste capítulo, buscamos ressaltar um breve panorama do que vem a ser uma UN, abrangendo seu histórico e sua constituição como serviço extremamente essencial para os cuidados dos recém-nascidos prematuros.

A Neonatologia é uma especialidade jovem, ainda não cinquentenária. A natureza não previu a prematuridade e a doença no recém-nascido, mas graças à sofisticada tecnologia, invasiva e quase sempre agressiva, consegue-se, hoje, diminuir a elevada morbimortalidade do período neonatal. A preocupação com a sobrevivência e, talvez, o fascínio exercido por essa tecnologia, justifica-se pelo fato de que só recentemente os profissionais dessa área conscientizaram-se da complexa interface entre fatores biológicos e psicossociais, determinantes da saúde mental e do desenvolvimento harmônico (motor, sensorial e motivacional) dos pequenos pacientes. Assim, apesar do sucesso terapêutico obtido no tratamento da prematuridade extrema e outras patologias neonatais graves, não passaram despercebidas as dificuldades desses bebês após a alta hospitalar, principalmente no que diz respeito ao seu neurodesenvolvimento (CUNHA, 2004).

Os primeiros pediatras a tratar de recém-nascidos doentes, como Cooney na década de 30, já observaram alterações de comportamento, reinternações repetidas, maus tratos, distúrbios do crescimento, atraso do desenvolvimento sem causa orgânica e outras situações atribuídas por ele – já naquela época – à separação mãe-bebê (CUNHA, 2004).

Paralelamente ao avanço tecnológico e à manutenção da vida, numerosos autores iniciaram um debate intenso sobre o nascimento

² Música - Trenzinho Caipira: Compositor - Heitor Villa Lobos.

psicológico do bebê. Entre eles podemos destacar (BUSNEL, 1997; CYRULNIK; SOULÉ, 1999; PIONTELLI, 1995 apud ZORNIG; MORSCH; BRAGA, 2004), cujas teorias sugeriram que os primórdios da constituição subjetiva antecedem o nascimento, postulando-se, dessa forma, que um bebê não só reage ao meio ambiente, mas também memoriza fatos, expressa desejos e demanda a satisfação de suas necessidades, isto é, possui formas precoces de linguagem não verbal e vida subjetiva

Atualmente, busca-se compreender a expressão das mímicas, gestos e posturas do recém-nascido prematuro, com o objetivo de prestar cuidados de saúde, considerando o bebê como sujeito e não como objeto de cuidados, respeitando-o como ser-sujeito, dotado de emoções, que sente dor e que possui sua própria individualidade (BRASIL, 2011).

Considera-se a vida psicoafetiva do bebê como uma dupla ancoragem: corporal e interativa entre o bebê e seus pais ou substitutos. Contudo, logo ao nascer, o recém-nascido prematuro, por necessidade vital, é separado de sua mãe que, por vezes, fica em outra unidade hospitalar (BRASIL, 2011).

Bowlby, mencionado por Cunha (2004), em sua teoria do apego, reforça a ideia de que a tecnologia, embora tenha criado um *hábitat*-substituto do mundo intrauterino, possibilitando a sobrevivência do recém-nascido com menos de 1.000 gramas e outros de alto risco, não supriu os efeitos da separação precoce dos componentes da díade mãe-bebê. Só recentemente começou-se a dar o devido peso aos efeitos da separação entre o desenvolvimento psíquico do bebê e o construto emocional da maternidade. Quando se visa à saúde mental, a separação desses dois elementos constitui em um grande problema da UN.

Assim, podemos pensar o parto prematuro como uma descontinuidade temporal dupla para o bebê: provoca uma descontinuidade temporal, dificultando a instauração de cuidados parentais que lhe facilitem a transição e a adaptação à vida extrauterina, ao mesmo tempo que antecipa uma prontidão, ao exigir dele que ultrapasse sua fragilidade e imaturidade e se adapte às novas condições, impostas pelo nascimento antecipado (ZORNIG; MORSCH; BRAGA, 2004).

A temporalidade frenética de uma UN, com barulhos, aparelhos em funcionamento e diversos profissionais em estado de alerta, contribui para o esvaecimento da dimensão subjetiva do bebê. A sua passividade, ao ser colocado como objeto de cuidados da equipe médica e de enfermagem, dificulta a instauração de um circuito pulsional, de uma amarração simbólica que permita à mãe reconhecer-se como mãe daquele bebê, especificamente. Neste contexto, podemos pensar o sofrimento dos recém-nascidos prematuros quanto ao risco que eles correm, por não estabelecerem trocas afetivas e não terem, a seu dispor, uma palavra verdadeira, na qual os situam em relação a seus pais e a si mesmos (ZORNIG; MORSCH; BRAGA, 2004).

Nascer antecipadamente coloca o bebê num mundo diferente e estranho daquele que lhe era conhecido até então. As observações mostram que, mesmo o bebê prematuro que nasce em boas condições clínicas e com adequado nível de maturidade necessita de um período para alcançar autorregulação e equilíbrio em seus diferentes sistemas, em função dessas novas solicitações exigidas pela UN. Frente às exigências de processos fisiológicos, como respirar, sugar e manter a temperatura, o bebê necessita privilegiar a manutenção e o bem-estar biológico em detrimento de um investimento de respostas a partir das estimulações afetivas e sociais enviadas por seu ambiente de cuidados (ZORNIG; MORSCH; BRAGA, 2004).

Um recém-nascido prematuro, portanto, deverá adaptar-se às mudanças que estão ocorrendo fora do ambiente uterino. Para isso, ele conta com a tecnologia especializada da UN, que pode acolher esse bebê apenas para uma fase de adaptação ou, dependendo da idade gestacional, abrigá-lo por um longo tempo.

Nesta pesquisa, faz-se necessário compreender a dinâmica de funcionamento de uma UN, cujo principal foco de cuidado é o bebê, já que cuidar de um corpo tão pequeno, muitas vezes, traz exigências, solicita muito trabalho e requer uma grande atenção. Esse cuidado com o bebê prematuro se dá tanto no aspecto físico como no humano.

Conforme Moreira e Rodrigues (2003), as intercorrências mais comuns nos prematuros são doenças respiratórias, apneias, persistência do canal arterial, anemia, displasia broncopulmonar, retinopatia da prematuridade,

hemorragia intraventricular, asfixia, aspiração, pressão sanguínea baixa, pneumotórax, pneumomediastino e enfisema intersticial pulmonar³.

As UTINs são locais onde ficam internados os recém-nascidos que correm riscos de morte e que necessitam de cuidados 24 horas por dia. Contudo, normalmente, deve-se considerá-las um ambiente estressante, de luz intensa, de muito barulho, de diversos manuseios, de pouca interação social entre a equipe, o recém-nascido e os familiares e, principalmente, de pouco contato dos bebês com os pais. Os equipamentos, os sons dos alarmes e as luzes piscando costumam gerar muita ansiedade nas famílias, nos bebês e até mesmo nos profissionais que ali trabalham (MOREIRA et al., 2003).

A incubadora, ou berço de calor radiante⁴, não permite que o bebê relaxe facilmente, devido aos manuseios diários, necessários aos cuidados essenciais à sua saúde e sobrevivência. Além disso, nesse ambiente, realizam-se muitos procedimentos geradores de estresse ou de dor, tais como aspiração de secreções, colher sangue para exames, puncionar veias, radiografias, troca de fraldas, alimentação. Isso faz o bebê sentir-se incomodado, muitas vezes, ao longo do dia, sendo, inclusive, interrompido no seu sono. Todo esse manuseio exige dele uma reação muito grande, bem como uma demanda de esforço para conseguir retornar ao seu equilíbrio, no qual se encontrava antes dos procedimentos (MOREIRA et al., 2003).

O recém-nascido prematuro é acometido na UN por diferentes situações, às quais não tem possibilidade de fuga. Por exemplo, o som ruidoso do ambiente leva o bebê a um não relaxamento, sem condições, portanto, de descanso, o que provoca estresse. Além disso, quando muito intenso e prolongado, o barulho pode causar perdas auditivas.

O som do motor da incubadora é de 55-60 decibéis, um nível confortável para os adultos. Se o bebê usa algum equipamento respiratório, como o CPAP – ventilação mecânica⁵ -, este motor faz ainda mais barulho. Outros sons possuem níveis mais altos, de até 75-85 decibéis, que incomodam, inclusive, os adultos. Sons graves ou agudos podem causar alterações fisiológicas, como alta frequência cardíaca, respiração acelerada,

³ Ver Glossário.

⁴ Ver Glossário.

⁵ Idem.

apneia e queda no nível de oxigênio, além de acordarem o bebê e perturbarem o sono (MOREIRA et al., 2003).

De acordo com Kamada e Rocha (2006) a longa exposição de um recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso a um ambiente ruidoso pode trazer como consequência alto risco de hemorragia intraventricular e intercorrência, frequentemente precursora de uma variedade de distúrbios do desenvolvimento cerebral. Em razão da imaturidade neurológica e instabilidade fisiológica, esses bebês, gravemente doentes, ficam especialmente vulneráveis ao excesso de ruído das neonatais. Em razão disso, há possibilidade de danos neurológicos e dificuldades na organização cerebral.

Outra preocupação existente é com relação à dor do prematuro, pois sabemos que ele é constantemente bombardeado por exames e procedimentos invasivos. O reconhecimento de que o recém-nascido sente dor e que é capaz de responder aos estímulos nociceptivos é, hoje, um consenso na comunidade médica. O estudo do desenvolvimento fetal e do comportamento dos prematuros permite-nos conhecer os efeitos que a exposição à dor pode provocar nos sistemas sensoriais destes bebês. A reduzida capacidade de inibição da dor no prematuro, associada à sua capacidade de percepção dolorosa, pode se refletir negativamente por meio de alterações orgânicas, fisiológicas e comportamentais, repercutindo no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC) e até na interação mãe-bebê (LAMY, 2003).

Outro fator de cuidado é a iluminação da UN. O brilho da luz pode afetar os olhos do bebê ou, ainda, ela, sendo constante, pode perturbar os ritmos de sono do recém-nascido, alterando o seu comportamento. Bebês prematuros tendem a um maior risco para o desenvolvimento da “Retinopatia da Prematuridade”⁶, uma alteração nos olhos que pode levar à perda da visão (MOREIRA et al., 2003).

Segundo Moreira et al. (2003), níveis constantes de luz podem tornar o desenvolvimento normal do ciclo sono-vigília mais lento. Prematuros internados em UNs que diminuem a luminosidade à noite avançam mais rapidamente em seu ciclo de sono-vigília. Isso significa que eles começam a gastar mais tempo

⁶ Ver Glossário.

em cada período de sono durante o “sono profundo” e menos tempo no “sono leve” em comparação com os bebês que ficam sob iluminação constante.

Pude observar, durante a pesquisa, que a maioria dos profissionais da equipe de saúde da UN mostra-se preocupada com o bem-estar do bebê. Percebi, em alguns momentos do dia, uma unidade tranquila, com baixa luminosidade, sem barulho, na qual bebês dormem sossegadamente.

Outra intervenção que ocorre precocemente é a orientação às mães da importância do aleitamento materno. Mesmo sem poderem oferecer o seio aos seus bebês, elas recebem ajuda para tirar seu próprio leite, oferecendo, assim, ao bebê, o leite fresco. As mães podem, inclusive, ser treinadas para ministrar o leite.

Muitos bebês prematuros são alimentados, no início, por via intravenosa. Depois, eles passam a ser alimentados com leite, que é administrado por uma sonda nasogástrica, passada através do nariz até o estômago. Aproximadamente na 34ª semana de vida, eles devem ser capazes de mamar exclusivamente no seio materno, isto é, da sonda ao seio, ou em copinho ou mamadeira, após avaliação da equipe de saúde.

O posicionamento do bebê também é importante, já que, por si mesmo, não pode manter uma posição confortável. Um mau posicionamento, com o tempo, pode afetar seu desenvolvimento motor.

A maneira como o bebê é manuseado, tanto pela equipe quanto pela mãe, deve ser muito cuidadosa, porque pode levar ao estresse fisiológico e a um desconforto generalizado. Pode ocorrer, em consequência disso, aumento ou diminuição da frequência cardíaca, aumento da frequência respiratória, apneia, bem como diminuição dos níveis de oxigenação e alteração da cor da pele (MOREIRA et al., 2003).

Além disso, a assistência neonatal necessita de uma série de equipamentos para o atendimento ao bebê, tais como incubadoras, berços aquecidos, monitores, respiradores, aparelhos de radiografia, aparelhos de ultrassonografia etc. Segundo Moreira et al. (2003), esses monitores fornecem importantes informações sobre o estado do bebê aos médicos e enfermeiros. Citamos, aqui, alguns dos equipamentos mais visíveis e que chamam mais a atenção dos pais: monitor cardiorrespiratório, oxímetro de pulso, monitor de

pressão sanguínea, sensor de temperatura, bomba de infusão IV, cateter arterial ou venoso umbilical, CPAP, tubo endotraqueal, respirador ou ventilador, incubadora e berço de calor radiante⁷.

Nesse sentido, cabe caracterizar o espaço da UN na qual trabalho. O espaço físico da neonatal abarca três salas: uma delas é de UTIN, que comporta 14 leitos, e duas salas de UCIN, com 20 leitos. Dos 34 leitos existentes somente 7 de UTIN e 10 de UCIN são regulamentados pelo SUS para funcionamento. O critério de divisão dos pacientes nas salas é a gravidade dos casos e a patologia apresentada pelo bebê ao nascer. Na UTIN, ficam os bebês mais graves. Na UCIN estão aqueles menos graves ou os bebês que tiveram melhora sendo transferidos da UTIN para a UCIN.

Nem sempre os bebês internados nas UNs estão gravemente doentes. Algumas vezes, eles estão crescendo e se capacitando para respirar, sugar e deglutir sozinhos. Para que se realizem todos esses procedimentos, eles necessitam de um amadurecimento cerebral, o que acontece por volta das 34 ou 35 semanas de idade gestacional. Em alguns casos, este tempo deverá ser esperado para os bebês poderem se alimentar adequadamente e irem para a casa (MOREIRA; BONFIM, 2003).

O HU/UEL conta com o banco de leite humano, que é imprescindível para o apoio aos recém-nascidos. O banco de leite dá suporte à maternidade e à UN, disponibilizando leite humano para essa população. Em muitos casos, devido à dificuldade inicial de sucção dos bebês, as mães têm dificuldades na manutenção da produção láctea. Faz-se necessária, desse modo, inicialmente, a complementação com leite pasteurizado do banco de leite, para complementar a dieta prescrita pela equipe médica.

As mães recebem orientações precoces sobre a técnica da ordenha, para que ela seja iniciada tão logo a mãe esteja em condições de retirar o leite para oferecer ao seu bebê. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o ideal é que a retirada do leite ocorra nas primeiras 6 horas após o parto.

A UN também conta com um espaço para as mães descansarem, realizarem a ordenha e armazenarem o próprio leite para seus bebês. É uma

⁷ Ver Glossário.

sala de encontros entre mães e pais que funcionam como troca constante de experiências, tanto boas como ruins.

Os bebês internados em UN necessitam de cuidados especializados para manterem-se vivos. Há tempos, sabe-se que os cuidados adequados ao recém-nascido prematuro incluem a família, especialmente os pais. Assim, eles têm acesso livre à neonatal. Os irmãos, aos poucos, estão sendo incluídos nesse período de internação e visitam os bebês em dias e horários previamente combinados com os pais e com a equipe, sempre após avaliação com a psicóloga. Os demais familiares têm acesso à unidade nos horários de visita, com a permissão de uma pessoa por horário. Quando necessário, em casos extremos, de prognóstico fechado evoluindo para óbito, a equipe convoca os familiares para a visita.

Para esse acolhimento, as UNs, em consonância com a Portaria Nº 930/2012, contam com uma equipe multidisciplinar que deve dar suporte a esse serviço. Os profissionais que fazem parte do *staff* da UN do HU/UEL são:

- a) médicos diaristas e plantonistas que realizam visitas ao leito e coordenam discussões e condutas com os médicos residentes;
- b) médicos residentes, visto que, por se tratar de um hospital-escola, a UN é composta de residentes da pediatria, que participam ativamente da assistência ao recém-nascido, além de frequentar aulas e reuniões clínicas com os demais médicos da neonatal;
- c) equipe de enfermagem, formada pela chefe de enfermagem, por enfermeiras e por auxiliares e técnicas em enfermagem, alternando-se em turnos e escalas de plantão; são os profissionais que têm grande proximidade com os bebês e a família;
- d) enfermeiros residentes;
- e) equipe de fisioterapia, que se divide em turnos, compondo-se de profissionais que prestam atendimento de fisioterapia respiratória aos recém-nascidos, incluindo manobras de posicionamento e técnicas mais adequadas de ventilação;
- f) fonoaudióloga, que avalia e treina os bebês em relação à sucção, deglutição e amamentação, e realiza intervenções com a dupla mãe-bebê se necessário;
- g) assistente social, cuja responsabilidade está em avaliar e fornecer os devidos encaminhamentos aos pais e familiares dos recém-nascidos no que se refere a dificuldades socioeconômicas e informações sobre direitos, registro e guarda do bebê;
- h) nutricionista, responsável por verificar e providenciar a dieta ofertada ao bebê

e, quando necessário, realizar alterações e complementos nutricionais ao bebê e; i) psicóloga, que realiza atendimento psicológico aos pais de bebês, avaliação dos irmãos para a visita e grupo de mães.

Embora o ambiente tecnológico da UN traga benefícios em termos de equilíbrio biológico, ele é físico e psicologicamente agressivo. Bebês prematuros têm um grande risco de desenvolver distúrbios comportamentais relacionados ao estresse, e o ambiente da UN pode contribuir significativamente para essas alterações (ALVES et al., 2003).

Mas, quem são esses bebês? Sejam eles pequenos ou grandes, agitados ou sonolentos, chorosos ou desvitalizados, todos têm algo em comum: são sempre frágeis e desamparados. Eles são especiais e reconhecidos por uma gama de pessoas. A Organização Mundial de Saúde (2004) define o bebê prematuro como Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) sendo aquele que nasce antes da 37ª semana de Idade Gestacional (IG), ou seja, até 36 semanas e 6 dias. Contudo, hoje já se tem uma definição mais ampla desse conceito. De acordo com a Academia Americana de Pediatria, o recém-nascido prematuro é aquele que nasce até o último dia da 37ª semana de IG. Os partos que se produzem entre a 38ª e a 42ª semanas de gestação são considerados “a termo”.

Segundo Segre (2002), o grupo de RNPT não é homogêneo. Seu aspecto físico é diverso, conforme seja ele mais ou menos maduro. Para fins didáticos, os bebês costumam ser agrupados em três categorias, de acordo com a função de sua IG, a saber:

-RNPT do grupo I, ou pré-termos limítrofes, cuja IG corresponde a 37ª semana (do primeiro ao sexto dia);

-RNPT do grupo II, ou moderadamente pré-termo, cuja IG varia de 31 a 36 semanas completas;

-RNPT do grupo III, ou extremamente pré-termo, cuja IG varia de 22 a 30 semanas completas. Quando seu peso é inferior a 1.500 g, é denominado recém-nascido de muito baixo peso (USHER apud SEGRE, 2002, p. 232).

Hoje em dia, há uma grande preocupação com os RNPT com 1.000g ou menos, pois, com o desenvolvimento de tecnologias apropriadas de atendimento, cada vez mais sobrevivem bebês com pesos cada vez menores.

Esses são considerados recém-nascidos de “extrema prematuridade” ou, ainda, mais recentemente, de recém-nascidos “fetais”.

Quando observamos um prematuro, salta aos nossos olhos um bebê acinzentado e de pele enrugada. Por isso, eles apresentam um panorama físico diferenciado, sendo pequenos, pesando pouco, tendo pouco cabelo, cabeça grande e desproporcionada, musculatura fraca, apresentando dificuldades para sugar e deglutir. Portanto, quanto mais prematuro for o bebê, maiores serão os riscos que ele enfrentará na vida fora do útero.

Bastam algumas horas dentro de uma UTIN ou UCIN para observar se um bebê está bem ou não. Na maioria das vezes, são eles próprios que sinalizam para a equipe ou para sua mãe, através de seu choro, olhar inexpressivo, braços e pernas moles, dedos estendidos, de que algo não vai bem. As próprias mães relatam: “hoje, meu bebê não está bem”.

Segundo Grenet (1997), um bebê prematuro em estado de equilíbrio tem a pele rosada, não apresenta acesso de cianose, sua respiração e pulso são regulares.

Cada prematuro tem seus próprios mecanismos e estratégias de autorregulação, de evitação e de defesa, que ele emprega de maneira ativa para manter o equilíbrio. Todos os sinais mostrados por ele são a tradução de um estado de conforto ou desconforto. Somente ao atingir um estado de equilíbrio, o bebê pode interagir com o adulto. A interação social pode e deve ser oferecida quando não demandar ao organismo um dispêndio de energia em detrimento das funções vitais, ou seja, quando a criança está calma e acordada, a interação com o adulto é desejável, mesmo que ela seja apenas passiva. Há que se considerar que cada criança tem seu próprio limite de sensibilidade aos estímulos sensoriais (GRENET, 1997).

Corroborando as observações de Condes (2012), percebo que os prematuros assustam-se no momento da troca de roupa ou quando alguém os toca: contraem-se com rapidez, retorcem o corpo, encolhem-se. Isso porque, dificilmente, nesses momentos, alguém toca esses bebês para acariciá-los. Os toques são seguidos de intervenções invasivas como, por exemplo, retirada de sangue, passagem de sonda ou retirada do tubo de respiração. E, mesmo que não produzam invasões concretas, certamente acontecem em termos

psíquicos: são acordados para o banho, para a troca de fralda, para a arrumação da incubadora, entre outros procedimentos.

Condes (2012) afirma que os bebês parecem imersos no centro de uma grande turbulência: ruídos diversos das vozes, dos alarmes, dos choros, de telefones; cheiros hospitalares e pouco humanos; luminosidade constante e, em vários momentos, excessiva. Cenas imprevistas e entremeadas a uma rotina constante, cheia de regras e de horários, tudo milimetricamente controlado. Os horários são sempre fixos, desde as visitas médicas até o banho e as mamadas dos bebês.

Portanto, o bebê vivência a experiência de estar na UTIN ou UCIN, pois sofre com as privações do aconchego, do calor e do cheiro da mãe, que não encontra nos tecidos da incubadora, e sobretudo com a falta de afagos carinhosos de seus pais. Estímulos ambientais nocivos, tais como ruídos, luzes contínuas, alterações bruscas de temperatura, associados às interrupções do sono por manuseio intenso e procedimentos dolorosos, também podem prejudicar o desenvolvimento neuromotor e sua capacidade de interação com seus pais (BRASIL, 2002).

Uma das orientações do Método Canguru é respeitar o bebê em sua individualidade, ou seja, evitar procedimentos desnecessários quando ele estiver em repouso ou dormindo, tal como não acordar o bebê para banhos e trocas.

Segundo Bowlby (2001), é essencial para a saúde mental que o bebê e a criança pequena experimentem um relacionamento afetivo, íntimo e contínuo com sua mãe ou mãe substituta, no qual ambos encontrem satisfação e prazer. Uma criança precisa sentir que é objeto de prazer e orgulho para sua mãe, assim como uma mãe necessita sentir uma expansão de sua própria personalidade na personalidade de seu filho: ambos precisam sentir-se profundamente identificados um com o outro. Os cuidados maternos com uma criança não se prestam a um rodízio: trata-se de uma relação humana viva, que altera tanto a personalidade da mãe quanto a do filho. A provisão de cuidados maternos não pode ser considerada em termos do número de horas por dia, mas, sim, em termos de prazer que a mãe e a criança obtêm da companhia um do outro.

É visível a satisfação da mãe quando o bebê grave, porém estável fisicamente, é colocado em seu colo. Há, claramente, um momento de muito prazer, em que ela se coloca na posição de mãe que pega o filho, que cuida, que sente os batimentos cardíacos, que acalanta, que acalma o bebê, até ele dormir em seus braços.

Se a proximidade faz bem à mãe, quiçá ao bebê. Por meio desse contato, o bebê prematuro se mantém em uma posição vertical, experimentando diversas sensações, como sentir o cheiro da mãe, ouvir sua voz, ouvir seus batimentos cardíacos, sentir seu calor e até o cheiro do leite materno. Esse contato, provavelmente, deixa o bebê mais seguro e confortável do que ficar o tempo todo em uma incubadora.

Segundo o Ministério da Saúde, a proximidade do bebê com a mãe também auxilia na melhora das funções motoras, no desenvolvimento neurológico e no ganho de peso, que é gradativo e constante. Além disso, ainda contribui para diminuir os riscos da infecção hospitalar no prematuro (BRASIL, 2011).

É importante que a mãe permaneça com o bebê tanto quanto ela deseje durante sua estada no hospital, de forma que ambos possam se conhecer, que a mãe possa aprender sobre seu bebê e seus cuidados e que comece a desenvolver o vínculo nas primeiras semanas de vida dele (BOWLBY, 2000).

A formação do vínculo não é um acontecimento imediato, já que ocorre por meio de interações sucessivas. Quanto mais houver oportunidades de interação entre mãe e bebê, mais forte será o vínculo entre os dois e, conseqüentemente, melhor a resposta materna às suas necessidades e menor a probabilidade de negligência, maus tratos e abandono. Os trabalhos de Charpak (2001) e Anderson et al. (2004 apud SÁ, 2011), também mostram que o contato pele a pele precoce entre mãe e o bebê favorece o senso de controle, isto é, o domínio e autoconhecimento, resultando numa maior confiança e melhor vínculo mãe-bebê, fator preditivo para uma amamentação duradoura e cuidados adequados.

Neste sentido, Winnicott, ao falar sobre o período de dependência absoluta da relação materno-infantil no início da vida, lembra a necessidade de

que o ambiente se responsabilize por satisfazer as necessidades fisiológicas do bebê e entende sempre o ambiente como impregnado pelos cuidados maternos:

Aqui a fisiologia e a psicologia ainda não se tornaram separadas, ou ainda estão no processo de fazê-lo e é consistente. Mas a provisão ambiental não é mecanicamente consistente. Ela é consistente de um modo que implica a empatia materna. *Holding* protege da agressão fisiológica. Leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e a falta de conhecimento do lactente da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo...O *holding* inclui especialmente o *holding* físico do lactente, que é uma forma de amar. É possivelmente a única forma em que uma mãe pode demonstrar ao lactante o seu amor (WINNICOTT, 1990 p. 48 apud SÁ, 2011, p. 21).

Segundo Winnicott (2000, p. 267), a “organização egóica extremamente imatura do bebê é obrigada a lidar com um ambiente que insiste em ser importante e, assim, faz o mesmo reagir sendo empurrado para fora do estado de ‘ser’ e, ao reagir, o bebê não está sendo”. Para o autor, o processo de constituição do ser é desdobrado em estágios que se iniciam em sua solidão essencial. Nesses momentos, o bebê apresenta uma dependência absoluta, passando pelos estágios de dependência relativa, que é o de desilusão e de início dos processos mentais, a transicionalidade, o uso do objeto, estágio do eu sou, até os estágios de rumo à independência. Na concepção do autor, a criança produzirá uma relação saudável com a realidade externa se for possível para ela viver o mundo intermediário da fantasia, sem a intromissão excessiva da realidade externa. Se a realidade externa insistir em ser mais importante e não respeitar o processo de constituição do ser, que passa pelo uso pleno da imaginação criativa, exigindo, do pequeno ser, respostas prontamente adaptadas, o futuro indivíduo fecha-se no isolamento, interrompendo a dinâmica do continuar a ser. O corte no fio da continuidade rítmica do eu aparece devido às repetidas fases de reação prolongada à intrusão ambiental. Dessa forma, um sentimento extremo de insegurança irá se apossar do bebê. Winnicott revela:

O trauma do nascimento rompe o ‘continuar a ser’ do bebê, e quando essa ruptura é significativa, os detalhes das sensações provocadas pelas intrusões e também das reações do bebê a

elas tornam-se fatores adversos ao desenvolvimento do ego (WINNICOTT, 2000, p. 271).

Assim, um ego fragilizado apresenta dificuldades para decodificar os sinais de perigo e considera tudo perigoso, revelando, pois, um grau de forte insegurança, ou simplesmente não reage, pois a identidade está comprometida (MOREIRA, 2007).

Segundo Moreira (2007), a vivência de sofrimento, ou traumática, na perspectiva de Winnicott, provoca quebra no ritmo do continuar a ser. O sofrimento seria uma experiência de ruptura nele, uma fenda no tempo, uma crise no interior da identidade, que inscreve no corpo e no psiquismo a dimensão da alteridade.

Para Winnicott, o isolamento primário é quebrado no encontro com o ambiente. Esse encontro é decisivo para o desenvolvimento do psicossoma, que se movimenta para descobrir o ambiente e, daí, relaciona-se com ele. Mas, se o isolamento primário foi quebrado por uma ação intrusiva, essa ação provocará uma reação, que é a volta ao isolamento e o fechamento para o ambiente (WINNICOTT, 2000, p. 309).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002 apud MOREIRA, 2007) aponta três modalidades de defesa que aparecem no bebê prematuro. O fechamento sobre si mesmo, também chamado de hibernação mental, que aparece como perigosa forma de defesa em que o bebê não responde facilmente nem a estímulos agradáveis como a voz da sua mãe. Às vezes, o bebê pode utilizar o sono como forma de defesa, quando este aparece como recusa ao contato. Por fim, temos a fixação adesiva do olhar. As três modalidades de defesa apontadas pelo Ministério da Saúde confirmam a tese winnicottiana do fechamento do psicossoma frente a um ambiente intrusivo, que perturba o continuar a ser do bebê. O bebê prematuro precisa ter seu desenvolvimento afetivo preservado. Assim, é fundamental que a equipe colabore na constituição do sentimento de competência da mãe, ou seja, servir a mãe para que ela possa desenvolver o estado de Preocupação Materna Primária.

O trauma do nascimento prematuro e da hospitalização na UN pode perturbar o processo de constituição psíquica do bebê, mas essas perturbações podem ser minimizadas pela atuação da mãe devotada. A mãe

suficientemente boa, encarnada pela mãe biológica, pela equipe de enfermagem e pelas outras pessoas que fazem parte do cotidiano da criança hospitalizada, pode criar um ambiente que se adapte às necessidades do prematuro e produza condições para a elaboração futura do trauma (MOREIRA, 2007).

Segundo Zornig, Mosrch e Braga (2004), poderíamos dizer que a situação de prematuridade dificulta a criação de um espaço de ilusão entre a mãe e o bebê, espaço potencial que permita, à mãe, identificar-se com o bebê e responder às suas necessidades. Intervir precocemente significa, então, possibilitar que, através de uma intermediação, este espaço possa ser construído, as palavras possam ser veiculadas, permitindo uma amarração simbólica que produza subjetivação no bebê. Os diversos tempos que se entrecruzam – a temporalidade retroativa, a fantasmática dos pais, a temporalidade de construção e de constituição subjetiva do bebê, a temporalidade urgente que incita à ação da equipe médica e de enfermagem – podem ser acolhidos e transformados pelo tempo de elaboração e reflexão presente no trabalho analítico.

Prosseguindo com os autores, nas últimas décadas, ocorreu um movimento em prol da chamada “humanização” das unidades de terapia intensiva neonatal. Esta política de humanização reflete a nova dimensão subjetiva dada ao bebê e a necessidade de refletirmos sobre os efeitos de uma internação prolongada, traumáticos para o bebê e sua família. A clínica de bebês prematuros internados pressupõe pensar nas vicissitudes da constituição subjetiva e em como a situação da prematuridade pode ser traumática para os pais e para o bebê, pela própria descontinuidade temporal introduzida pelo parto prematuro. Tal parto interrompe o processo de construção do bebê imaginário e confronta com o real orgânico do bebê em uma situação – a UN – em que a temporalidade é urgente, premente, relacionada à sobrevivência do bebê e não à qualidade de seus cuidados (ZORNIG; MOSRCH; BRAGA, 2004).

Nessa perspectiva, a UN não precisa necessariamente ser o “palco” onde se desenrolam os dramas da prematuridade e onde se produzem as descontinuidades e invasões ambientais, mas pode se transformar em um

espaço potencial entre a mãe e o bebê; um espaço que possibilite que este encontro fundamental aconteça, que haja a construção de uma relação silenciosa que permita a continuidade de existência e a elaboração (a-posteriori) das marcas desses primeiros tempos (ZORNIG; MOSRCH; BRAGA, 2004).

Portanto, a atenção ao recém-nascido deve caracterizar-se pela segurança técnica da atuação profissional e por condições hospitalares adequadas, aliadas à suavidade no toque durante a execução de todos os cuidados prestados. Especial enfoque deve ser dado ao conhecimento do psiquismo do bebê, seja em sua vida intra como extrauterina, da mãe, do pai e de toda a família (BRASIL, 2011).

Colocar um bebê no colo da mãe é uma atitude simples, que não requer muito esforço da equipe, mas que pode fazer uma grande diferença na vida psíquica e física de um prematuro.

Na UN, pode-se tocar o bebê na incubadora, falar com ele e, quando apresentar condições clínicas mais estáveis, ele pode ser colocado de fraldas sobre o peito nu da mãe, envolto no próprio avental dela para que se mantenha firme nesta posição. Assim, eles podem permanecer por um bom tempo.

Segundo Cunha (2004), para Winnicott, a díade é uma unidade indivisível e “não há um bebê se não houver uma mãe”, sugerindo que, sem uma interação, não emerge um indivíduo. O recém-nascido prematuro tem, como parceiros, o isolamento, a solidão da incubadora e da contínua troca de cuidadores, a dor e o estresse impostos pela tecnologia que objetiva mantê-lo vivo. Nessa situação de extrema desvantagem biológica, o bebê está quase sempre impedido de usar sua competência inata de sedução. Impossibilita-se, dessa forma, a criação de um espaço psíquico numa figura receptora de sua angústia, capaz de ajudá-lo a organizar seu ego emergente.

Esse bebê se encontra em um ambiente de urgência, em que as necessidades vitais são primeiramente atendidas. Observo que eles choram por fome, sono, dor ou incômodo, ou choram porque precisam de alguém que os reconheça, que profira alguma palavra de acolhimento e de sentido para eles. É disso que tratarei no próximo capítulo, ao retratar o contexto desse ser frágil que, há pouco, saiu do ventre de uma mulher e necessita de uma relação

estável e permanente com seus cuidadores. Relatarei, sistematicamente, a aproximação íntima da mãe com seu bebê na UN, beneficiada pelas propostas do Método Canguru, e a visão que as mães têm do método, bem como as contribuições de Donald Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, que estudou o desenvolvimento emocional humano nos estágios mais precoce, sendo um dos fundadores da psicanálise de crianças.

4 A MÃE, O PAI E A UNIDADE NEONATAL: UMA VISÃO DO MÉTODO CANGURU E CONTRIBUIÇÕES DE WINNICOTT

A exposição técnica e teórica, apresentada anteriormente, tanto dos aspectos dos bebês prematuros (possíveis intercorrências na sua saúde física e mental) como da dinâmica de funcionamento da UN nos é relevante. Mas é também questionadora, uma vez que podemos pensar em possibilidades para melhorar esse ambiente, objetivando transformações para que se favoreça uma relação mais saudável entre mãe/pai e bebê.

Sirvo-me, nesse momento, de uma passagem em bases filosóficas: “Existir é insistir na vida, é suportar o mundo e prosseguir vivendo. Em alguns poucos momentos de lucidez, percebemos que a existência não é fácil. Ao olhar para o real, sem ingenuidade ou vontade de se enganar, vemos o alto preço de estar vivo” (TONNETTI; MEUCCI, 2013).

É com essa realidade que me deparo todos os dias em meu local de trabalho. O nascimento prematuro, a descontinuidade da gestação, a chegada da família ao hospital e o martírio de se deparar com um bebê frágil, próximo da morte, real ou simbólica.

Não podemos negar que a prematuridade é uma variável que interfere diretamente na construção da relação da mãe com seu bebê. Segundo Moreira et al. (2009a), o sentimento de privação, associado ao imaginário do bebê frágil, produz fantasias de morte; o medo da perda do bebê é eminente. Nos nascimentos prematuros, os bebês apresentam uma série de alterações orgânicas, além de um alto risco de morte. Essas características concretas dificultam o estabelecimento do vínculo afetivo necessário à maternagem.

O bebê prematuro, logo ao nascer, devido às suas condições, necessita ser separado de seus pais e ser cuidado por um período mais ou menos longo pela equipe de saúde. Essa separação, necessária, não deve, entretanto, impedir proximidade e continuidade dos cuidados familiares, especialmente os parentais. Segundo o Ministério da Saúde, estudos no campo da saúde mental reconhecem que, em muitos casos de distúrbios psiquiátricos, existe uma incidência significativamente elevada da ausência de formação de uma ligação afetiva, ou de prolongadas – e talvez repetidas – rupturas dessa

ligação, especialmente em momentos primordiais para seu desenvolvimento ou estabelecimento de laços afetivos (BRASIL, 2011).

A ocorrência do parto prematuro interrompe o período crucial da imaginação materna a respeito do bebê que ainda se desenvolve em seu ventre e pode dificultar a vinculação mãe-bebê, bem como o estabelecimento da preocupação materna primária. A construção materna a respeito da criança pode ser deixada inacabada pela urgência do nascimento. Além disso, o parto prematuro traz ao mundo um bebê de aparência frágil e pequena, que exige cuidados intensivos de uma equipe especializada (ALMEIDA, 2004).

É na solidão, no desamparo e no traumático que bebê e pais estão imersos. Mulheres com sofrimento profundo, mães “em pedaços”, usando de todo esforço físico e psíquico que possuem para se manter minimamente integradas, tentando recolher os pedaços da história planejada que se desfez e que clama por uma reconstrução (CONDES, 2012).

A angústia que atravessa os pais cujos bebês precisam de cuidados intensivos após o nascimento convoca-nos a pensar no surgimento do traumático e nos inúmeros recursos psíquicos de que o ser humano dispõe, ou não, para enfrentar as adversidades da vida.

Todas as mães relataram durante as entrevistas a dificuldade encontrada no início da internação dos seus bebês na UN: “É algo que não tem como explicar, a gente tem que ir, mas ao mesmo tempo dá um medo do que vamos encontrar lá, mas com o tempo isso passa”.

Frente à situação da prematuridade e dependendo do funcionamento mental, a mãe poderá culpar o filho e sua atitude em relação a ele será evitá-lo ou mesmo rejeitá-lo. Ou pode culpar-se e delegar seu rol de mãe aos cuidadores da UN. Essa situação é frequentemente percebida pelos profissionais que, se não reconhecerem o funcionamento psíquico especial dessas mulheres, poderão condená-las pelo abandono do filho e passarem a assumir eles mesmos o papel da mãe (CUNHA, 2004).

Observo que ambas as situações acontecem na UN, mas a equipe mostra-se atenta e sempre solicita ajuda do serviço técnico de psicologia ou do serviço social quando percebem a ausência das mães.

A ansiedade da morte (despertada pelo bebê fantasmático) também gera a indisponibilidade de investir no filho, a impossibilidade de ficar com ele, entregando-o aos cuidados da instituição. Cria-se nesta mulher uma grande dificuldade para conceber um espaço mental para o filho, o que lhe asseguraria a identidade materna (CUNHA, 2004).

Considerando esses elementos, podemos dizer que o Método Canguru colabora na formação de um vínculo possível entre a mãe e seu bebê prematuro. O método possibilita, à mãe, a segurança básica necessária à construção da maternagem (MOREIRA et al., 2009a).

O Método Canguru configura-se como uma das possibilidades na manutenção do vínculo, em virtude do contato íntimo estabelecido nesta relação, contribuindo para a troca de calor humano e afetividade entre mãe e bebê prematuro. O relato abaixo evidencia essa percepção:

Depois de 10 dias pude segurar minha pequena pela primeira vez: medo, ansiedade, emoção, amor, uma onda de sentimentos me invadiu por poder segurar aquele ser tão pequeno e chamar de minha, minha filha, meu amor maior... E foi naquele momento em que senti seu coração batendo junto com o meu que eu descobri o que é felicidade.

Segundo Almeida (2004), Winnicott postula que, ao receberem seus bebês recém-nascidos nos braços – e já, até mesmo, em seus ventres –, as mães mergulham em um estado que denomina preocupação materna primária, a qual as habilita a reconhecer as necessidades de seus filhos. Trata-se de um estado de profunda identificação da mãe com seu bebê, no qual a mãe é capaz de se colocar no lugar do filho para proporcionar seu bem-estar.

De acordo com Winnicott (2005), na mãe grávida existe uma identificação cada vez maior com seu filho. A criança é associada pela mãe à ideia de um “objeto interno”, um objeto imaginado para ser instalado dentro e aí mantido apesar de todos os elementos persecutórios que também têm lugar na situação.

O bebê tem outros significados na fantasia inconsciente da mãe, mas é possível que o traço predominante nesta seja uma vontade e uma capacidade de desviar o interesse do seu próprio *self* para o bebê. É isso que confere à

mãe uma capacidade especial de fazer a coisa certa. Ela sabe como o bebê pode estar se sentindo. Ninguém mais sabe. Os médicos e enfermeiras talvez saibam muito a respeito de psicologia e certamente conhecem tudo sobre a saúde e a doença do corpo, mas não sabem como o bebê está se sentindo a cada minuto, pois estão fora dessa área de experiência (WINNICOTT, 2005).

Percebe-se que o método contribui para despertar na mãe o sentimento de que o bebê lhe pertence, fortalecendo os laços da díade mãe-bebê (FURLAN; SCOCHI; FURTADO, 2003), principalmente quando é proporcionada, a ela, a possibilidade de pegá-lo no colo, mesmo estando num quadro de gravidade. Segue o relato de uma mãe:

Eu acho que é muito importante tanto para mãe quanto para o bebê; eu senti como se ela estivesse voltado para minha barriga de novo, porque a gente tem contato e sente a pele deles na da gente, então ela tocou em mim e eu a abracei, e eu senti que ela relaxou, ela estava tensa, estava entubada e tudo, mas eu senti que ela relaxou, ela soltou o corpinho em mim, e aí ela foi ficando cada vez mais relaxada no meu corpo, eu acho que esse contato para a mãe, para mim, eu não posso responder por ela, mas o que eu senti é que ela ficou muito relaxada.

Segundo Winnicott (2006) neste estado de preocupação, as mães se tornam capazes de colocar-se no lugar do bebê, por assim dizer. Isso significa que elas desenvolvem uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido de uma forma que nenhuma máquina pode imitar e que não pode ser ensinada. Posso tomar tal fato como certo quando vou além e afirmo que o protótipo de todos os cuidados com os bebês é o ato de segurá-los? Um bebê a quem seguram bem é muito diferente de outro, cuja experiência de ser segurado não foi muito positiva. É possível dizer que, na experiência comum de segurar adequadamente o bebê, a mãe foi capaz de atuar como um ego auxiliar, de tal forma que o bebê teve um ego desde o primeiro instante, um ego muito frágil e pessoal, mas impulsionado pela adaptação sensível da mãe e pela capacidade desta em identificar-se com seu bebê no que diz respeito às suas necessidades básicas.

Winnicott (2006) observa que, neste estado, a mãe se torna capaz de desenvolver um processo de identificação que lhe permite decifrar toda e qualquer necessidade do filho de uma forma que ninguém imita e que não pode ser ensinada.

Podemos observar isso no relato de uma mãe: “Existem falhas que só nós mães vemos, que são cuidados básicos: a hora certa do leite, a troca de fraldas, um olhinho sujo”.

Quando a mãe se apresenta como uma mãe suficientemente boa, ou seja, capaz de satisfazer tão bem as necessidades do filho que lhe permite viver uma experiência de onipotência, a criança pode iniciar um processo de desenvolvimento pessoal. A mãe apresenta os objetos de maneira que o filho os crie. Ela satisfaz as necessidades deste, de modo que ele passa a necessitar exatamente daquilo que ela lhe oferece. Assim, o filho se sente confiante e capaz de criar objetos e o mundo como real; começa a se conhecer, descobrindo suas possibilidades e limites, e pode então viver a experiência pessoal (WINNICOTT, 1990).

Um trecho retirado do documento do Ministério da Saúde, detalha perfeitamente as minhas observações realizadas na UN. “Por vezes, as mães ficam olhando longamente seu bebê dentro da incubadora, mas assim que percebem que ele necessita de ajuda, elas, com delicadeza e cuidado, tentam, por exemplo, posicionar seu bracinho de forma mais confortável, ajeitar sua cabecinha, evitar que ele puxe a sonda ou que, ao levantar sua cabecinha, por falta de controle motor, ela venha a cair bruscamente. As mães intervêm rápida e delicadamente, colocando sua mão sob a cabeça do bebê, trazendo-a docemente até posicioná-la de forma suave” – às vezes, esses gestos são quase imperceptíveis para o observador (BRASIL, 2011).

Winnicott (2005) acredita que as necessidades da criança mudam à medida que ela caminha da dependência para a independência. Para ele, a criança parte de um estado de dependência absoluta em relação ao ambiente, que é desconhecido para ela. Aos poucos, consegue mostrar quando necessita de ajuda e recebê-la, conquistando certos graus de independência. No entanto, essa independência é conquistada e perdida, reconquistada e novamente

perdida. À mãe cabe a tarefa de auxiliar o filho nesse caminho, até que ele possa passar da dependência relativa para a independência propriamente dita.

No estado de dependência, o bebê precisa que a mãe identifique suas necessidades e se adapte a elas. Existem, em primeiro lugar, as necessidades do corpo. É preciso que a mãe (ou alguém que cumpra essa função) levante o bebê, vire-o, aqueça-o, resfrie-o, entenda suas dores, cólicas, proteja-o de diferentes tipos de perturbações. Em seguida, há a necessidade do contato humano, de sentir o cheiro da mãe, de ouvir sons que tragam a sensação de vivacidade, de perceber cores e movimentos no ambiente, para não ser deixado a sós com suas angústias quando ainda não tem idade nem maturidade para assumir a responsabilidade pela própria vida (WINNICOTT, 2006).

O autor aponta que, com a experiência de ver sua dependência satisfeita, o bebê se torna capaz de reagir às falhas e exigências que cedo ou tarde serão impostas pela mãe e pelo ambiente. Para Winnicott (2006, p. 73), nesse caminho da dependência absoluta ao estado que denominou rumo à independência, “[...] uma criança ou adulto amadurecidos têm um tipo de independência que se mescla, de uma forma feliz, a todos os tipos de necessidade, e ao amor, o que se torna evidente quando a perda provoca um estado de luto”.

Sobre a identificação do filho com a mãe, é necessário considerar que, nos primeiros meses de vida, o ego da criança encontra-se totalmente misturado ao da mãe. Não existe a diferenciação entre *eu* e *não-eu* (WINNICOTT, 2005).

Portanto a criança que tem uma mãe boa o suficiente poderá começar o seu desenvolvimento. Acerca dessa criança Winnicott afirmaria que seu ego é simultaneamente fraco e forte. Tudo depende da capacidade da mãe de dar apoio ao ego. O ego da mãe está em harmonia com o ego do filho e ela só é capaz de dar apoio se for capaz de orientar-se para a criança (WINNICOTT, 2005). Em ressonância com essa colaboração, ressalto a importância do Método Canguru, que proporciona um acolhimento e uma aproximação das mães com seus bebês internados em UN.

E, quando falamos em mães de prematuros, a distância entre as fantasias e a realidade é verdadeiramente cruel, pois o bebê comumente pesa gramas, não consegue respirar sem ajuda de equipamentos e é quase um bebê ainda em construção. Não obstante, se, por um lado, a fragilidade do bebê dificulta o vínculo, por outro, é exatamente a fragilidade que convoca essas mães a responder (MOREIRA et al., 2009b).

No relato a seguir, a proximidade entre mãe e filho aparece favorecendo o estabelecimento do vínculo afetivo, desenvolvendo-se o apego materno que confere, à mãe, o sentimento de que o bebê lhe pertence, tal qual observado em muitos momentos na UN e durante as entrevistas:

O Método Canguru é ótimo; a criança se sente como se estivesse dentro da barriga ainda, ela gruda pele com pele, ela acompanha a sua respiração, é ótimo para todas as crianças que estão nessa fase de UTI com risco, é o melhor método que tem para a criança ir evoluindo cada dia mais; todos os dias eu tentava fazer, quando ela estava com os padrões mantidos, a gente tentava fazer, porque ajuda muito o método canguru. A posição, o contato. No início o carinho era com as pontas dos dedos.

O Método Canguru possibilita o resgate de um tempo perdido, de um tempo que foi tomado da mãe e da criança a partir do nascimento prematuro. Assim, o contato pele a pele permite, para as mães, a elaboração de um evento que ocorreu de forma tão brusca e violenta, capacitando-a a lidar até mesmo com a fragilidade existente na criança e dar continuidade ao luto da criança imaginária. As condições para que a preocupação materna primária ocorra são restabelecidas. A teoria winnicottiana nos revela que o bebê não é uma unidade em si mesmo. Ele caminha para uma integração psíquica a partir da adaptação do seu entorno, sobretudo da mãe, às suas necessidades (MOREIRA et al., 2009b).

Nessa concepção, no início, não há para o bebê, distinção entre mundo interno e externo, mas, sim, uma indissociabilidade entre bebê e ambiente, isto é, “o ambiente – que, no início é a mãe, ou melhor, os modos de ser da mãe – é parte do bebê, indistinguível dele” (DIAS, 2003, p. 130). Assim, o método possibilita essa adaptação do ambiente às necessidades do bebê.

Segundo Zornig, Mosrch e Braga (2004), Winnicott se destaca ao postular um tempo de construção, uma temporalidade contínua que possibilita ao bebê um sentimento de existir no mundo, ou seja, o surgimento de um esboço de 'self' a partir desta continuidade temporal que é estabelecida pelo 'holding' materno. Neste contexto, a questão do trauma do nascimento não é colocada como estrutural, mas sim como uma falha, como uma descontinuidade relacionada a uma invasão prolongada e excessiva do meio ambiente.

Assim sendo, a noção de temporalidade contínua seria introduzida pelos cuidados maternos e perturbado pelo trauma relacionado à descontinuidade, que força o bebê a reagir, retirando-o de um estado de "existir", mobilizando angústias inimagináveis e ameaça de aniquilamento. Winnicott (apud ZORNIG; MOSRCH; BRAGA, 2004) parte do pressuposto de que a relação inicial entre o sujeito e os cuidados maternos, entre o sujeito e o meio ambiente, não é necessariamente traumática nem violenta justamente pela possibilidade de a mãe se colocar num estado de preocupação materna primária que possibilita ao bebê uma sustentação física e psicológica, um espaço de ilusão onde ele tem a sensação de onipotência (necessária) de que pode inventar, criar seus objetos subjetivos.

O Ministério da Saúde embasa o Método Canguru na função do *holding* proposta pela teoria winnicottiana. Entende, assim, que o contato pele a pele entre mãe e bebê, proporcionado pelo programa, é essencial para o amadurecimento da criança. Esse órgão aponta para a função psicológica da pele através da ideia de *holding*: "O *holding* significa que a mãe, o pai ou seu substituo não só segura seu bebê, mas também o retém, o contém, o sustém, etc. Trata-se de uma relação direta entre estes e seu bebê" (BRASIL, 2002).

Quando o bebê passa da UTIN para a UCIN devido à melhora do estado de saúde, alguns cuidados com o bebê podem ser realizados pela mãe. É importante ressaltar que, neste espaço, as mães podem cuidar mais dos seus bebês, que já estão no berço aberto, o qual facilita o manuseio e permite mais tranquilamente aconchegá-los no colo a qualquer momento. Também podem fazer os cuidados diários, como dar banho, trocá-los e, muitas vezes, é aí que começa a alimentação ao seio.

Segue um relato retirado da entrevista com a mãe: “[...] uma coisa muito importante é o aleitamento materno, eu fui muito orientada e instruída de como ordenhar e tirar o leite fresco para minha filha, o leite materno é praticamente um remédio”.

Winnicott (2006) destaca que o *holding* se caracteriza pela maneira como o bebê é sustentado no colo por sua mãe, como sendo ao mesmo tempo uma experiência física e uma vivência simbólica, que significa a firmeza com que é amado e desejado como filho. No início do desenvolvimento, o cuidado com o bebê se dá em torno do termo “segurar”. O “segurar” o bebê - pegando-o no colo com firmeza, impedindo-o que caia, acalentando-o, aquecendo-o, amamentando-o, - pode resultar em circunstâncias satisfatórias e acelerar o processo de maturação. Com a repetição desses cuidados, a mãe ajuda o bebê a assentar os fundamentos de sua capacidade de sentir-se real. E, também, a mãe ganha condições de exercer a maternidade.

Os sinais da evolução do bebê permitem à mãe idealizar, sonhar, tocar um bebê possível e real; ela vai se sentindo segura e incorporando seu papel materno.

Na UN, é importante que o bebê possa vivenciar experiências gratificantes por meio de sua pele. A contribuição dos pais ou de seus substitutos é de importância capital. O Método Canguru contribui para que essas experiências positivas aconteçam.

Durante observações na UN pude vivenciar uma mãe que chegava bem cedo na UCIN e saía de lá apenas nos horários destinados à sua alimentação. Com o passar do tempo trazia roupinha toda combinada, denotando cuidado e capricho, e mantinha um nível de curiosidade e preocupação com a filha, fazendo perguntas aos médicos e enfermeiras sobre seu estado. Era possível observar sua capacidade de cuidar do bebê durante o banho, a troca de fralda e a administração do leite; o seu cuidado ficou paralelo com o cuidado oferecido pela equipe de saúde, podendo assim sustentar sua relação com a filha, enquanto a UCIN fornecia o ‘*holding*’ para que isto se efetivasse.

O *holding* corresponde à capacidade da mãe de se identificar com o filho, proporcionando um ambiente compatível com as suas necessidades e

protegido das agressões fisiológicas. É a sustentação, o acolhimento que a mãe oferece à criança e que acontece durante o período da dependência absoluta (ABRAM, 2000). Um *holding* satisfatório é uma porção básica de cuidado, somente definível com relação a um *holding* deficiente. O *holding* deficiente produz extrema aflição na criança, sendo fonte da sensação de despedaçamento e de estar caindo num poço sem fundo; de um sentimento de que a realidade exterior não pode ser usada para o reconforto interno; e de outras ansiedades que são geralmente classificadas como “psicóticas” (WINNICOTT, 2005). Segundo Moreira et al. (2009b), as condições de maternagem no interior da prematuridade é algo muito complexo, pois é atravessado pela vivência de trauma, culpa, medo de perder o bebê e visão da fragilidade da criança. Mas, apesar dessas feridas, o Método Canguru possibilita a conexão entre mãe e bebê. No momento em que a mãe pode sentir a vida do bebê junto ao seu seio, ela pode investir afetivamente e emocionalmente nessa criança, pode apostar no seu crescimento e acreditar que, apesar de todas as intempéries, o bebê possui potencial próprio para o amadurecimento.

Não é fácil para a mãe aderir ao Método Canguru, pois o fantasma da morte ronda os pensamentos; mas a mãe que consegue abraçar esse programa oferece para o filho prematuro um ambiente suficientemente bom, que favorece o seu crescimento.

Entre as contribuições do método pode-se destacar o aumento da confiança dos pais, particularmente das mães, no cuidado com o bebê, pois elas se sentem mais tranquilas, apresentando sentimentos mais positivos relativos ao filho e à preparação para a alta (FURLAN; SCOCHI; FURTADO, 2003).

Corroborando Furlan, Scochi e Furtado (2003), durante as entrevistas, as mães relataram que o Método Canguru possibilitou a elas muitos benefícios, como, por exemplo, estar próximo do seu bebê, poder pegá-lo no colo, tocá-lo, dar carinho e afeto, e mais, realizar cuidados aos quais as mães se sentem aptas. A equipe, no entanto, minimiza essa competência das mães, não delegando algumas tarefas.

De acordo com Szejer (1999), a equipe, ao privilegiar os laços de proximidade física e afetiva entre o bebê e pais, possibilita que o nascimento recupere seu sentido de acontecimento feliz. O bebê prematuro passa a ser reconhecido como sujeito de sua própria história e membro de sua família em tempo integral, o que parece caminhar rumo a uma redução do tempo de hospitalização.

Quanto aos desafios encontrados nessa fase, grande parte das mães cita a convivência no espaço da UN, e os sofrimentos compartilhados entre elas; o ambiente novo e assustador e regras hospitalares diferentes das de seu cotidiano, entretanto fica evidente o papel de apoio social que uma fornece à outra. Segue o relato de uma mãe: “[...] eu vi muitas perdas aqui dentro e foi muito difícil para mim, isso me ensinou a valorizar cada momento de minha filha. Agora eu consigo ajudar toda mãe que chega aqui, com o mesmo sofrimento que o meu”.

Outras dificuldades encontradas pelas mães é o tempo de internação prolongada, distância da família e dos outros filhos, e a fragilidade física do recém-nascido. Segue um relato: “[...] tive alta, fui embora, metade de mim ficou no hospital, sempre é essa sensação que tenho, mas como eu tinha mais dois em casa tive que ir embora. Fui embora, mas voltei no outro dia, e assim foi minha rotina entre hospital e minha família”.

Em meio a essas experiências vivenciadas pelas mães na UN no confronto com seu frágil bebê, ela necessita de proteção, de se sentir segura e amada em relação ao pai de seu bebê.

O pai, diz Winnicott, tem uma importante presença no lar, entre outras coisas, “para ajudar a mãe a sentir-se bem em seu corpo e feliz em seu espírito” (WINNICOTT, 1982, p. 129 apud ROSA, 2014, p. 45).

Segundo Rosa (2014), apesar da ênfase na provisão materna, Winnicott não deixou de tratar da questão do pai e da enorme importância e valor que sua presença, ações e falhas exercem durante toda a vida da criança, desde o momento da concepção, passando pelas fases iniciais – quando o pai, em conjunto com a mãe, forma o ambiente total no qual o bebê habita – e acompanhando todas as fases posteriores do amadurecimento humano.

Durante a pesquisa, pude observar e me deparar com pais presentes na UN, preocupados com a esposa e o bebê; e com pais que vão embora, abandonam a esposa frente à situação de crise que surge com o nascimento prematuro.

Ainda segundo Rosa (2014), na clínica, nos deparamos com histórias de vida cuja problemática apresentada, muitas vezes a central, toca em aspectos que dizem respeito à relação com o pai e suas falhas – e posso reiterar que na clínica hospitalar o mesmo acontece. A questão do pai não é, pois, um tema secundário, não é meramente teórico e tem implicações clínicas que não podem deixar de ser analisadas.

Prosseguindo com a autora, durante o período de dependência absoluta, bebê e mãe formam uma só unidade; embora indiretamente, o pai participa desta relação e a qualidade da sua presença no ambiente é de extrema importância, pois modula o espírito da mãe: o sentimento de estar protegida e amparada depende, em grande parte, do que o pai é capaz de fornecer. É natural, portanto, a constatação de que todo o efetivo cuidado paterno – no tocante à qualidade do ambiente em que a dupla mãe-bebê habita e quanto ao atendimento das necessidades especiais da mãe – faz parte do colo materno que o bebê recebe. Daí a importância de se conjecturar que, nas formulações de Winnicott, está contida a ideia de que a mãe e o pai, juntos, compõem o ambiente total que o bebê precisa encontrar para amadurecer, ainda que o lugar do pai não seja o mesmo da mãe na relação direta com o bebê. O pai nesse período ajuda a mãe a ser mãe. Se tiver uma presença efetiva e fizer a sua parte, contribui, de maneira preciosa e particular, para que ela seja suficientemente boa. A maternagem, como diz Winnicott,

Inclui os pais, mas eles devem me permitir o uso da palavra “maternal” para descrever a atitude global em relação aos bebês e o cuidado a eles dispensados. O termo “paternal” tem, necessariamente, de chegar um pouco depois do termo “maternal”. Geralmente, o pai torna-se um fator significativo enquanto homem. Depois vem a família, cuja base é a união de pais e mães, compartilhando a responsabilidade por aquilo que fizeram juntos, aquilo que chamamos de um novo ser humano – o bebê (WINNICOTT, 1999, p. 149 apud ROSA, 2014, p. 27).

Segundo Winnicott (1990 apud ROSA, 2014, p. 27), na fase de dependência absoluta, pode-se dizer que o pai assume dois principais papéis: “o de mãe substituta, oferecendo seu colo e dividindo com a mãe parte das tarefas inerentes aos primeiros anos de vida, e o de dar sustentação à mãe, protegendo-a das interferências externas, de modo que ela possa dedicar-se integralmente ao seu bebê”.

Note-se também que essas primeiras experiências com o que é paterno estão dentro do âmbito de cuidados que constituem o si-mesmo do bebê e nada têm a ver com a situação, posterior no processo de amadurecimento, na qual o pai será visto como um outro, e, primeiramente, ele, o pai, será um não eu, diferenciado da mãe e do próprio bebê – um membro do casal parental – e, mais tarde ainda, um dos polos do triângulo edípico (ROSA, 2014).

O pai compõe com a mãe o ambiente total no qual o bebê habita. O bem ou o mal que ele faz, se atingirem a mãe, ficam presentes no estado de espírito dela e em seu corpo, podendo dessa maneira também alcançar o bebê. Muitos pais esquecem que, embora não façam parte essencial do cerne da relação dual mãe-bebê, são eles um dos principais responsáveis por propiciá-la e sustentá-la. O pai falha aqui se não der sustentação à mãe, se a atrapalha ou a sobrecarrega, impedindo-a de entrar ou mesmo permanecer no estado de preocupação materna primária pelo tempo necessário que a imaturidade do bebê exige (ROSA, 2014).

Nesse sentido Winnicott aponta inúmeras vezes o perigo dessa situação dizendo que:

[...] no meu trabalho, aprendi muito sobre as dificuldades que as mães enfrentam quando não desfrutam uma posição favorável. Talvez tenham grandes dificuldades pessoais, de modo que não podem ter um bom desempenho, mesmo quando são capazes de ver o caminho; ou têm maridos que estão longe, ou que não fornecem um apoio adequado, ou que interferem, que são até ciumentos; algumas não têm marido, mas têm ainda que criar o bebê (WINNICOTT, 1999, p. 36 apud ROSA, 2014, p. 43).

Segundo Rosa (2014), a fragilidade, a vulnerabilidade e o desamparo que a mãe sente nessa época são geralmente amenizados e ultrapassados

graças à cobertura protetora que o pai realiza ao seu redor, organizando uma espécie de “proteção estendida” altamente valorosa em termos preventivos.

Frente às minhas observações, posso afirmar que, nos atendimentos realizados às mães em situação de prematuridade, outros membros da família ou até mesmo a equipe de saúde servem como “proteção estendida”, com o objetivo de acolhimento das angústias e sofrimentos despertados na situação, organizando e integrando essa mãe, para que ela desenvolva, inclusive, a preocupação materna primária.

Um fator importante observado nos relatos das mães é a confiança destinada a algumas profissionais da UN e a outras, não. Elas explicam que não dá para contar com algumas funcionárias, pois elas não olham a relação da mãe com o bebê e só estão interessadas nos cuidados do bebê, como se fossem delas; segundo as mães, elas não compartilham: “[...] um dia eu cheguei na UN para amamentar meu bebê e a funcionária já tinha dado o leite, e eu cheguei na hora certa, fiquei muito chateada”. Segundo Cunha (2004), os profissionais devem habilitar-se a agir como observadores contínuos, modelos que a mãe pode introjetar. Ajudá-la a usar seus potenciais sadios para perceber e tolerar, na relação com o filho prematuro ou doente, o que não conseguiria sozinha. Trata-se de ajudá-la a descobrir que pode ser mãe. E que pode se permitir a “ser a mãe que ela é”.

Os profissionais da unidade cuidadora devem estabelecer com os pais uma aliança, de modo a criar um senso de trabalho conjunto no melhor interesse do bebê (CUNHA, 2004).

Assim, pode-se dizer que o Método Canguru é um programa inventivo que cultiva novos modos de existência e convoca múltiplas direções quando aposta na singularidade do cuidar, na maneira única de cada mãe ser mãe, na disponibilidade de cada pai em participar, na forma de cada família se vincular ao bebê. Ter uma atitude de respeito para com esses processos pode favorecer a construção de vínculos, bem como a produção e manutenção da saúde mental.

Além dessas questões, existem outros cuidados especiais propostos pelo Ministério da Saúde que devem ser realizados na primeira etapa do método: diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da UN, tais como

odores, luzes e ruídos, adequar o cuidado de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê, garantir ao bebê medidas de proteção e diminuição de dor, atitudes que dependem da equipe de saúde da UN (BRASIL, 2009).

Pensando nisso, partirei para o quinto capítulo, no qual abordo a visão do profissional médico e de enfermagem sobre o Método Canguru e as questões práticas observadas na implantação da primeira etapa do método na UN.

5 PENSANDO A PRÁTICA: DESAFIOS E BENEFÍCIOS DA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU EM UMA UNIDADE NEONATAL

Desde que comecei meus atendimentos com gestantes de risco e puérperas, sempre tive a preocupação com a relação psicoafetiva da mãe e do bebê. Ao adentrar à unidade neonatal pela primeira vez, confesso que não me senti muito confortável, talvez frente à surpresa do desconhecido misturado com medo da impotência de não conseguir fazer nada diante o rondar da morte, pois, no senso comum, quando pensamos em UTI, pensamos imediatamente na morte. Tal impressão foi se desfazendo durante os atendimentos na UN.

Tudo isso misturado à angústia de sair de um lugar relativamente tranquilo e seguro para frequentar um ambiente repleto de vivências humanas relacionadas ao sofrimento, que, posso dizer, em alguns casos atendidos, é um sofrimento que toca e emociona o profissional. O relato realizado pelas mães era ouvido por mim naquele instante em que me colocava ao lado delas, sem saber qual efeito teria. Com o passar do tempo, fui me acostumando com o sofrimento, sempre presente, rondando os personagens: bebê - família - equipe. Em meio a tudo isso, também presenciei momentos de alegria, como na alta do bebê, tão esperada por todos.

Também, nessa fase de adaptação ao trabalho, retomei algumas referências teóricas e voltei a reler a teoria winnicottiana, que me deu alento e conforto durante os atendimentos. Tive a oportunidade de fazer a capacitação do curso de 40 horas do Método Canguru (formação de tutores) pelo Ministério da Saúde, sendo treinada junto à minha equipe de trabalho da neonatal, para podermos, aos poucos, inserir essa prática no contexto hospitalar.

Este capítulo aborda as dificuldades e benefícios da implantação da proposta do Método Canguru na prática, pela ótica de profissionais da UN. Os profissionais entrevistados fazem parte da equipe e fragmentos dessas entrevistas serão utilizados para a construção do presente capítulo. Os profissionais selecionados estão ligados às áreas médica e da enfermagem.

5.1 A Visão do Médico da Unidade Neonatal

Apresentarei, neste momento, fragmentos de uma entrevista cedida por uma profissional que atua na UN há, aproximadamente, 26 anos, que chamarei de Dr.^a Liz.

A UN do HU/UEL iniciou seus trabalhos em fevereiro de 1994. A unidade já existia antes dessa data com atendimento de bebês graves, mas não com a caracterização de UTIN.

[...] era uma unidade que a gente atendia paciente de UTI, mas não tinha plantão. A partir de 94, formou-se uma equipe de médicos, técnicos e enfermeiros, então houve uma mudança. Passou de um Berçário para a UTI neonatal. A transição foi difícil. Mudar a visão de um berçário pra uma UTI foi muito difícil, porque eles (profissionais) não entendiam que um paciente, assim (grave), precisava de um cuidado intensivo. Na época, foram contratados mais profissionais, mas, ainda falta, ainda não temos o número adequado de profissionais, por exemplo, fisioterapeutas em todos os turnos. Até hoje, existe um déficit de profissionais na equipe [...].

A preocupação com o número adequado de profissionais salta aos olhos e sempre será motivo de discussão entre a equipe e gestores do hospital, pois, para assegurar a recuperação do bebê com prognósticos favoráveis, é importante a presença de uma equipe multidisciplinar que possa avaliar o desenvolvimento do bebê, sugerir manejos e intervenções conjuntamente. Prosseguindo com o relato histórico:

Em 94, começou o atendimento ao bebê de baixo peso. Nós começamos onde era o centro de queimados, o espaço físico era bem melhor. Aí, nós subimos porque aquela parte onde é o centro de queimados hoje seria a nossa unidade de maternidade e a neonatal. Fomos para um espaço provisório, bem inadequado, ao lado da UTI adulta, espaço reduzido que está ali vazio até hoje. Ali, funcionou naquele cubículo a UTIN de sete leitos e a UCIN de 10 leitos. Há 3 anos, estamos aqui, que também era provisório. Ficamos provisórios há mais de 10 anos, até construir essa unidade neonatal nova que foi inaugurada, em maio de 2014, e entregue em julho.

Novamente, a participante chama a atenção para a preocupação com o ambiente, que, embora se apresentasse precário, não foi empecilho para o bom andamento do trabalho.

Na posição de profissional de psicologia da UN, pude atender em dois destes lugares provisórios citados por Dr.^a Liz e devo mencionar que, no transcorrer da minha pesquisa, nos mudamos para a nova UN, entregue em julho de 2014. Ressalto, pela minha observação, que, mesmo diante das dificuldades vivenciadas pela equipe em sua rotina diária, o ambiente físico nunca foi problema para a continuidade do trabalho tanto no nível de acolhimento humano como no técnico.

A UN do HU/UEL é composta por recursos e aparatos tecnológicos que dão suporte à vida do recém-nascido de baixo peso, com baixa taxa de mortalidade. O desenvolvimento de novas tecnologias na neonatologia tem provocado grande impacto na assistência à saúde. A equipe possui um treinamento adequado para a manipulação desses recursos. Mas só isso não se caracteriza como elementos suficientes aos cuidados do bebê. Com o nascimento prematuro, ele é separado precocemente e por um tempo prolongado de sua mãe e da sua família.

Em relação a esse fator, Dr.^a Liz relata os desafios da humanização encontrados no início da unidade:

Nesse meio tempo, muitos desafios, porque a humanização [...] não teve assim um programa de humanização, nós fomos sentindo a necessidade disso. Então, há mais ou menos uns 13 ou 14 anos, nós fomos fazer um curso, uma equipe foi para Florianópolis fazer o curso de atenção humanizada ao recém-nascido de muito baixo peso. Fomos em três médicos, dois enfermeiros e um assistente social, então, fizemos o curso e viemos muito entusiasmadas de Florianópolis, com o curso de 40 horas [...].

A humanização é vista como uma proposta de articulação inseparável do bom uso de tecnologias, na forma de equipamentos, procedimentos e saberes, com uma proposta de escuta, diálogo, administração e potencialização de afetos, num processo de comprometimento com as relações humanas, vistas como uma forma de tecnologia de tipo relacional (DESLANDES, 2006).

Sobre a Humanização Silva comenta:

Apesar das controvérsias que existem em torno da palavra humanização, apropriamo-nos dela como uma forma de expressar um comprometimento não apenas com as dimensões práticas do trabalho, mas também com as dimensões subjetivas e sociais da vida dos que cuidamos. Humanizar é, então, um novo paradigma, no qual fazer e pensar em saúde integram e priorizam a construção de relações de encontro e acolhimento, com autonomia e responsabilização, onde a totalidade dos sujeitos fica garantida (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009, p. 687).

Esta concepção do termo é fundamentada pela própria política nacional, denominada “Humaniza SUS”, na qual a humanização se constitui o eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde. Ela ganha concretude através da construção coletiva de estratégias para ofertar atendimento de qualidade, cujos avanços tecnológicos estejam articulados com acolhimento e melhoria dos ambientes de cuidado. Isto só é possível mediante a troca de saberes e diálogos nos diferentes espaços, gerando atitudes ético-estético-políticas, criativas e responsáveis (BRASIL, 2004). Nesse sentido, Dr.^a Liz complementa:

[...] pensamos em humanização porque é a evolução, a gente achava que tinha que mudar alguma coisa, o espaço era totalmente inadequado, então a gente precisava oferecer alguma coisa para essas mães mesmo não tendo estrutura física. Então viemos bem entusiasmadas do curso achando que ia implantar tudo do canguru, mas não, não deu, a gente tentou [...], e foi com sucesso, eu acho que fizemos uma evolução, fizemos uma evolução do zero, não é zero de humanização, porque já faz parte nossa, dessa equipe toda que mexe com o recém-nascido, aquele cuidado humano, de dentro da pessoa, desse cuidado com a família, com os pacientes, mas a gente queria um protocolo, uma sistematização, então viemos animadas de fazer isso [...], e aí o canguru, começamos com aquele acolhimento da família [...] na época trouxemos, por duas vezes, em período bem curto, profissionais envolvidos com o Método Canguru. Então fizemos o treinamento de toda a equipe da manhã, da tarde e noite,

semelhante a esse treinamento que vocês fizeram, com os sentidos⁸.

O treinamento tem uma grande importância na implantação do Método Canguru. Várias modalidades de treinamento foram desenvolvidas a partir do curso oferecido pelo Ministério da Saúde, para ajustar a implantação e evitar perda ou desarticulação da equipe inicialmente treinada, responsável pelo repasse de informações.

Dr.^a Liz relata que “A busca do conhecimento tem que ser contínua, é isso que é importante”. Segundo Hennig, Gomes e Gianini (2006), é grande a lacuna entre os conhecimentos e a aplicação prática das mudanças propostas pelo Ministério da Saúde em relação ao Método Canguru. Elas requerem mais do que a adoção de rotinas e o treinamento formal dos profissionais. É necessária a educação permanente em todos os níveis de formação dos profissionais de saúde que cuidam do bebê. Sobre as dificuldades, Dr.^a Liz comenta:

[...] mas aqui há dificuldade também, é que nós temos muitos alunos, residentes, que muda muito. Então, a cada um mês, muda o residente de primeiro ano, esse é o que cuida da UCIN. E a cada dois meses muda o residente de segundo ano, quando você vê, já mudou. Então a cada três meses está todo mundo novo, eu acho que tem que bater no treinamento para esses residentes [...].

A contribuição em relação a essa dificuldade pode ser realizada, segundo a Dr.^a Liz, com treinamentos obrigatórios de atenção humanizada aos residentes que estão iniciando na UN. Esse treinamento teria de seguir um protocolo e envolver toda a equipe multiprofissional, ou seja, seria um protocolo de atenção humanizada para todos os residentes, que se tornaria obrigatória quando eles entram na unidade.

Na minha visão enquanto pesquisadora e profissional, esses treinamentos poderiam adotar um olhar mais voltado para a saúde do bebê, não apenas focando no biológico, mas em preocupações e ações voltadas para o psiquismo do bebê e o ambiente da UN.

⁸Dinâmica de grupo utilizada no treinamento realizado aos funcionários da unidade neonatal, pela equipe multiprofissional do HU sobre o Método Canguru.

Winnicott (2006) considera que o ser humano possui um potencial inato para se desenvolver e se integrar. Mas, para ele, isto não é uma garantia de que tudo ocorrerá bem. O desenvolvimento humano dependerá de um ambiente facilitador que proporcione os cuidados de que o bebê precisa. Esse ambiente é representado pela mãe suficientemente boa, que na UN pode ser uma enfermeira suficientemente boa. Ambas podem realizar o *holding*, que tem como função fornecer apoio egóico, especialmente na fase de dependência absoluta. Parte do *holding* é o *handling* (manuseio), que consiste em segurar fisicamente o bebê.

O *holding*, ainda segundo o autor, além de incluir o ato físico de segurar, também leva em consideração a sensibilidade epidérmica da criança (tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade às quedas) e inclui toda a rotina de cuidados ao longo do dia e da noite. Essas rotinas de cuidados podem ser realizadas pelas mães quando presentes, ou pela equipe de saúde, principalmente à noite.

O bebê de UN é manipulado várias vezes ao dia por profissionais de diferentes áreas. Algumas vezes percebemos que, por falta de conhecimento básico da psicologia do desenvolvimento, o profissional trata o bebê como objeto de estudo, como, por exemplo, despe o bebê, examina-o e vai embora. Por isso a importância de treinamentos constantes.

Segundo Dr.^a Liz, o protocolo de atenção humanizada seria um treinamento para os residentes médicos e de enfermagem que entram todo ano no programa da residência. Juntamente com eles, seria necessário resgatar algumas pessoas da equipe técnica e colocá-las, nesse dia, junto com os residentes. Dessa forma, teremos um treinamento anual, rápido, da equipe técnica, do residente médico e do residente de enfermagem.

De acordo com o Ministério da Saúde, os funcionários que trabalham diretamente com bebês prematuros e/ou de baixo peso devem ser capacitados com o curso de 30 horas em Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso – Método Canguru. Deve-se ter como objetivo a capacitação de pelo menos 80% dos profissionais. Todo novo funcionário deve receber orientações específicas sobre o método. Uma agenda semestral deve ser estabelecida para novas

capacitações e uma anual para cursos de educação continuada (BRASIL, 2011).

A falta de treinamento efetivo gera dificuldades no ambiente de trabalho. Nesse aspecto, a Dr.^a Liz prossegue:

[...] tenho o maior trabalho quando eu falo: tem de fazer a glicose para a coleta de exame, tem de fazer a contenção, tem de fazer a sucção não nutritiva, todos esses procedimentos⁹ para a coleta de exames, por exemplo, [...], então a gente treina uma equipe. Quando você vê, dois meses depois tem um residente colhendo exames totalmente inadequados, mas quando a gente percebe, ele não foi treinado, naquela correria ele até sabe a teoria, mas não teve alguém que chegou e falou aqui a rotina é assim, tem de manter a luz apagada, você não vai coletar exame fora do horário, a não ser que seja estritamente necessário [...], foi treinado para a parte clínica, e essa parte de humanização não teve aquela conversa, a parte clínica é muito boa, nós temos protocolos, ficamos em cima dos residentes, eles não tomam nenhuma conduta sem supervisão clínica [...].

E, dessa forma, com um protocolo de treinamento de atenção humanizada ao bebê prematuro e/ou de baixo peso, os profissionais (residentes médicos, de enfermagem e profissionais novos), contribuintes por um tempo com o trabalho da UN, conhecem a equipe técnica que atua na neonatal, propiciando uma integração entre a equipe e sensibilização do trabalho, segundo a Dr.^a Liz quando os residentes são treinados eles procuram fazer o que foram orientados [...].

O treinamento daria visibilidade e autoridade para a equipe poder cobrar os procedimentos adequados dos residentes, como, por exemplo, não acordar o bebê para fazer exames, a não ser que seja necessário; depois de examinar o bebê, deixá-lo arrumado e confortável novamente; fazer procedimentos não farmacológicos para evitar a dor e desconforto dos bebês durante os procedimentos. Isso pode minimizar conflitos, choques de autoridades ou pouca visibilidade da definição de papéis dentro da equipe.

Segundo Gontijo, Xavier e Freitas (2012), faz-se necessário, portanto, manter capacitações formais e periódicas para trabalhadores de todos os

⁹ Procedimentos utilizados para minimizar o desconforto e a dor para o bebê.

níveis, inclusive de gestores. Essas capacitações não devem se preocupar apenas em difundir conhecimentos sobre a aplicação do método ou apenas sensibilizar as equipes para sua importância. Elas devem criar condições para a construção coletiva de projetos efetivos nos serviços, com desenvolvimento de responsabilidades e habilidades que incluam a expressão das subjetividades e julgamentos de valor, para que o conhecimento compartilhado leve à mudança de práticas dos que atuam na assistência ao bebê prematuro. Prosseguindo, a Dr.^a Liz relata:

Nós temos os plantonistas que estão aqui há 20 anos, mas muitos não têm o curso de atenção humanizada – Método Canguru ainda, e talvez nem vão fazer o curso [...], então eu acho que tem de ter um trabalho na equipe, pois a equipe do dia a dia, dos docentes, dos plantonistas do período diurno e durante o período da semana, essa equipe está mais sensibilizada. Agora, a equipe dos outros turnos, os plantonistas e os residentes, eu acho que precisa sempre se reciclar, porque eles mudam bastante.

Colameo e Rea (2006), em sua pesquisa, demonstra que a resistência dos profissionais às mudanças de rotinas, mesmo reconhecendo que o Método Canguru trazia melhoras para a assistência ao bebê prematuro prematuro e/ou de baixo peso, foi o obstáculo encontrado em todos os hospitais. Nogueira-Martins (2001), em seus estudos sobre a humanização das relações assistenciais, assinalam que esse caminho é árduo, que as resistências não são pequenas e que costumam ser crescentes no decorrer do processo.

Segundo Hennig, Gomes e Gianini (2006), não há contraindicação para que um recém-nascido, estável clinicamente, porém entubado, possa ir ao colo.

Tenho observado um grande esforço da equipe em contribuir para essa prática e uma preocupação em colocar o bebê no colo da mãe, até mesmo em casos de bebês entubados ou bebês graves, sem bom prognóstico: “Vamos colocar no colo enquanto está vivo, depois que o bebê morrer, não adianta mais”, relato da equipe durante minha observação.

Não posso deixar de mencionar que, algumas vezes, a ação não é realizada pela pura falta de tempo, entremeada com a falta de funcionários e, outras vezes, por pura resistência dos profissionais, alegando aumento de serviço. Percebe-se que, mesmo reconhecendo em seus discursos as

vantagens da aplicação do Método Canguru, alguns profissionais ainda são resistentes às mudanças de rotinas. Essa resistência se apresenta, muitas vezes, de forma inespecífica, por apresentar pouca clareza de expressão e difícil mensuração, numa pesquisa.

A resistência pode estar ligada ao aspecto subjetivo do cuidado que envolve esses profissionais. Geralmente, a equipe cuidadora encontra-se subjetivamente desprotegida, vulnerável, tendo de acolher e elaborar uma avalanche de sentimentos e funções consideradas, a priori, “normais”, pois fazem parte do trabalho.

Segundo Wirth (2006), a organização da unidade busca, em primeiro lugar, o objetivo de preservar a vida e, posteriormente, entregar à mãe um bebê sadio, física e psicologicamente. Para realizar tal tarefa, a equipe recorre a mecanismos de defesa psíquico primitivos, tais como negação, deslocamento, projeção e sublimação – todos eles fundamentais para que se possa ser tecnicamente competente no cuidado com os bebês. Por exemplo, existem momentos em que é necessário separar-se das emoções para prestar um bom atendimento. Como disse uma enfermeira, “[...] a gente tem que ver só a veia a ser puncionada”.

Os mecanismos de defesa podem ser considerados as ações psicológicas que têm por finalidade reduzir qualquer manifestação emocional que coloque em perigo a integridade do ego, pois o indivíduo tem dificuldades de vivenciar situações que, por algum motivo, considere ameaçadoras. São processos subconscientes ou mesmo inconscientes que permitem ao psiquismo do sujeito encontrar uma solução para conflitos não resolvidos ao nível da consciência (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000).

Prosseguindo com a fala da Dr.^a Liz, ela afirma:

E aí continuamos com essa parte da humanização, até que, há uns cinco anos atrás, outra equipe fez o curso novamente de humanização com as professoras de enfermagem, daí veio a residência de enfermagem que acrescenta bastante na UN. Elas ficam o dia todo bastante envolvidas com essa parte de humanização. Então, com a residência e com o treinamento das professoras de enfermagem e mais as pessoas da equipe técnica treinadas com o método canguru, que é a enfermeira chefe (coordenadora da neonatal), você (psicóloga),

fonoaudióloga mais recente, fisioterapeuta e outros docentes e plantonistas, estamos conseguindo mudar alguma coisa.

Já conseguimos elencar características relacionadas ao Método Canguru para o bom desenvolvimento do trabalho na nossa neonatal, entre eles, a importância da participação da família no contexto de UN. Sabemos que a situação do nascimento prematuro é causa de estresse para os pais e para a equipe. Para isso, o ambiente mais organizado tem efeito positivo sobre o prematuro melhorando a termorregulação¹⁰, diminuindo a dor do prematuro. Outros fatores observados são a importância da educação continuada para os profissionais e a posição canguru desde o início do tratamento, facilitando e promovendo o aleitamento materno.

Durante a pesquisa, pude observar que o estímulo ao aleitamento materno é iniciado precocemente com as mães, sendo realizadas orientações e ajuda para a ordenha do leite fresco que será ofertado ao bebê.

Segundo o Ministério da Saúde, na primeira etapa do Método Canguru, são iniciadas as medidas para estímulo à amamentação. Deve-se focar a participação da mãe no estímulo à sucção e na administração do leite ordenhado, além dos adequados cuidados de higienização. Nas situações em que as condições clínicas da criança permitirem, deve-se iniciar na UTIN e na UCIN o contato pele a pele entre mãe e criança, progredindo até o começo da colocação do bebê sobre o tórax da mãe ou do pai, dando início à posição canguru (BRASIL, 2002).

A posição canguru proporciona a proximidade materna, facilitando o contato pele a pele e contribuindo para a promoção e estabelecimento do aleitamento materno. Em relação ao aleitamento materno, Dr.^a Liz nos relata:

Nossos índices de aleitamento materno com prematuros são muito elevados, comparado com a média nacional, a equipe leva apresentações em congresso e junta pessoas em volta perguntando como nós fizemos isso. Sempre tivemos um sucesso muito grande na amamentação com os prematuros menores de 1500g, o que diz que alguma coisa de humanização está acontecendo, porque o resultado e o desfecho do aleitamento materno tem sido bom.

¹⁰ Conjunto de sistemas de regulação da temperatura corporal.

Segundo o Ministério da Saúde, a alimentação do bebê prematuro é um processo complexo, que envolve aspectos físicos, neurológicos, cognitivos e emocionais, o que implica não só a difícil tarefa de adequação de nutrientes que interferem na sobrevivência do bebê, mas também no processo de interação social e formação do apego, envolvendo a família e equipe (BRASIL, 2011).

A amamentação tem início muito antes de o bebê ter condições de mamar diretamente no peito. O processo se inicia no acolhimento da família dentro da UN, propiciando condições facilitadoras para a mãe permanecer junto ao seu bebê e iniciar o contato pele a pele precoce, os cuidados com o filho, a ordenha de seu leite e a alimentação do bebê. Dessa forma, a segurança para cuidar do seu filho e o vínculo mãe-bebê vão se fortalecendo, contribuindo para o estabelecimento e progresso da amamentação (BRASIL, 2011).

Amamentar precocemente um bebê prematuro é importante para reduzir a perda de peso, aumentar os níveis de glicose no sangue e diminuir a bilirrubina não conjugada no soro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1994). Além disso, o aleitamento materno fortalece os vínculos afetivos entre o binômio mãe/bebê e propicia benefícios em longo prazo, no que tange o desenvolvimento intelectual e neurológico desses bebês.

De acordo com o Ministério da Saúde, o suporte psicológico pode ser prontamente oferecido. Especial atenção pode ser dada no sentido de estimular a entrada dos pais na neonatal e estabelecer contato pele a pele com a criança, de forma gradual e crescente, de maneira segura e agradável para ambos, estimulando dessa forma a participação da mãe, do pai e de outros familiares na colocação do bebê em posição canguru (BRASIL, 2009).

Prosseguindo com Dr.^a Liz:

[...] mas, eu acho que a humanização envolve desde o acolhimento da família lá na maternidade. Então meu problema é esse: [...] a família chega [...], agora mesmo nasceu um bebê prematuro de 23 semanas [...]. Nós saímos correndo com ele para cá, a família apavorada está lá, o pai, a avó, a tia, e eles não sabem onde é a UTI neonatal, não tem placa identificando [...]. Então começou aí, a família já está nervosa, eu acho que a primeira coisa, começando da humanização, a pessoa tem que saber andar dentro do hospital, ser apresentada para isso. Então ela tem que saber seguir o bebezinho que vem para a

UN, o pai, a avó, a tia, qualquer familiar, ele tem que seguir e chegar aqui.

Segundo o Ministério da Saúde, o Método Canguru envolve profissionais de saúde e famílias que vivenciam o nascimento e a hospitalização de um bebê prematuro. Esses sujeitos interagem e se integram, mobilizando conhecimentos, atitudes e emoções num processo em que família e o bebê são compreendidos enquanto unidade, com necessidades que não são puramente biológicas, mas também sociais, emocionais, culturais, estando todas interligadas. Logo, o método se concretiza a partir das tecnologias leves, pois envolve, além de procedimentos e técnicas, relacionamento interpessoal (BRASIL, 2002).

Portanto, a abrangência do método começa numa fase prévia ao nascimento do bebê prematuro. Inicia-se na maternidade com a internação da gestante de risco. Nessa situação, a futura mãe e sua família devem receber orientações e cuidados específicos na maternidade sobre o funcionamento da UN.

As ações na atenção humanizada devem estar inseridas num conjunto de intervenções comprometidas com a integralidade do cuidado, a saúde e a qualidade de vida, no período de internação e após a alta hospitalar, valorizando e conferindo a dimensão necessária aos avanços relacionais para o cuidado em saúde.

Continuando com o relato da Dr.^a Liz:

[...] e na hora que ele chega aqui na unidade neonatal, ele tem que ser acolhido, mas na maioria das vezes quando o familiar chega aqui na unidade, o médico está atendendo o bebê e a enfermeira também. Então tem que ter a capacitação do profissional que está aqui, que, no caso, é a secretária ou escriturário, é esse que vai acolher primeiramente o familiar [...], alguém tem que atender os familiares com um sorriso, oferecer uma cadeira para sentarem, não ficarem no corredor esperando, por menor que seja o espaço, a família é prioridade. Eles já estão muito nervosos e angustiados sem saber o que está acontecendo, então tem que ter alguém preocupada em acolher essa família na primeira hora que esse bebê vem para neonatal, porque é um pavor saber que seu bebê está internado numa UN e ficar três horas sem saber o que está acontecendo. Então é isso, eles têm que saber chegar

na neonatal e ser bem acolhido, com cadeira, com sorriso, com uma calma e toda uma estrutura.

Quando existe a falta do acolhimento da família, o que é valorizado é o cuidado meramente técnico. Segundo Cabral (1999), quando dicotomizamos o corpo biológico do social, deixamos de ver, sentir e adentrar pelo campo da subjetividade. Logo, um cuidar que refuta a emoção no processo de interação com a criança é feito por meio de procedimentos técnicos. Já um cuidar que inclui a afetividade demonstra o caráter humano de se relacionar com o mundo e com as pessoas.

Assim, quando o enfoque está exclusivamente voltado para a maquinaria, o procedimento e a patologia (gravidade do bebê prematuro), o ambiente e os cuidados se tornam despersonalizados e pouco acolhedores, já que as dimensões humanas não ganham o devido destaque. As histórias de vida, as posições pessoais, o contexto socio cultural e as experiências pessoais intensas compartilhadas pelo bebê e sua família, ao vivenciarem a prematuridade, são negadas ou pouco valorizadas.

A visão de um ambiente novo e assustador, uma equipe muito atarefada, um bebê real, diferente do imaginado e sonhado, somado a sentimentos de culpa pelos problemas do filho, podem gerar uma experiência de desamparo nos pais e familiares. Aqui, cabe outra preocupação da Dr.^a Liz:

[...] bom, aí vem a outra etapa, a que a mãe vai estar internada e, provavelmente, ela não vai ver o bebê nas primeiras 24 horas, mas nós temos que estar receptivo ao familiar, porque a família nunca é “chata”, ela quer entrar toda a hora na UN porque ela está preocupada. Às vezes, o estresse é gerado justamente pela gravidade do bebê, algumas vezes eles não são bem recebidos ou são rotulados de familiares “chatos”, que ficam incomodando toda a hora, querendo saber do bebê e, na verdade, não é isso, na verdade, eles estão preocupados e, então, é esse acolhimento dos familiares, que se faz importante [...].

Segundo Gomes (1996), na UN, observa-se uma dificuldade da equipe em compreender as diferentes reações ao estresse vivido pela família. Enquanto alguns pais entendem as condições do recém-nascido e se adaptam às práticas da UN, outros expressam reações contrárias, com comportamentos

de negação. Para estes últimos, que não atendem ao padrão de comportamento desejado, a equipe age com distanciamento emocional, relutando em perceber o sofrimento dos pais junto ao filho.

As dificuldades de relacionamento da equipe com os pais são constantes nos atendimentos em UNs, causando desgaste em ambos. De acordo com Leite e Villa (2005), os profissionais que atuam nesses espaços convivem com diversos fatores desencadeadores de desgastes, tais como a dificuldade de aceitação da morte, a escassez de recursos materiais e de recursos humanos, e a tomada de decisões conflitantes relacionadas com a seleção dos pacientes que serão atendidos.

Prosseguindo com o autor, para a equipe, os cuidados com o bebê remetem às expectativas em relação ao resultado do atendimento em uma UN. As respostas são sempre do bebê em atendimento. Portanto, os bebês prematuros, em suas incubadoras, determinam violentas emoções aos seus cuidadores. Ou seja, nessa situação, cada profissional se defronta com seu próprio mundo interno (psíquico), estabelecendo algumas relações e reações. Algumas dessas reações encontram ecos no passado. Estes podem ser satisfatórios ou não. Assim, cada profissional tem respostas afetivas diferenciadas no contato com cada novo bebê atendido e, por consequência, respostas também variadas para a mãe desse prematuro.

Portanto, a tarefa de cuidar de um bebê prematuro pode trazer à memória de quem cuida suas próprias situações internas primitivas e as emoções a elas ligadas. Além disso, a equipe e o hospital são alvos das projeções dos pais e familiares, que vêm constituídas da sua história, seus desejos e suas crenças.

Para se produzir melhores interações entre sujeitos na assistência, articulando avanços tecnológicos com os relacionais, é necessário apropriarmos-nos de uma concepção mais abrangente de tecnologia. Dentro das situações tecnológicas, no ambiente de atenção à saúde, além de uma tecnologia dura, de máquinas, aparelhos e de instrumentos necessários para as atividades assistenciais, podemos notar a existência de uma tecnologia leve, ou seja, uma tecnologia de relações humanas, fundamentada numa abordagem assistencial de um trabalho vivo em ato, em um processo de

relações, um encontro entre pessoas que atuam e se influenciam mutuamente num espaço intersubjetivo, onde existem momentos interessantes de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno de um problema que vai ser enfrentado (MERHY, 1997).

Entrelaçando nesse assunto, a Dr.^a Liz relata:

[...] e depois vem o acolhimento da mãe, que eu acho que ela tem direito a permanência de 24 horas, da forma que a condição clínica dela permitir ficar com o bebê, tocar o bebê, segurar o bebê e, assim que ele esteja estável clinicamente, colocá-lo na posição canguru e, nessa parte acho que nós já avançamos bastante, na posição. Estamos avançando na posição canguru, no estímulo ao aleitamento materno, eu acho que já foi uma evolução, mas ainda ocorre bastante falha. Eu percebo, às vezes, mães em pé ao lado do bebê muito frequentemente, ou sentada em bancos desconfortáveis, o que está totalmente errado. Uma mãe no pós-parto tem que ficar muito confortável, não digo que teremos poltronas, mas elas têm que ter uma cadeira com encosto ao lado do bebê. Então a gente vê nitidamente isso acontecer ainda [...].

Corroborando o posicionamento da Dr.^a Liz, pude observar durante a pesquisa que existe uma prática em relação à posição canguru, bem como o reconhecimento da importância para o desenvolvimento psíquico do bebê atrelado ao aleitamento materno e a permanência da mãe na UN. Mas percebo que existem falhas na estrutura física da UN que, algumas vezes, impossibilitam um maior conforto para a interação das mães com seus bebês. A permanência da mãe ao lado do seu filho hospitalizado é importante, tanto para a criança, que se sente mais segura e amparada, quanto para a mãe, que está acompanhando de forma participativa o processo de recuperação do seu filho (SIQUEIRA; SIGAUD; REZENDE, 2000).

Assim, além da manutenção do relacionamento com seu filho, outros fatores, como ter uma adequada acomodação e alimentação nesse período, contribuem para o bem-estar das mães acompanhantes nesse processo.

A importância e os benefícios advindos da presença e participação dos pais desde a internação do bebê são inquestionáveis. Tocar, conversar, estar próximo do bebê o maior tempo possível são formas de cuidados que trazem benefício para o binômio. Outra ação importante para os pais são os cuidados realizados com o bebê, como, por exemplo, a limpeza da face do bebê, o

banho, a troca de fraldas, a sucção não nutritiva. Essas ações estimulam os cuidados para com o bebê e se mostram como forma ativa de participação da mãe nos procedimentos. Essa prática não só reforça a confiança materna no cuidado, como também estimula a responsabilidade parental.

Segue, no relato da Dr.^a Liz, uma preocupação que ela considera como uma dificuldade na UN:

[...] uma outra falha, é que as mães não conseguem ficar o tempo todo ao lado do bebê dentro da neonatal [...], eu acho que deveria ter terapia ocupacional, deveria ter humanização nesse dia, que ela vai permanecer 12 horas ou mais dentro do hospital. Então, otimizar esse tempo com vídeos, com filmes, uma terapia ocupacional ou um voluntário acolhendo essas mães, transmitindo calma, porque às vezes elas ficam na sala de descanso delas, que não é confortável, e elas ficam o dia inteiro à toa. Então faz parte da humanização ter uma terapia ocupacional, ou uma voluntária com experiência que vai acalmar, que vai transmitir cuidados pra essa mãe ir percebendo que ela vai levar um filho para casa, que ela tem que mudar alguns comportamentos, principalmente as adolescentes.

Conforme Henning, Gomes e Gianini. (2006), a presença de espaços de convivência para que dúvidas, conflitos e expectativas sejam ouvidos e discutidos entre as mães e com os profissionais contribui significativamente para uma melhor ambientação e permanência da mãe, além da diminuição dos efeitos estressantes durante a internação.

Os espaços não devem ser pensados somente como físicos, mas de interação, com rodas de conversas, com a participação dos profissionais e abordagens de temas variados; ou para receber os familiares, para ler, ver filmes ou para entretenimento na televisão, além, ainda, de espaços de recolhimento, nos momentos de ficar sozinha ou descansar (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012).

Estudo realizado em Recife mostrou que as atividades recreativas para as mães acompanhantes amenizam os efeitos do estresse da internação de seus filhos e contribuem para o processo de assistência integral e humanizada, tendo como foco a família, conformando a visão do hospital em um espaço ampliado de intervenção na saúde (SCOCHI et al., 2004).

Pensando ainda nas preocupações relacionadas à primeira etapa do Método Canguru, Dr.^a Liz relata:

Em relação à luminosidade e barulho, eu acho que isso tem altos e baixos. Teve época, principalmente quando estávamos lá em cima na outra unidade neonatal, com uma estrutura física bem restrita, lugar pequeno que ficou, acho que uns 6 meses que era perfeito, na época nós conseguimos implantar muito bem o horário do soninho, era perfeito, perfeito, a equipe inteira respeitava o silêncio e a manipulação mínima [...]. Depois aqui embaixo, a gente tentou, o pessoal vai para o curso de humanização, vem todo mundo animado, e daí que eu te falo, começa por um mês, dois meses bem e aí a coisa vai voltando, quando você vê, está todo mundo falando alto, todo mundo com a luz acesa. A gente tenta, você percebe que todos os dias ao chegar na UN tem uma ou duas salas com a luz apagada, a equipe está sensibilizada quanto a isso, mas precisa melhorar.

Com a mudança para a nova instalação da UN, um espaço bem planejado e dividido, pude observar que a questão citada acima pela Dr.^a Liz tem se mostrado mais organizada em relação à luminosidade e ruídos. Os profissionais estão mais atentos às consequências ruins para os bebês quando existe muito barulho ou luminosidade. Mas como relata a médica, temos sempre de lembrar que as mudanças são cíclicas e não podem cair no desuso, que é uma tendência usual relacionada ao aumento de tarefas, falta de tempo ou falta de profissionais. Como se pode notar, o Método Canguru não envolve mera aplicação, mas a construção de práticas, posturas e conceitos que, quando absorvidos e significados por seus agentes, ganham mais consistência.

Moreira e Bonfim (2004) recomendam que algumas modificações devem ser feitas no ambiente, tais como diminuir o nível de ruído e som, reduzir a quantidade de luz. Para isso, as estratégias mais utilizadas são o uso de algum tipo de protetor (lençol, cueiro), como *black out* nas incubadoras. Outra estratégia utilizada é o desligamento das luzes, deixando apenas uma iluminação central acesa, quando possível (geralmente nos períodos da tarde, após a visita médica e durante a madrugada).

As intervenções de enfermagem devem ser direcionadas para ajudar na transição da vida intrauterina para a extrauterina, mantendo um ótimo desenvolvimento, prevenindo a estimulação indesejada e o estresse, o que

resulta em significantes mudanças nas respostas comportamentais e fisiológicas do bebê prematuro (KAMADA; ROCHA, 2006).

Outro fator observado durante a pesquisa foi a preocupação dos profissionais com a dor do prematuro, pois sabemos que o bebê prematuro é mais sensível à dor do que o bebê a termo e muito mais do que o adulto. Antigamente, acreditava-se que os recém-nascidos não sentiam dor quando submetidos a procedimentos dolorosos sem nenhum tipo de analgesia.

A maior dificuldade na avaliação da dor do prematuro ou de qualquer outro bebê é a ausência de comunicação verbal, tornando subjetiva a mensuração de dor nos bebês. Para isso, existem escalas para medir a dor, que são usadas na UN, como tentativa de analisar de forma mais objetiva as respostas à dor. Assim, há uma maneira de intervenção mais adequada.

As dores intensas devem ser manejadas com agentes farmacológicos, enquanto as dores menores podem ser manejadas por meio de medidas não farmacológicas de alívio e prevenção aos bebês prematuros.

Segundo Silva (2005), todas essas preocupações com o ambiente da UN remetem-nos a pensar em todas as potencialidades que serão, ou não, desenvolvidas pelo bebê em função desses cuidados ambientais. Ou seja, isso vai refletir na habilidade do bebê em estabelecer um nível de funcionamento integrado entre os sistemas fisiológicos e afetivos. A habilidade de esses subsistemas trabalharem em harmonia afeta a sobrevivência do bebê e permeia todas as interações que ele executa com o meio, afetando diretamente seu cérebro.

O Método Canguru contribui para que as experiências positivas aconteçam, mas os profissionais de saúde podem contribuir para proporcionar experiências agradáveis ao bebê (BRASIL, 2011). Por exemplo, os profissionais podem cuidar do ambiente, diminuindo luzes, ruídos, observando os sinais de dor e fome do bebê na ausência da mãe.

É, então, necessário que a equipe de saúde busque minimizar a separação do bebê com seus pais, favorecendo a formação ou o fortalecimento dos laços afetivos. Para isso, é preciso que o ambiente seja receptivo e acolhedor, tanto para o bebê como para seus pais, já que, para estes, a UN pode, por vezes, parecer hostil e pouco amigável, inibindo os comportamentos

espontâneos e dificultando a ligação afetiva com seu bebê. É importante lembrar que a intensidade da ligação afetiva reflete o grau de envolvimento dos pais com seu bebê (BRASIL, 2011).

Partirei, agora, para a visão da enfermagem sobre o Método Canguru. Embora haja uma preocupação desse profissional com os aspectos físicos e humanos do funcionamento da UN, o que corrobora as contribuições da Dr.^a Liz (treinamento de profissionais, resistências pessoais, ambiente físico, cuidado com barulho e luminosidade, diminuição da dor do prematuro, etc.), os profissionais da enfermagem entrevistados sobressaltam a grande preocupação com a inclusão e o bem-estar da mãe/pai na UN, o que assegura a sobrevivência e a melhora do prematuro.

5.2 A Visão da Enfermagem da Unidade Neonatal

Compartilho, neste momento, fragmentos de entrevistas cedidas por duas enfermeiras que atuam na UN na assistência do bebê e da família, as quais denominarei Azaleia e Margarida, e duas técnicas de enfermagem, as quais denominarei de Begônia e Rosa.

Segundo o Ministério da Saúde, as experiências de pais e bebês na UN surgem num contexto de situação-limite, que pode ser definida como um momento de crise para a família, um período limitado de tempo de desequilíbrio e/ou confusão, durante o qual os pais podem ficar temporariamente incapazes de responder adequadamente (BRASIL, 2002).

Nesse ambiente, historicamente de domínio exclusivo dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem, a rotina é muito intensa e desgastante, seja pelo sofrimento dos pais depositado na equipe, ou seja, pelo sofrimento oriundo da prática assistencial a bebês prematuros.

Uma das propostas da primeira etapa do Método Canguru é a presença constante dos pais e sua participação em atividades na UN, com o objetivo de aproximar equipe e família. Por um lado, essa aproximação oferece uma série de vantagens nos cuidados com os bebês. Por outro, gera conflitos pelas exigências surgidas a partir de sua permanência no hospital. Ao se familiarizarem com o ambiente, os pais deixam de ser visitas e passam, cada vez mais, a buscar informações. Além disso, exercem vigilância sobre o

trabalho e rotina da equipe, como, por exemplo, hora da medicação, hora de entrada e saída, horário de lanche, entre outros (BRASIL, 2011).

Essa atitude dos pais gera, em alguns membros da equipe de saúde, um desconforto, pois se sentem vigiados e mais cobrados quanto à sua postura profissional.

De acordo com a enfermeira Azaleia, um dos motivos de resistência com o método que alguns profissionais apresentam é a inclusão da família na UN, é o cuidado que tem de dispensar à família, pois é mais fácil cuidar da criança sem cuidar da mãe e do pai. Colocar na posição canguru requer que você cuide da família, pois ela vai estar lá dentro da UN, vai conhecer melhor o filho dela, vai questionar mais sobre os cuidados que ela vê com seu bebê. Isso traz uma demanda diferenciada para a equipe. Portanto, a equipe necessita estar preparada para fazer parceria com os pais.

Segundo Bowlby (2001), a criança apresenta muitos benefícios quando a mãe pode estar presente durante a hospitalização. Ela alimenta e cuida do filho, ela o mantém na posição mais confortável possível, seja no travesseiro, seja em seu próprio colo. A enfermeira está ao seu alcance para ajudar e para prestar os cuidados especializados à criança, proporcionando vantagem para a criança e para a mãe, pois, ao passar por esta experiência e sentir que foi responsável pela recuperação de seu próprio filho, ela estabelece uma relação com este e uma confiança em si mesma, que constitui um prognóstico favorável para o futuro. Esse procedimento também é vantajoso para as enfermeiras, que aprendem muito quando estão em contato com o que essas mães têm de melhor, não só sobre como lidar com uma criança, mas também sobre a própria vida. Por fim, é vantajoso para as demais crianças internadas, pois as enfermeiras têm mais tempo para atendê-las.

Prosseguindo com a enfermeira Azaleia:

[...] mas, eu tenho clareza que a mãe dentro da UN ajuda muito mais, nos aponta várias coisas que nós não estamos enxergando, porque na relação ela passa a conhecer o seu bebê, e isso pode nos ajudar, ela contribui com a melhora do próprio filho; tem momentos em que o bebê só consegue ficar estável no canguru, ouço pessoas da equipe dizendo: “essa mãe podia vir hoje, pois no canguru esse bebê estabiliza, para de chorar.

Corroborando o depoimento acima, Lamy et al. (2005), citam, em sua pesquisa, o relato de mães afirmando que realizar a posição canguru ensinou-as a maternar e a observar as dicas comportamentais de seu bebê, facilitando a realização de condutas maternas para aumentar o conforto do filho.

A ênfase da assistência do Método Canguru está no paradigma da não separação entre bebês e pais, sendo que estes devem ter livre acesso e permanência garantida nos espaços de cuidado. Há estímulo à comunicação pais-bebê, adaptação do ambiente hospitalar para promover mais conforto para o bebê e seus pais, além da participação dos pais nos cuidados com seu filho, assim que possível. Também é foco da proposta que os pais recebam orientações sobre como observar e interpretar sinais comportamentais de estabilidade e instabilidade do bebê, estímulo à manutenção do bebê em posição canguru o maior tempo possível, mesmo durante procedimentos. Nessa perspectiva, os pais são vistos como parceiros nos cuidados com o bebê prematuro (NYQVIST et al., 2010b, apud SPEHAR, 2013).

Isso nos mostra a importância de a equipe escutar as mães, pois estas conhecem seus bebês. Segundo a enfermeira Azaleia:

O principal benefício do método é a mãe se apropriar do bebê, conhecer ele e tomar posse dele, porque aí todo o resto facilita, facilita o estabelecimento do aleitamento materno, o estabelecimento de um cuidado com mais segurança, e facilita uma alta mais precoce e com segurança. O maior benefício é a mãe passar a conhecer seu bebê e perder o medo de cuidar dele e se sentir capaz de cuidar dele, porque aos poucos ela vai prestando esse cuidado e vai vendo a consequência desse cuidado: “eu peguei, ele melhorou; eu limpei e ele gostou”; o próprio bebe dá o *feedback* pra mãe.

Tallandini e Scalembra (2006 mencionados por SPEHAR, 2013), realizaram um estudo com objetivo de investigar o impacto psicológico do Método Canguru em mães de bebês prematuros. Os resultados apontaram para uma melhor interação mãe-bebê, redução de estresse emocional materno, melhoria na habilidade do bebê de fazer requisições e responder à interação com a mãe.

Segundo a enfermeira Azaleia, na UTIN, local onde o bebê se encontra num estado mais grave, se não houver incentivo por parte dos profissionais,

bem como permissão a um maior acesso aos pais, visto que o bebê permanece muito tempo dentro da incubadora, haverá um distanciamento extremo da mãe para com seu filho. Com efeito, quando ela vai prestar cuidado tardio, fica mais insegura e com medo. Em alguns casos, percebo que a mãe se sente culpada pela situação grave do seu bebê.

A mãe e o pai precisam ser acolhidos o mais rapidamente pela equipe de saúde na situação de nascimento prematuro. O estudo, no contexto italiano, de Tallandini e Scalembra (2006 mencionados por SPEHAR, 2013), descreveu que é comum mães de bebês prematuros relatarem sentimentos de desamparo em consequência da percepção de que o nascimento prematuro do filho representa uma falha causada de alguma forma por ela própria. Esse estudo apontou que a aplicação do método no âmbito de UN favoreceu a redução da ansiedade materna, em razão do contato precoce entre mãe e bebê, colaborando para o aumento do senso de competência e eficácia materna. A pesquisa também evidenciou que houve redução quanto à sensação de “maternidade incompleta” que mães de bebês prematuros costumam relatar.

Outra dificuldade relatada por Azaleia é a existência de alguns problemas de comunicação entre a equipe e os pais:

Existem várias situações que vão desde a equipe não saber os nomes das mães e bebês, até a situação em que os pais não se sentem à vontade para perguntar sobre o quadro de saúde do seu bebê; eles vão embora com dúvidas, e isso não pode acontecer, isso é desconfortável para os pais, pois eles vão embora cheios de fantasias, fantasmas.

Spehar (2013) menciona que as mães relataram algumas dificuldades de comunicação no contexto estudado, dado que aponta para a importância de treinamento da equipe quanto a esse aspecto. Ademais, é relevante investigar as razões de eventuais dificuldades de interação da equipe com a família, como causas individuais, materiais, institucionais e outras.

Prosseguindo, a enfermeira Azaleia afirma:

[...] uma outra dificuldade que eu vejo é que alguns profissionais não reconhecem o benefício da ajuda da família, quando ela se apropria do seu bebê, pois a família tem esse direito [...]. A equipe acredita que tudo o que nós fazemos é

melhor do que o pai e a mãe podem fazer, por exemplo, a equipe pode desestabilizar o bebê para fazer curativo, porque o curativo é bom para o bebê; pode desestabilizar o bebê para colher sangue, porque o sangue é necessário colher; pode desestabilizar para aspirar; aí eu questiono mesmo que o bebê desestabilize por 5 minutos, quando colocamos na posição canguru, temos um grande benefício pelas próximas duas horas, onde o bebê receberá o carinho da sua mãe, de aposta, de apropriação da mãe pelo seu bebê; isso tem um benefício enorme, principalmente para a psique do bebê, então eu tenho que correr esse risco de colocar o bebê grave no colo da mãe. O Método Canguru é tão bom quanto outras coisas que temos que fazer, isso tem que fazer parte da rotina, como a coleta de exames, as consultas.

Tallandini e Scalembra (2006 apud SPEHAR, 2013) ressaltam que as mães expressam satisfação com as interações com seus bebês antes, durante e após segurá-los na posição canguru, permitindo maior familiarização da mãe com o mesmo. As autoras apontam para a influência do Método Canguru em três vertentes: apego e interação afetiva entre mãe-bebê, bem-estar materno e desenvolvimento da criança.

Na visão da enfermeira Margarida, a posição canguru e o acolhimento da família, embora existam resistências por parte de alguns profissionais, ocorre frequentemente na UN como veremos em seu relato:

[...] principalmente o acolhimento da família e o posicionamento canguru na mãe precocemente. Temos às 24 horas de possibilidade para os pais entrarem na unidade, que faz parte do método, o incentivo ao aleitamento materno que a gente começa desde que o bebê nasce, seja prematuro ou de mais idade [...].

Portanto, desde a primeira etapa do método, as mães são estimuladas a ordenharem leite materno para seus bebês, mesmo antes de o prematuro possuir condições de mamar diretamente no seio materno (BRASIL, 2011).

O objetivo de prover a alimentação do bebê prematuro hospitalizado ao seio materno exclusivo é uma das metas das intervenções da equipe de saúde no contexto da prematuridade, em especial no Método Canguru. A amamentação no seio, na maioria das vezes, é também um desejo da mãe. Porém, em razão de diversas variáveis, para alcançar esse objetivo, é necessário uma soma de esforços da equipe e da mãe (VÉRAS; TRAVERSO-

YÉPES, 2010). A equipe não pode perder de vista que o contato precoce da mãe com o bebê prematuro e a participação nos cuidados precoces constituem formas de promover o processo de amamentação.

Durante a entrevista, a enfermeira Margarida relatou que houve uma melhora significativa na questão do estabelecimento do vínculo da mãe com o bebê: “[...] acho que está bem efetivo na UN, dela poder realizar cuidados, pegar o bebê, conseguir se apoderar do bebê”.

Prosseguindo com a enfermeira Margarida:

[...] toda a vez que nasce um prematuro nós explicamos as rotinas de visitas para os pais. Percebo que a equipe da noite da UTIN ainda não se acostumou com as visitas dos pais na madrugada; já na UCIN a equipe está mais acostumada, pois os pais vêm na madrugada ou ficam até mais tarde. Têm mães que ficam até altas horas para dar de mamar, ou que até dormem na unidade.

Segundo Bowlby (2001), existem cuidados que uma mãe dá sem pensar. Ofertam aos bebês carícias e brincadeiras, da intimidade da amamentação através da qual a criança conhece o conforto do corpo materno, dos rituais do banho e do vestir, com os quais, através do orgulho e carinho materno para com seus pequenos membros, o bebê apreende seu próprio valor. Uma mãe proporciona as substâncias alimentícias necessárias em seu próprio leite, exatamente na combinação correta, sem ter de recorrer a fórmulas e análises químicas.

Dando continuidade ao relato, a enfermeira Margarida ressalta:

Não sabemos ainda como lidar com todas as possibilidades de abertura que o Método Canguru nos proporciona. Existem fases que a equipe está muito engajada no método, mas quando a UN passa por problemas de superlotação, ou falta de funcionários, o trabalho se perde um pouco, fica mais a preocupação com a qualidade do atendimento biológico com o bebê e dos cuidados essenciais. E, nessa fase, algumas vezes, as mães são deixadas de lado devido à correria do trabalho; é muito mais fácil o profissional fazer os cuidados do que perder um tempo com a orientação para as mães.

Esse relato é corroborado pelas falas de Begônia e Rosa sobre o Método Canguru. Compreende-se que elas entendem que o bebê fica bem no canguru, melhora a sua temperatura, a parte respiratória, o vínculo da mãe com o bebê, pois ela vem mais na unidade neonatal e fica mais com o filho. Isso faz com que aumente a produção láctea da mãe e o bebê vai embora mais cedo de alta. Por outro lado, a grande queixa dos auxiliares e técnicos de enfermagem, que neste momento estão representados por Begônia e Rosa, é que existe o protocolo do método, mas a superlotação aliada à falta de funcionários resulta em não colocar o bebê em canguru.

Quando faltam recursos humanos para o cuidado, ocorre uma não incorporação do método pela equipe e, conseqüentemente, pela família do bebê. Por outro lado, a equipe de saúde necessita compreender que a mãe bem treinada e com participação ativa nos cuidados com o seu bebê contribui para reduzir a sobrecarga de trabalho da equipe.

Segundo Bowlby (2001), o amor materno de que uma criança necessita é tão facilmente encontrado no seio da família, e extremamente difícil fora dela. Os serviços habitualmente prestados pelos pais a seus filhos são de tal maneira considerados naturais que sua grandiosidade é esquecida. Não há nenhum outro tipo de relacionamento no qual um ser humano se coloque de maneira tão irrestrita e contínua à disposição de outro.

O médico colombiano Heitor Martinez, um dos fundadores do Método Canguru, revelou, em entrevista à Folha Online, em 2009, aniversário dos 30 anos do método, que o que tem sido feito foi essencialmente a consolidação de algo que a humanidade sempre experienciou e viveu. Ele ressaltou que, nesses 30 anos, as mudanças foram mínimas, uma vez que os princípios fundamentais do método – amor, calor e leite materno – não podem ser alterados, caso contrário, os esforços da técnica falhariam. Ainda nesta entrevista, quando questionado sobre os equívocos referentes à aplicação do Método Canguru desde a sua criação, em suas observações ao redor do mundo, Martinez respondeu:

O principal erro que encontrei é algo comum a muitos profissionais. É que, após mais de um milhão de anos criando seus filhos, as mães tenham agora quem queira lhes dar um

manual de criação, dizer o que devem fazer. Quando a mãe é, por natureza, a melhor médica, enfermeira, educadora, estimuladora e psicóloga (MARTINEZ, 2009 apud SPEHAR, 2013, p. 92)

Diante da fala de Martinez, observa-se o desafio de atuação no Método Canguru, em que a equipe de saúde, por um lado, tem a contribuição importante de apoio e orientação para as mães de bebês prematuros; por outro lado, é importante não atuar de modo que a técnica ofusque o exercício pleno da maternidade, impedindo a mãe de ser, de fato, a protagonista na relação com seu filho (SPEHAR, 2013).

Frente a essas considerações, é necessário que as equipes de saúde estejam atentas às características individuais maternas na realização da posição canguru, de forma a não generalizar e idealizar a participação materna no método. Cabe à equipe fornecer as condições instrumentais necessárias, orientar, apoiar, esclarecer e identificar as mães com dificuldades. No entanto, é necessário respeitar cada mulher quanto à prática canguru, de acordo com sua realidade, desejo e disponibilidade. O objetivo do Método Canguru é favorecer a relação mãe-bebê, e a equipe, ao respeitar as individualidades e subjetividades maternas, contribui para o alcance mais efetivo dessa meta (SPEHAR, 2013).

Nesse estudo ficou claro que a equipe de saúde tem um bom conhecimento do método e os benefícios advindos dele, e se empenha para que ele se efetive na UN. Mas, a responsabilidade da implantação do Método Canguru para uma melhor humanização na UN não pode ser um desafio exigido somente ao profissional de saúde. A administração hospitalar e as chefias devem propor metas que visam estabelecer melhores condições de trabalho para a equipe de saúde, procurando diminuir o estresse provocado pela própria rotina do trabalho com bebês prematuros. O que mais sobressai na equipe de saúde sobre as dificuldades em manter o Método Canguru funcionando efetivamente está relacionada às questões que permeiam a estrutura administrativa do serviço que é a superlotação aliada a falta de funcionários sobrecarregando os que ficam responsáveis pelo atendimento do bebê e sua família.

Toda mudança exige uma modificação nas relações de trabalho, nas responsabilidades, nas atitudes cotidianas, nos hábitos e comportamentos das pessoas que são os membros da organização. Sendo assim, a implementação de uma mudança deve ser cuidadosamente idealizada, garantindo que a inovação seja compatível com as necessidades dos trabalhadores e da organização, de modo que proporcione uma vantagem percebida e ofereça benefícios demonstráveis (PARISI; COELHO; MELLEIRO, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da pesquisa, foi abordado que o Método Canguru se fundamenta no processo de desenvolvimento contínuo do bebê e introduz algumas possibilidades de atendimento da assistência neonatal em um contexto mais amplo, que é a inclusão da família nesse processo.

O enfoque desta pesquisa foi analisar a implantação da primeira etapa do Método Canguru na UN do HU/UEL. A primeira etapa inicia-se nas unidades de UTIN e/ou UCIN e a norma determina que ocorra livre acesso da família, sua participação nos cuidados e contato pele a pele progressivo até a posição canguru; e para que isso aconteça é necessário o acolhimento da equipe de saúde, bem como, os cuidados com o ambiente.

Sabe-se, porém, que este modelo de assistência neonatal é recente e está em fase de implantação nos hospitais do Brasil e em processo de implantação na UN do HU/UEL. A implantação do Método Canguru apresenta algumas dificuldades, pois implica, uma mudança de atitude do profissional de saúde que presta assistência ao bebê e sua família, e principalmente, o apoio governamental e institucional para sua sustentabilidade.

Durante as observações realizadas na UN, pude constatar que o método sem dúvida fortaleceu o processo de humanização dentro da UTIN e UCIN do HU/UEL. Os profissionais ficaram mais sensibilizados quanto ao atendimento do bebê prematuro e sua família.

Frente a isso, posso concluir meu trabalho relatando três momentos igualmente importantes para o desenvolvimento do Método Canguru em UTIN e UCIN: o bebê, a família e a equipe.

No que tange o bebê, posso citar que os benefícios do método chegam primeiramente através da equipe de saúde, que proporciona um cuidado individualizado, aliado à tecnologia e à sensibilidade. Os profissionais de saúde são impulsionados a modificar certas atitudes no sentido de reduzir os estímulos comportamentais e ambientais, o que, podemos afirmar, faz bem ao psiquismo do prematuro.

Existe uma grande preocupação dos profissionais da UN pesquisada com os elementos ligados às intervenções no ambiente e na forma do cuidado

aos bebês, incluindo o incentivo ao contato pele a pele e o aleitamento materno.

Mesmo na UTIN, onde os bebês se encontram em estado de saúde que exigem maiores cuidados, foi observado que a maioria dos profissionais usam a técnica de aproximação dos pais, incentivando-os a tocarem seus bebês e conversarem com eles. Assim que os bebês estejam em condições clínicas adequadas, mesmo estando em assistência respiratória, eles são colocados no colo da mãe e/ou pai, ou seja, na posição canguru. No entanto, essa prática não acontece quando existe um aumento do número de pacientes, denotando superpopulação, o que leva a um aumento de trabalho, ou quando há falta de funcionários, prejudicando o andamento do Método Canguru.

Outro fator observado decorrente da superlotação de bebês é que, nesses momentos, os ruídos aumentam na UTIN, pois circulam mais profissionais e as luzes ficam acesas por mais tempo.

Na UCIN onde os bebês se encontram em condições melhores de saúde, as mães têm maior liberdade para participar dos cuidados com o bebê. Nesse ambiente, as mães são incentivadas pelos profissionais de saúde a trocar fralda, dar banho e ficar o máximo possível com o bebê na posição canguru, para estimular o aleitamento materno. Essas atitudes são preconizadas pelo Método Canguru como benéficas para o bebê. É relevante citar que os índices de aleitamento materno aumentaram depois da prática do método, possibilitando que os bebês tenham alta hospitalar com amamentação exclusiva no peito.

Outro benefício do Método Canguru observado, tanto na UTIN como na UCIN, é o uso constante dos ninhos pela enfermagem e fisioterapia. Esses ninhos permitem uma postura adequada e dão conforto de contenção física aos bebês que se encontram nas incubadoras, que para esses pequenos se tornam imensas. São como um colo de mãe na ausência dela. O método preconiza a utilização de rolos que servirão como apoio, bandagens para posicionar a cabeça e fraldas ou cueiros para que os bebês permaneçam posicionados confortavelmente, diminuindo a sensação que poderão cair a qualquer momento.

Os benefícios do Método Canguru são visíveis para o bebê, principalmente quando observo a equipe de saúde preocupada em minimizar ruídos e luminosidade na UN e utilizar estratégias para diminuir a dor do prematuro. O bebê se beneficia com o ambiente calmo e tranquilo, com temperatura agradável e toque suave, principalmente se vier da sua mãe. Ganha com as rotinas bem definidas dos profissionais, quando respeitam o seu sono ao não acordá-lo para exames e quando conversam com o bebê na hora de procedimentos e medicamentos.

O Método Canguru proporciona não somente salvar a vida do bebê mediante todos os esforços possíveis que a tecnologia permite, mas também proporciona uma atenção especial para as consequências psíquicas que ele sofreria por ser submetido a tantos procedimentos invasivos que causam dor, e pelo afastamento do contato com os pais em um momento tão importante que é o nascimento.

Hoje há uma grande preocupação com as possibilidades de minimizar este impacto e fortalecer ao máximo os laços afetivos que começam a se formar entre os pais e o bebê.

Frente a isso é relevante mencionar o quanto o Método Canguru foi um avanço no que diz respeito à livre entrada dos pais na UN. Na visão dos pais, o método representa a posição canguru, ou seja, poder pegar o bebê no colo e senti-lo como sendo seu. As mães relatam que poder ficar direto com o seu bebê, mesmo em estado grave, deixam-nas mais seguras e confiantes.

A pesquisa deixa claro o quanto as mães e as famílias se beneficiam do Método Canguru, mas não posso deixar de considerar as mães que, no primeiro momento do nascimento prematuro, não conseguem estabelecer um ambiente facilitador. Dependendo do psiquismo da mãe, ela não terá a capacidade de se adaptar à dependência absoluta do seu bebê e isso pode levar à caracterização pela equipe como um abandono da mãe, pois ela deixa de comparecer à UN.

Corroborando com Lungano (2009), desejos e sentimentos destrutivos em relação ao bebê são raramente verbalizados, mas estão presentes nas entrelinhas do discurso das puérperas. São frequentes as fantasias de que a falta de amor e desejo pelo bebê provocaram o nascimento prematuro.

Sentindo-se culpada e impotente, a mãe pode se ver incapaz de investir afetivamente no seu bebê.

Nesse ponto, é relevante evidenciar que algumas mães necessitam de um maior acolhimento por parte do psicólogo. A escuta tem grande valor, possibilitando a expressão e conscientização de medos e expectativas, proporcionando espaço para que ela possa perceber e expressar os seus sentimentos.

Portanto, essa mãe necessita ser ouvida e ser considerada em seus aspectos subjetivos maternos. Dessa forma, o psicólogo pode programar intervenções de acordo com as demandas de cada mãe e com sua história pessoal. O fato de a mãe poder falar contribui para uma melhor adaptação ao contexto de adoecimento e hospitalização, dividindo e elaborando seus sentimentos, fantasias e ideias que apresenta sobre seu bebê prematuro, e ir aos poucos lapidando a relação com seu bebê até que ela assuma sua capacidade materna.

O que eu gostaria de apontar a partir da prática clínica é que algumas mães têm mais dificuldades de se fazer presentes nos primeiros dias e até nas primeiras semanas de vida do bebê prematuro, devido ao sentimento de perda em função da separação que se impõe logo após o nascimento. É de extrema importância que a equipe de saúde entenda que essa mãe ainda não está pronta para aderir ao Método Canguru; por questões psíquicas ela não consegue abraçar o método e não pode oferecer, nesse momento, para o filho prematuro um ambiente suficientemente bom que favoreça o seu crescimento emocional. Isso é observado através das faltas das mães na UN, ou quando elas ficam na neonatal de corpo presente: ao invés de ficar ao lado do bebê, ficam na sala das mães ou andando pelo hospital até dar a hora de ir embora.

As mães entrevistadas relataram que o acolhimento, não só do psicólogo, mas de toda a equipe, é de extrema importância, principalmente quando conseguiam entender o que estava acontecendo ao seu bebê, podendo retornar para casa seguras e tranquilas. Outro aspecto que deixa os pais seguros é poder telefonar a qualquer hora do dia para ter informações à respeito da saúde do bebê.

Neste estudo foi observado que a mãe que possui uma rede de apoio familiar que cuida das questões externas para ela poder permanecer na UN se beneficia muito do método, pois ela vai conseguindo, de modo gradativo, uma autonomia nos cuidados com o seu bebê. Por outro lado, as mães relataram algumas dificuldades para a implantação do Método Canguru (falta de conforto na sala das mães, poucas poltronas para amamentar, mau atendimento e dificuldade na comunicação com alguns membros da equipe de saúde). É importante, nesse ponto, um maior apoio governamental e institucional, comprometido com a alocação de maiores recursos físicos e humanos que permitam melhorar a infraestrutura dos serviços, o que refletirá no método de forma mais efetiva.

A terceira vertente importante na pesquisa é essencial ao bom andamento do Método Canguru é a equipe de saúde.

Constatou-se durante a pesquisa que a implantação da primeira etapa do método apresentou uma boa evolução em relação à equipe de saúde, mas existem arestas a serem aparadas.

Um dos fatores observados e relatados nas entrevistas que dificulta a implantação do Método Canguru encontra-se na baixa adesão de alguns profissionais. Quero deixar registrado que, dentro do *staff*, são poucos os que não aderiram ao método, mas esse profissional se encontra misturado à equipe de saúde, realizando os atendimentos ao bebê e à família. Talvez exista uma dificuldade de aceitação do novo, uma fantasia de que acolher o bebê e a família de forma mais humanizada possa trazer mais serviço para a equipe, principalmente frente à falta de funcionários e muitos pacientes.

Entre os profissionais que aderiram à primeira etapa do método constatou-se que os desgastes sofridos por eles durante seu trabalho na UTIN e UCIN não obscurecem o prazer que eles têm em realizar suas atividades com o bebê e com a família, principalmente quando essas se apresentam em forma de reconhecimento do trabalho bem sucedido.

Apesar de os profissionais promoverem ações que favoreçam a implantação da primeira etapa do Método Canguru, principalmente no que tange à interação do vínculo mãe-bebê, amamentação e acolhimento da família, observa-se que ainda existem dificuldades que prejudicam esse

processo, como, por exemplo, a falta de funcionários, sobrecarga de trabalho da equipe treinada para repassar o treinamento do Método Canguru, complexidades em manter uma relação multidisciplinar na equipe, a falta de recursos econômicos para reformas, a superlotação, espaço físico inadequado e a falta de um ambiente mais estruturado, com poltronas confortáveis para a permanência das mães na UN. Isso incomoda os profissionais entrevistados e corrobora a fala das mães. Fica visível novamente a falta de investimentos e subsídios governamentais para que o método possa ser implantado efetivamente.

A superlotação – ou o excesso de crianças graves num mesmo momento – associada à falta de funcionários é um fator que dificulta o trabalho na UN. Os profissionais relatam: “[...] a gente sabe o que tem que fazer e achamos importante essa ação, mas em momentos de superlotação e falta de funcionários, o Método Canguru é deixado de lado; na superlotação o espaço fica diminuído, fica difícil aspirar, trocar fralda, então, nesse momento, a família é deixada para depois”.

Frente à superlotação observa-se que os cuidados técnicos relativos ao atendimento fica mais focado no bebê, dificultando o acolhimento a mãe/pai.

Nesse ponto atribuo importância à utilização de atividades educativas, que, segundo os profissionais da saúde entrevistados, ajudaria bastante para minimizar a angústia e ansiedade das mães. Fica claro para esses profissionais que o desenvolvimento de atividades artesanais ajudaria as mães a usarem sua criatividade para construir objetos para seus bebês, trazendo uma satisfação pessoal em produzir algo de bom para eles. A utilização de oficinas e grupos focais também é estratégia importante que pode favorecer a expressão dos sentimentos durante a permanência na UN.

Outro fator observado é que os profissionais de enfermagem, principalmente o técnico de enfermagem, são os que, entre as profissões da área da saúde, se encontram mais próximos aos pacientes e familiares. A presença deles na equipe, em tese, garante a humanização da assistência; por outro lado, faz esses profissionais adoecerem mais que qualquer outro. Frente à falta de recursos humanos e à superlotação na UN, observou-se que esses profissionais são os que mais sofrem.

Ficou visível que existe, no ambiente da UN, entre os cuidadores mais próximos ao bebê, queixas e reclamações que não têm lugar e nem endereçamento para discussão, que vão se misturando com as questões emocionais e virando um emaranhado de problemas. Esses profissionais, que são tão importantes na recuperação do prematuro e da sua família, são postos de lado. Os aspectos que adoecem e dificultam o trabalho às vezes são claros outras vezes são subjetivos, são vividos e transformados, no corpo, em sintomas.

Em vários momentos durante a pesquisa observou-se um pedido de socorro vindo da equipe de saúde, um pedido de cuidado, uma carência de um espaço para poderem falar sobre o que o trabalho tem causado neles. O mais comum na UN pesquisada são comportamentos representativos de estresse que vêm em forma de sintomas físicos e/ou emocionais.

Corroborando com o Ministério da Saúde acredito que algumas formas de estabelecer melhores condições de trabalho para a equipe referem-se a um espaço para discussão de situações vivenciadas no dia a dia, tanto do manejo com a criança e sua família quanto entre seus integrantes. Se a equipe tem que se tornar um envelope que protege e facilita a vida do bebê e da família, a instituição deve ser capaz de fazer o mesmo com os profissionais de saúde que ali se encontram. Uma das propostas do método é cuidar do cuidador (BRASIL, 2011).

Partindo do pressuposto de que pesquisar é apontar caminhos, deixo registrada a importância de uma intervenção psicológica com os profissionais da equipe de saúde que lidam de perto com os bebês prematuros e suas famílias; uma intervenção a nível organizacional.

Essa intervenção deve ser realizada por um psicólogo que se encontra fora do *setting* da UN, para que se possa criar um espaço onde a escuta e a fala sejam possíveis. Assim, concordo com as considerações de Wirth (2006) de que é parte da função do psicólogo nesse contexto possibilitar à equipe a compreensão dos fenômenos vigentes, ao resgatar a subjetividade de todos os envolvidos e fornecer sustentação e acolhimento ao sofrimento oriundo dessa prática.

O estudo abrangeu a UTIN e a UCIN, mas foi observado, no percurso da pesquisa, que falta aos profissionais de saúde da Maternidade do HU/UEL a capacitação efetiva do Método Canguru. A maternidade é um espaço muito importante para que o método prospere, pois a família é atendida primeiramente nessa unidade. A falta de capacitação da equipe dificulta um atendimento humanizado que considere as peculiaridades físicas e psicológicas de cada caso. O Método Canguru preconiza que a gestante e a família têm que receber orientações específicas sobre os cuidados a serem tomados com ela e com o bebê, e o direito de permanecer internada por cinco dias após o parto prematuro, o que atualmente não ocorre. Em relação a essas exigências do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), não foi observada uma efetividade e rotina desses cuidados com as gestantes e puérperas. É relevante mencionar que, a falta de treinamento do Método Canguru para a equipe de saúde da maternidade, é uma das dificuldades encontradas para a implantação da primeira etapa do mesmo.

Na UN do HU/UEL, após o entusiasmo inicial e muita mobilização dos profissionais de saúde, observa-se que o processo de implantação do Método Canguru exige um plano de trabalho em longo prazo, que envolva cursos regulares para a capacitação de equipes multiprofissionais, monitoramento das práticas de apoio contínuo às equipes, sensibilização dos dirigentes do hospital e apoio governamental. É importante destacar que há, ainda, enormes desafios a serem enfrentados para que o Método Canguru se torne um instrumento forte nas ações de saúde para o bebê prematuro e sua família.

REFERÊNCIAS

- ABRAM, J. A. **Linguagem de Winnicott**: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- AGUIAR, K. F. **Ligações perigosas e alianças insurgentes**: subjetividade e movimentos urbanos. 2003. 160 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.
- ALMEIDA, M. L. B. V. Grupo criar-te: a criatividade em UTI neonatal. In: ARAGÃO, R. O. (Org.). **O bebê, o corpo e a linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- ALVES, A. M. A. et al. Cuidados para o recém-nascido enfermo. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. 4. ed. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2003. cap. 10, p. 381-412.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. O planejamento de pesquisas qualitativas. In: _____. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998, p.147-178.
- BARROS, R. D. B. **Grupos**: a afirmação de um simulacro. 1994. 447 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.
- BLEGER, J. A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In: _____. **Temas de psicologia**: entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1980, p. 9-41.
- BOWLBY, J. Apego. In: KLAUS, M. et al. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p
- BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- BRAGA, N. A.; MORSH, D. S. Os primeiros dias na UTI. In: MOREIRA, M. E. L.; N. A. BRAGA, N. A.; MORSH, D. S (Org.). **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006. p. 51-68.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área da Saúde da criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: Método Mãe Canguru: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: Método Canguru/91. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-**

nascido de baixo peso: método canguru Manual Técnico. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CABRAL, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem.** 1999. 164 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery Rio de Janeiro, 1999.

CARVALHO, M. R.; PROCHNIK, M. **Método mãe-canguru de atenção ao prematuro.** Rio de Janeiro: BNDES, 2001.

CHARPAK, N.; CALUME, Z. F.; HAMEL, A. **O Método mãe canguru: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras.** Rio de Janeiro: McGraw Hill, 1999.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia.** São Paulo: Editora Ática, 1994.

CLIFFORD, J. A. **A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

COLAMEO, A. J.; REA, M. F. O método mãe canguru em hospitais públicos do estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 597-607, 2006.

CONDES, R. P. **Pensando o impensável: intervenções do psicólogo da base psicanalítica em unidade de terapia neonatal.** 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2012.

CUNHA, I. A mãe, o recém-nascido de muito baixo peso e a interação: uma nova perspectiva para os cuidadores da unidade de tratamento intensivo neonatal. In: ARAGÃO, R. O. (Org.). **O bebê, o corpo e a linguagem.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DESLANDES, S. F. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. In: **Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de Donald W. Winnicott.** Rio de Janeiro: Imago, 2003.

FURLAN, C. E. F. B.; SCOCHI, C. G. S.; FURTADO, M. C. C. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 444-452, 2003.

GOMES, M. M. F. O nascimento de uma criança de alto risco: significado e vivência dos familiares. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 9, p. 48-56, 1996. Número Especial.

GONTIJO, L. G.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 935-944, 2012.

GRENET, M. F. Os meios de comunicação do prematuro. In: BUSNEL, M. C. **A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los**. São Paulo: Escuta, 1997.

HENNIG, M. A. S.; GOMES, M. A. S. M.; GIANINI, N. O. M. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a “atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru”. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 427-435, 2006.

HENNING, M. A. S.; GOMES, M. A. S. M.; MORSCH, D. S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 835-852, 2010.

IUNGANO, E. M. **A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal**. 2009. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3974>. Acesso em: 10 fev. 2015.

KAMADA, I.; ROCHA, S. M. M. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 404-411, 2006.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 659-668, 2005.

LAMY, Z. C. Metodologia canguru: facilitando o encontro com o bebê e sua família na UTI Neonatal. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 141-156.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LEITE, M. A.; VILLA V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 145-150, 2005.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MOREIRA, J. O. A ruptura do continuar a ser: o trauma do nascimento prematuro. **Revista Mental**, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 91-106, 2007.

MOREIRA, J. O. et al. A incidência do método canguru na relação mãe-bebê. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 19-32, 2009a. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v6_n2/a_incidencia_do_metodo_canguru_na_relacao_mae_bebe.pdf>. Acesso em: 10 maio 2015.

MOREIRA, J. O. et al. Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: pesquisa qualitativa na rede pública de Betim. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 475-483, 2009b.

MOREIRA, M. E. L. et al. Conhecendo uma UTI Neonatal. In: MOREIRA, M. E. L., BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org.). **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 29-42.

MOREIRA, M. E. L.; BONFIM, O. L. Manuseio da dor no recém-nascido. In: MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A.; CARVALHO, M. (Org.). **O recém-nascido de alto risco**: teoria e prática do cuidado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 489-508.

MOREIRA, M. E. L.; BONFIM, O. L. Um nascimento diferente. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org.) **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 23-27.

MOREIRA, M. E. L.; RODRIGUES, M. A. O bebê na UTI: intercorrências e exames mais frequentes. In: MOREIRA, M. E. L., BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org.). **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 43-50.

NOGUEIRA -MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais**: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

OLIVEIRA, R. C. **O trabalho do antropólogo**. 2. ed. Brasília: Paralelo 15, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Alimentação infantil**: bases fisiológicas. São Paulo: IBFAN Brasil, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Método madre canguru**: Guia practica. Genebra: OMS, 2004.

PARISI, T. C. H.; COELHO, E. R. B.; MELLEIRO, M. M. Implantação do Método Mãe-Canguru na percepção de enfermeiras de um Hospital Universitário.

Revista Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 575-580, 2008.

ROCHA, M. L. **Do tédio à cronogênese**: uma abordagem ética-estética-político da prática escolar. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1996.

ROCHA, M. L. Formação e prática docente: Implicações com a pesquisa-intervenção. Em: MACIEL, I. M. (Org.). **Psicologia e Educação**: novos caminhos para a formação. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2001, p.175-191.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.

ROSA, C. D. (Org.). O pai em Winnicott. In: _____. **E o pai?** Uma abordagem winnicottiana. São Paulo: DWW, 2014.

SÁ, F. B. R. **A relação mãe-bebê prematuro intermediada pelo método canguru vista à luz da teoria de Winnicott**. 2011. 231 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-41, 2006.

SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.391-398, 2008. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?S141381232008000200014script=sci_abstractetlng=pt. Acesso em: 06 fev. 2015.

SCOCHI, C. G. S. et al. Lazer para as mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência na perspectiva dessas mulheres. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 727-735, 2004.

SEGRE, C. A. M. **Perinatologia**: fundamentos e prática. São Paulo: Sarvier, 2002.

SILVA, L. J. D.; SILVA, L. R. D.; CHRISTOFFEL, M. M. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 684-689, 2009.

SILVA, R. N. M. Cuidados voltados para o desenvolvimento do pré-termo na UTI neonatal. In: CARVALHO, M.; LOPES, J. M. A. **Avanços em Perinatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 35-50.

SIQUEIRA, L. S.; SIGAUD, C. H. S; REZENDE, M. A. Fatores que apoiam a permanência de mães acompanhantes em unidade de pediatria hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 270-275, 2000.

SPEHAR, M. C. **Mães de bebês prematuros no método canguru**: aspectos psicossociais, enfrentamento e autoeficácia. 2013. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SZEJER, M. **Palavras para nascer**: a escuta psicanalítica na maternidade. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TONNETTI, F.; MEUCCI, A. **Amor, existência e morte**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. (Coleção Miniensaios de Filosofia).

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

VÉRAS, R. M.; TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso: programa canguru. **Estudos Feministas**, v. 18, n. 1, p. 61-80, 2010.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

WINNICOTT, D.W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WIRTH, Â. F. Cuidando dos cuidadores em um serviço de neonatologia: quem cuida de quem cuida? **Bioética e Ética Médica**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 97-108, 2006.

ZORNIG, S. M.; MORSCH, D. S.; BRAGA, N. A. Parto prematuro: antecipação e descontinuidade temporal? In: ARAGÃO, R. O. (Org.). **O bebê, o corpo e a linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 165-175.

APÊNDICE

Apêndice – A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“O desafio da implantação do Método Canguru em uma UTI Neonatal: avaliando os benefícios e dificuldades”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “**O desafio da implantação do Método Canguru em uma UTI Neonatal: avaliando os benefícios e dificuldades** (título provisório), a ser realizada na UTI Neonatal do Hospital Universitário Norte do Paraná. O objetivo da pesquisa se destina a analisar os benefícios e dificuldades encontradas na implantação da primeira etapa do Método Canguru na visão das mães e de profissionais. É através das pesquisas que ocorrem avanços significativos com a participação da psicologia na área da saúde, e sua participação é de fundamental importância.

O participante será abordado pela pesquisadora e ao aceitar participar deste estudo permitirá que a mesma utilize fragmentos das entrevistas realizadas, bem como, utilizar os dados da pesquisa para a divulgação em meios acadêmicos-científicos. A entrevista será gravada e o participante terá que responder sobre suas percepções acerca dos benefícios e dificuldades do Método Canguru.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o(a) senhor(a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar sua identidade. Os dados obtidos serão mantidos em lugar seguro, codificados e a identificação só será realizada pelo pesquisador, garantindo a confidencialidade, o sigilo e a privacidade conforme a resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Os benefícios esperados é que os resultados da pesquisa contemplem uma melhora para o serviço da UTI Neonatal. Se durante a entrevista o participante sentir algum desconforto, ou passar mal, será encaminhado e acompanhado ao Pronto Socorro desse hospital.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 33715455, e-mail: cep268@uel.br, ou procurar pela pesquisadora Ana Paula Marson, no Hospital Universitário, situado na AV: Robert Koch nº 60, telefone (43) 33712351, celular (43) 91057776, e-mail: paulamarson@hotmail.com.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor (a).

Londrina, ___ de _____ de 201__.

Pesquisador Responsável

RG: _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

GLOSSÁRIO

ANEMIA: é uma situação comum no prematuro, significa número baixo de glóbulos vermelhos e de hemoglobina. Ocorre, geralmente, por perdas sanguíneas perto do parto ou pela necessidade de frequentes coletas de sangue para a realização de exames laboratoriais, os quais têm lugar principalmente na fase de maior gravidade do bebê. A anemia também pode ocorrer mais tarde, quando então estará relacionada ao rápido crescimento do bebê prematuro.

APNEIA: é uma pausa ou interrupção da respiração por mais de 15 ou 20 segundos. O bebê diminui seus batimentos cardíacos e suspende a respiração, podendo apresentar também cianose ao redor dos lábios e das extremidades. São comuns nos prematuros, mas podem significar que alguma coisa errada está acontecendo, por isso é sempre investigada. Se todos os exames forem normais, serão tratadas como apneias da prematuridade.

ASFIXIA: se dá pela porcentagem menor de oxigênio que o normal no corpo todo ou em qualquer órgão dele. Um fluxo sanguíneo insuficiente para um órgão pode causar asfixia, pois diminui o recebimento de oxigênio por parte deste. Isso pode ocorrer com o bebê em qualquer momento, ainda durante a vida intrauterina ou durante o parto, caso este seja demorado ou a extração difícil. Após o parto, essa intercorrência pode acontecer por questões clínicas ou no cuidado com o bebê. Se o período de asfixia for curto, o bebê se recupera sem apresentar alterações em seu desenvolvimento. Em contrapartida, se o tempo for mais longo, pode haver lesão reversível, não permanente, que poderá ou não exigir a intervenção de profissionais da reabilitação. De qualquer forma, oferecerá ao bebê boas possibilidades de desenvolvimento adequado. Se o período for muito longo, pode haver lesão permanente em um ou mais órgãos do corpo, gerando preocupação quanto ao funcionamento do órgão ou quanto ao futuro desenvolvimento do bebê.

ASPIRAÇÃO: é a inserção de algum líquido ou sólido nos pulmões. As aspirações comuns em recém-nascidos incluem:

- aspiração de mecônio, que é o líquido amniótico (o líquido da bolsa de água) misturado com as fezes, próximo ao nascimento;
- líquido amniótico (não contendo fezes);
- sangue, frequentemente misturado ao líquido amniótico, novamente próximo ao momento do nascimento;
- leite ou conteúdo do estômago durante a alimentação do bebê.

BOMBA DE INFUSÃO IV (INFUSÃO INTRAVENOSA): usada para aplicar líquidos, medicações e nutrientes para o bebê. Conduz os líquidos para dentro das veias e é capaz de injetar volumes muito pequenos com velocidade controlada, de acordo com a recomendação existente quanto à medicação a ser utilizada nos cuidados com o recém-nascido. Locais comuns para essas aplicações são as veias das mãos, dos pés, dos braços e das pernas. Algumas vezes, o couro cabeludo pode ser usado para infusão. Apesar da impressão de

maior vulnerabilidade causada nos pais, é importante saber que, para o recém-nascido, a utilização de uma veia na cabeça, a qual geralmente é raspada, é um procedimento menos doloroso e mais duradouro do que, por exemplo, a utilização de uma veia no antebraço, sempre mais exposto a gestos inesperados, capazes de provocar a 'perda' da veia e a consequente necessidade de pinçar outra, repetindo uma medida invasiva e dolorosa.

CATETER ARTERIAL OU VENOSO UMBILICAL: tubo fino colocado dentro da artéria ou veia umbilical do bebê. Além de administrar líquidos, medicações e nutrientes, as coletas de sangue necessárias para exames laboratoriais podem ser realizadas de modo indolor.

CPAP: forma de fornecimento de oxigênio sob pressão em uma concentração conhecida. O oxigênio ou ar é liberado geralmente por meio de pequenos tubos que entram nas narinas dos bebês. É utilizado especialmente para ajudar a manter os alvéolos dos pulmões abertos.

DEFICIÊNCIA DE SURFACTANTE: A falta desta substância pode causar doenças respiratórias. Essa substância pode ser administrada diretamente nos pulmões dos recém-nascidos que apresentam doenças graves. Nos casos mais preocupantes, os prematuros podem necessitar de outros tipos de ajuda para respirar, fazendo uso de aparelhos chamados de CPAP ou *Hood* (capacete).

DISPLASIA BRONCOPULMONAR: é um problema que pode ocorrer com certa frequência nos recém-nascidos mais prematuros. Está relacionada à própria prematuridade, ao uso de altas concentrações de oxigênio por tempo prolongado e a pressões e volumes usados nos respiradores. Quando o bebê chega a 36 semanas de idade corrigida, isto é, 36 semanas, contando as que ele viveu dentro do útero, e ainda precisa de oxigênio suplementar, dizemos que ele apresenta quadro de displasia broncopulmonar.

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: a mais comum é a chamada Doença da Membrana Hialina. Ela ocorre por falta de uma substância chamada surfactante que, atualmente, pode ser administrada diretamente nos pulmões dos recém-nascidos que apresentam doenças graves. Nos casos mais preocupantes, os prematuros podem necessitar da ajuda de ventiladores artificiais para sobreviver. Nos casos menos graves, podem necessitar de outros tipos de ajuda para respirar, fazendo uso, então, de aparelhos chamados CPAP ou *Hood* (capacete por onde se administra oxigênio). À medida que o tempo passa, os recém-nascidos amadurecem e a necessidade de administrar oxigênio diminui até cessar por completo.

HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR: ocorre também nos prematuros mais graves e pode se apresentar em diversos graus. Refere-se a um sangramento no cérebro, mais especificamente nos ventrículos cerebrais. Em graus avançados, pode levar a hidrocefalias e difícil evolução neurológica do bebê. O diagnóstico é realizado por meio da ultrassonografia cerebral e, em alguns casos, o neurologista ou neurocirurgião será chamado para avaliar e sugerir intervenções.

INCUBADORA OU BERÇO DE CALOR RADIANTE: geralmente, o bebê necessita de algum aquecimento. O mais usado é a incubadora. A temperatura dentro dela é escolhida de acordo com a idade gestacional, com o peso e a idade em dias de vida. O berço de calor radiante é usado quando o bebê é admitido na UTI neonatal e quando necessita de algum tipo de manuseio que não pode ser feito na incubadora.

MONITOR CARDIORRESPIRATÓRIO: também chamado de monitor cardíaco. Funciona com adesivos e fios conectados, que são colocados no tórax, abdome, braços ou pernas do recém-nascido. Os fios vão até os aparelhos que mostram para a equipe como está a frequência cardíaca, a frequência respiratória e, algumas vezes, a pressão arterial do bebê.

MONITOR DE PRESSÃO SANGUÍNEA: a pressão sanguínea pode ser mensurada periodicamente por um pequeno “manguito” colocado ao redor do braço ou perna do bebê, ou pode ser medida continuamente, se ele tiver um cateter dentro de uma de suas artérias.

OXÍMETRO DE PULSO: mede continuamente o oxigênio do sangue do bebê. No aparelho, há uma luz conectada na palma da mão, pé, dedo ou punho por uma peça elástica/adesiva. Um fio conecta-se à máquina, que mostrará a quantidade de oxigênio transportado no sangue do bebê.

PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL: o canal arterial é um vaso sanguíneo que comunica a artéria pulmonar com a aorta. Essa comunicação é essencial na vida dentro do útero, mas, após o nascimento, espera-se que feche espontaneamente. Nos prematuros, em alguns casos, esse canal não fecha, ocorrendo uma sobrecarga de líquido para o pulmão, o que determina a necessidade de seu fechamento com medicamentos ou cirurgia.

PNEUMOTÓRAX, PNEUMOMEDIASTINO E ENFISEMA INTERSTICIAL PULMONAR: normalmente, o ar respirado vai pela traqueia a uma série de ramos chamados brônquios. O ar, então, segue para os sacos aéreos (alvéolos), nos quais o oxigênio é liberado para o sangue e o gás carbônico para a atmosfera. Se os alvéolos ficam muito cheios de ar, este pode escapar e ir para espaços onde não deveria estar. Essa condição é, algumas vezes, chamada de ‘escape de ar’, e inclui as seguintes regiões:

- pneumotórax – localiza-se entre a parede torácica e o pulmão. É a região onde o ar fica retido dentro do tórax, causando colapso pulmonar;
- pneumomediastino – região sob a parte média do tórax, logo abaixo do osso esterno, onde o ar fica preso;
- enfisema pulmonar intersticial – região entre os alvéolos, ao redor dos pequenos vasos sanguíneos e brônquios onde o ar fica retido.

PRESSÃO SANGUÍNEA BAIXA: bebês podem ter pressão baixa por muitas razões. Isso é comum, principalmente, logo após o nascimento. Essas razões incluem:

- perda de sangue antes ou durante o parto;
- perda de líquido depois do parto;

- infecção;
- medicações dadas para a mãe antes do parto.

RESPIRADOR OU VENTILADOR: máquina que auxilia o bebê a respirar. Alguns respiradores ajudam na própria respiração do bebê (ventilação sincronizada) ou respiram pelo bebê quando este não consegue fazê-lo sozinho. Outros, chamados de ventiladores de alta frequência, mantêm os pulmões abertos com pressão constante e fornecem centenas de ciclos de ar ou oxigênio a cada minuto. Esses respiradores de alta frequência possuem um barulho mais alto e provocam um movimento contínuo no bebê.

SENSOR DE TEMPERATURA: coloca-se na pele do bebê e é coberto com uma fita adesiva. O sensor mede a temperatura do seu corpo. Essa informação é utilizada para ajudar a controlar a quantidade de calor da incubadora e do berço de calor radiante.

TUBO ENDOTRAQUEAL: tubo que vai da boca ou nariz até a traqueia. É fixado ao rosto do bebê com fitas adesivas e acoplado ao respirador. Com isso, a máquina libera ar diretamente nos pulmões, permitindo a oxigenação necessária no momento.