



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Carvalho Lamy, Zeni; Mendes Gomes, Maria Auxiliadora de S.; Oliveira Mota Gianini, Nicole; de Abreu e S. Hennig, Márcia

Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso ? Método Canguru: a proposta brasileira

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 10, núm. 3, julho-setembro, 2005, pp. 659-668

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010322>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira

Humanization in low weight newborn intensive care – Kangaroo Mother Care: the Brazilian propose

Zeni Carvalho Lamy ¹
 Maria Auxiliadora de S. Mendes Gomes ²
 Nicole Oliveira Mota Gianini ²
 Márcia de Abreu e S. Hennig ³

Abstract This work describes the start of Kangaroo Care utilization in Colombia, his spread in other countries and how it is applied in Brazil, contextualizing the Brazilian experience in the Humanized Care of Low Weight Newborn – Kangaroo Care (AHRNPB-MC). Our primary source to systemize the experience was the analysis of documents, including official papers produced by the Brazilian health department. The study provided a reflection on the AHRNPB-MC and his use as tool for improvement the Brazilian neonatal care.

Key words Humanized care, Neonatal assistance, Public health, Kangaroo Care

Resumo Este estudo contextualiza a experiência brasileira na Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso–Método Canguru, resgatando aspectos ligados à origem do Método Canguru na Colômbia e sua utilização em diferentes países. Para sistematizar a experiência partiu-se da leitura de fontes diversas que incluíram artigos, dissertações, teses e textos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde. A análise do processo de implantação da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru pelo Ministério da Saúde nos permitiu mapear uma experiência distinta da encontrada em países que adotaram ou discutem o Método Canguru como estratégia de substituição de tecnologia. Por outro lado, a experiência brasileira também é mais ampla do que aquela encontrada nos países desenvolvidos e se configura como estratégia de qualificação do cuidado neonatal.

Palavras-chave Humanização, Assistência neonatal, Política pública de saúde, Método Canguru

¹ Hospital Universitário, UFMA.

Rua 11 Quadra-E Casa-13,
 Jardim Coelho Neto, Calhau,
 65071-430, São Luís MA.
 lamy@elo.com.br

² IFF/Fiocruz e Secretaria
 Municipal de Saúde
 do Rio de Janeiro.

³ Hospital Central da Polícia
 Militar do Rio de Janeiro.

Introdução

O Método Canguru é um tipo de assistência neonatal voltada para o atendimento do recém-nascido prematuro que implica colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe (OMS, 2004). A sua criação, em Bogotá, na Colômbia, surgiu da busca de uma solução imediata para a superlotação das unidades neonatais nas quais muitas vezes se encontravam dois ou mais recém-nascidos em uma mesma incubadora (Charpak, 1999).

A partir dessa experiência, no entanto, estudos subseqüentes apontaram que a presença contínua da mãe junto do bebê, além de garantir calor e leite materno, trazia inúmeras outras vantagens dentre as quais a promoção do vínculo mãe-bebê, condição indispensável para a qualidade de vida e sobrevivência do recém-nascido após a alta da Unidade Neonatal.

Ao longo das três últimas décadas o Método Canguru vem despertando grande interesse dentre os profissionais envolvidos na assistência neonatal em todo o mundo, sendo cada vez mais utilizado, sem que exista, entretanto, uma diretriz única. São diversas as formas utilizadas em sua aplicação no que diz respeito à abrangência, ao tempo de início e ao tempo de permanência na posição canguru.

Essa disseminação tem tomado dois caminhos. O método continua sendo recomendado como alternativa para países muito pobres que não dispõem de uma boa organização neonatal (Charpak, 2001; OMS, 2004). Mas vem sendo muito utilizado, também, por países desenvolvidos, que contam com todos os recursos necessários para a assistência neonatal (Browne, 2005).

No Brasil, hoje, mesmo aqueles profissionais que não utilizam o método em seus serviços e até os que fazem restrições a ele têm buscado compreender melhor a proposta nacional de utilização que foge da perspectiva de substituição de incubadora, utilizando o Método Canguru como mais uma tecnologia disponível para o cuidado do bebê internado em terapia intensiva neonatal.

Desta forma o Método Canguru abrange 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.

Foi sob essa perspectiva de minimizar os efeitos negativos da internação neonatal sobre

os bebês e suas famílias que a Área da Criança do Ministério da Saúde adotou o Método Canguru como uma Política Nacional de Saúde, inserido no contexto da humanização da assistência neonatal. A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru foi lançada em dezembro de 1999.

Para compreendermos a trajetória do Método Canguru como Política Nacional de Saúde, no Brasil, é necessário destacar que a humanização no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é uma questão de importância crescente na qualidade da atenção ao recém-nascido. Portanto, humanização e qualidade da assistência não podem ser vistas como fenômenos dissociados.

Essa ampliação do olhar sobre o método foi de fundamental importância para a sua disseminação no Brasil. Entretanto, outros dois fenômenos também estão inseridos nesse contexto. Primeiro, o crescente reconhecimento, por parte das equipes de neonatologia, da importância dos cuidados maternos para a recuperação dos bebês e, em segundo lugar, o momento atual no qual a humanização da assistência tem sido apresentada como política nacional do Ministério da Saúde.

Todos os anos nascem no mundo 20 milhões de recém-nascidos de baixo peso, muitos em consequência de um parto prematuro. Isso contribui de maneira substancial para a elevada taxa de mortalidade neonatal ainda existente em várias regiões, principalmente nos países pobres (OMS, 2004). No Brasil, desde o início da década de 1990, a Mortalidade Neonatal passou a ser o principal componente da Mortalidade Infantil, em função, principalmente, da redução proporcional de óbitos pós-neonatais e da manutenção do componente neonatal precoce (Lansky *et al.*, 2002).

Essa maior visibilidade dos óbitos neonatais em nosso meio, decorrente até mesmo da melhoria dos sistemas de informação, condicionou a inclusão da assistência obstétrica e neonatal, em seus diferentes níveis de complexidade, na agenda de prioridades das políticas de saúde nos três âmbitos de gestão do nosso sistema de saúde (Gomes, 2004).

Embora a redução da morbimortalidade neonatal esteja atrelada a uma série de intervenções que buscam a melhoria das condições do pré-natal e da atenção ao parto e nascimento, uma intervenção que se mostrou relevante nos últimos anos foi a implantação de leitos neonatais capazes de atender recém-natos de

baixo peso, prematuros e/ou gravemente enfermos (Gomes, 2002).

A necessidade de ampliação de leitos para atendimento de recém-nascidos de risco torna indispensável uma maior compreensão do ambiente de internação neonatal. Nesse contexto, temos observado a crescente produção de estudos sobre as especificidades desse período e do impacto do ambiente da terapia intensiva sobre o desenvolvimento infantil nas múltiplas dimensões da vida futura do bebê e sua família (Lamy, 2000; Santoro & Santoro, 2002).

Os trabalhos pioneiros de Klaus & Kennell (2000), destacando a importância dos cuidados maternos para o melhor desenvolvimento do bebê, chamam a atenção para os efeitos que a separação precoce e prolongada entre mãe e bebê podem trazer como fator de risco para atraso no desenvolvimento e sequelas neurológicas.

Neste artigo discutimos a experiência brasileira com o Método Canguru no contexto da humanização da assistência neonatal, visando apresentar as diferenças de concepção em relação a outros países.

Estratégia metodológica

Para alcançar o objetivo de discutir a proposta brasileira, partiu-se de uma análise documental com fontes que incluem textos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde, publicações de autores que discutem o Método Canguru e a humanização, bem como resultados de dissertações e teses acadêmicas nessas áreas.

Foram pesquisadas as bases de dados Medline, Lilacs e SciELO, na busca de artigos que descrevessem ou analisassem estratégias de humanização da assistência neonatal e modelos de utilização do Método Canguru em diferentes contextos, tendo sido encontrados 96 artigos. O conhecimento sobre o panorama do Método Canguru em outros países foi também obtido através dos relatos de experiências por ocasião dos encontros mundiais voltados para a discussão dessa temática (*International Workshop on Kangaroo Mother Care*).

Histórico do Método Canguru

O Método Mãe-Canguru (MMC) foi criado em 1978 pelo dr. Edgar Rey Sanabria, no Instituto Materno-Infantil (IMI) de Bogotá, na Colômbia. O método consistia em colocar o bebê

entre os seios maternos, em contato pele a pele, na posição supina (postura preventiva para refluxo gastroesofágico e aspiração pulmonar). Desta forma, mantendo-se aquecidos com o calor do corpo de sua mãe, os bebês poderiam sair mais cedo da incubadora e, consequentemente, ir mais cedo para casa, minimizando um grave problema da época: superlotação e infecção.

Além dessas vantagens, observou-se, desde o início, que o contato pele a pele precoce e duradouro entre a mãe e o seu filho também favorecia a formação de vínculos afetivos e um melhor desenvolvimento do bebê, o que despertou interesse do Unicef por pesquisas e observações desta nova prática. O trabalho inicial teve continuidade com o dr. Hector Martinez Gómez e, posteriormente, com o dr. Luis Navarrete Pérez, médicos pediatras da mesma instituição colombiana (Charpak *et al.*, 1999).

Em 1993 as pediatras dra. Nathalie Charpak e dra. Zita Figueiroa implantaram o Programa Mãe-Canguru na Clínica del Niño do Instituto de la Seguridad Social (ISS) da Colômbia, com a colaboração de um grupo multiprofissional. Reunido na Fundação Canguru, que conta com o apoio de uma ONG suíça (World Laboratory) e da Unión Europea (EED), o grupo difundiu a técnica, realizando também muitas pesquisas para estudo do Método.

Na Colômbia, o programa é predominantemente ambulatorial, com especial ênfase em um rigoroso acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê (Botero, 2000). O Método Canguru é praticado no domicílio materno, inicialmente com acompanhamento diário no ambulatório de seguimento – Casita Canguru.

Na Colômbia não existe uma Unidade Canguru hospitalar onde mães e bebês possam permanecer juntos diuturnamente. A fase hospitalar do método tem como objetivo principal preparar a diáde para a prática domiciliar. Nesse período, denominado de apego, é dada ênfase especial ao aleitamento materno, ao reconhecimento de sinais de alerta do bebê e à alta precoce.

Panorama em outros países

A partir da experiência da Colômbia e de sua divulgação, promovida pelo Unicef, vários países do mundo passaram a utilizar o Método, internacionalmente conhecido como Kangaroo Mother Care (KMC). No Brasil adotamos a ter-

minologia Método Canguru, considerando que é uma experiência na qual o pai tem participação ativa e fundamental.

A forma de aplicá-lo e os objetivos buscados são, ainda hoje, muito divergentes e dependem do grau de desenvolvimento do país, da organização da assistência neonatal, de seus valores culturais e de suas crenças e até mesmo da localização geográfica.

O panorama do KMC nos outros países é apresentado a partir dos trabalhos publicados e da troca de experiências nos encontros mundiais (*International Workshop on Kangaroo Mother Care*) que acontecem a cada dois anos desde 1996. O primeiro foi em Trieste, na Itália, e os seguintes na Colômbia, Indonésia, África do Sul e no Brasil, no Rio de Janeiro, o mais recente desses encontros, em novembro de 2004. Durante o evento, especialistas e pesquisadores de diversas partes do mundo participam de discussões temáticas em grupos e apresentação de trabalhos.

Os trabalhos publicados, em sua grande maioria, fazem referência à posição canguru e às suas repercussões para a mãe e para o bebê a partir de experiências individuais de serviços de saúde. Poucas experiências e ou pesquisas publicadas discutem o Método Canguru como uma forma de atenção que ultrapassa a posição canguru.

Na experiência de Israel os bebês ficam em pele a pele com suas mães durante uma hora por dia, no mínimo. Os estudos publicados apontaram o cuidado canguru como uma intervenção que facilita o desenvolvimento sensorial do recém-nascido promovendo o vínculo com a mãe (Feldman *et al.*, 2002).

Na Índia, em estudos relacionando ganho de peso, aleitamento materno, tempo de internação e cuidado canguru, o tempo de permanência em posição canguru é de cerca de quatro horas, e os resultados demonstram que o aleitamento e o ganho ponderal são melhores nos bebês que permanecem em posição canguru (Ramanathan *et al.*, 2001).

Uma experiência publicada na África destaca, além dos benefícios na amamentação, vantagens também quanto à estabilidade fisiológica, diminuição da infecção e aumento do vínculo nas crianças que estão sob o cuidado canguru (Kirsten *et al.*, 2001).

Países como a Itália, Alemanha, França, Reino Unido, Espanha, Dinamarca, Noruega e Suécia, sem dificuldades para alocação de recursos na atenção à saúde perinatal, o que os diferen-

cia em muito da experiência dos países menos favorecidos, apresentaram experiências visando, sobretudo, aumentar o vínculo mãe-filho, desenvolver maior segurança da família no manuseio do seu bebê prematuro e estimular o aleitamento materno (Wallin *et al.*, 2004; Talandini *et al.*, 2004).

Na Alemanha, onde o KMC foi introduzido em 1982, com rápida disseminação até 1996, dos 175 serviços de Neonatologia investigados, 91% já o utilizam (Silva, 2003). Na Inglaterra e na Alemanha, estudos voltados para as repercussões da posição canguru em aspectos fisiológicos como temperatura e oxigenação concluem que a estratégia é segura e deve ser implementada nas unidades neonatais (Bauer *et al.*, 1997; Acolet *et al.*, 1989). Outra possível forma de utilização do Método Canguru é o transporte neonatal. Sontheimer *et al.* (2004) dizem que o transporte entre hospitais pode ser seguro quando feito com o recém-nascido em posição canguru – não havendo efeitos fisiológicos deletérios e apontando vantagens em relação ao transporte em incubadora.

Diferentemente da experiência da Colômbia, na Europa o cuidado canguru está centrado nas unidades neonatais e não são encontradas descrições de práticas domiciliares. Estudos realizados na Itália e na Espanha reforçam o valor para o desenvolvimento do bebê, para o aleitamento e para a formação de vínculo. Os relatos são de tempo curto em contato pele a pele, variando em média de 30 a 90 minutos por dia (Monasterolo *et al.*, 1998).

Na Escandinávia, onde o índice de desenvolvimento humano é alto, o cuidado canguru também é utilizado nas unidades neonatais, com duração de uma hora por dia. As publicações analisam parâmetros fisiológicos – temperatura e alterações metabólicas (Christensson *et al.*, 1992).

Vários estudos realizados nos Estados Unidos em unidades neonatais compararam o Método Canguru com o cuidado tradicional (incubadoras) em relação a parâmetros fisiológicos e concluem que o método é seguro para os bebês e permite maior contato com os pais. Têm sido também estudadas temáticas como benefício da posição canguru em bebês entubados, efeitos no sono, amamentação e desenvolvimento (Legault *et al.*, 1995; Ludington-Hoe *et al.*, 2000).

Os trabalhos apresentados no 5º Workshop Mundial do Método Canguru discutiram as estratégias de difusão e avaliação do método nos

diferentes países, as dificuldades geográficas, as barreiras culturais e, fundamentalmente, a falta de recursos financeiros dedicados aos cuidados com a saúde nos países em desenvolvimento.

Nga *et al.* (2004) em um estudo realizado no Vietnã descreveram a estratégia de treinamento das equipes de saúde e da difusão da atenção médica, utilizando-se do Cuidado Canguru em todo o país, como uma ação para diminuir a morbimortalidade neonatal.

Método Canguru no Brasil

O Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo, foi o primeiro a utilizar o cuidado canguru, no Brasil, em 1992; no ano seguinte a metodologia foi adotada pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), na cidade de Recife, em Pernambuco (Prochnik & Carvalho, 2001).

A partir dessas experiências, vários outros hospitais brasileiros começaram a utilizar a posição canguru, porém nem sempre com metodologia e critérios adequados (Oliveira, 2004). Em março de 1999, por iniciativa do BNDES, foi organizada uma Conferência Nacional sobre o Método Canguru, no Rio de Janeiro, na qual foram apresentadas as mais diversas experiências sobre a utilização do método nos diferentes estados brasileiros.

Com a intenção de padronizar esse tipo de cuidado, melhorando a eficiência e a eficácia do Método Canguru, a Área Técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde constituiu uma equipe multiprofissional, formada por consultores com experiência profissional e acadêmica nos diferentes aspectos que compõem o complexo universo da Terapia Intensiva Neonatal, desde o atendimento em sala de parto até o seguimento dos egressos (MS, 2002).

O trabalho inicial de discussão conceitual sobre o Método Canguru – origem, definição, vantagens e dificuldades – levou ao entendimento da sua importância para a assistência neonatal e ao amadurecimento de uma proposta nacional de utilização, que não deveria ser considerada uma técnica a mais, porém numa iniciativa contextualizada em uma proposta mais ampla de humanização. Foi então elaborada a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, lançada em dezembro de 1999 e publicada através da Portaria Ministerial nº. 693 de 5/7/2000. O Método Canguru foi assim incluí-

do na Política Governamental de Saúde Pública, no Brasil, como um procedimento de assistência médica, com inclusão na tabela de procedimentos do SUS.

Estratégias de disseminação

O Programa de Disseminação, desenvolvido e coordenado pelo Ministério da Saúde em parceria com o BNDES e com a Fundação ORSA, incluiu a sensibilização de gestores estaduais e municipais através de cinco seminários em diferentes regiões do País.

Como etapa central no processo de disseminação desta política pública, encontramos um amplo programa de capacitação dos profissionais das diferentes especialidades que lidam com o recém-nascido, sua mãe e sua família. O programa de treinamento teórico-prático foi dirigido aos profissionais de nível superior, inseridos na assistência à diáde mãe-bebê: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e assistentes sociais.

Para a realização dos cursos de capacitação foi elaborado e publicado um manual técnico. Este manual apresenta e discute a norma, além de trazer uma ampla fundamentação teórica acerca das especificidades e necessidades especiais do recém-nascido de baixo peso (RNBP), de sua família e de toda a equipe responsável pelo atendimento.

Foram também selecionados Centros Nacionais de Referência para a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido dentre unidades hospitalares com características organizacionais e estruturais compatíveis com a proposta de treinamento estabelecida, elegendo, como prioridade de implantação da metodologia, as maternidades pertencentes ao Sistema de Referência de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde.

Os primeiros centros de capacitação foram o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), em Recife; o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, em São Luís; a Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza; a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis. Visando atender à crescente demanda, no segundo ano do treinamento foram

definidos dois novos centros de referências: o Hospital Regional de Taguatinga, no Distrito Federal, e o Hospital Geral de Itapecerica da Serra, em São Paulo.

O processo de capacitação ofereceu aos profissionais a possibilidade de reflexão acerca de sua prática diária e de construção de uma prática assistencial pautada no cuidado. Segundo Boff (1999), cuidado *representa uma atitude de ocupação, de envolvimento e de responsabilização com o outro*. A partir desta ótica, a humanização proposta abrange atenção individualizada ao bebê e sua família, adequação do ambiente, cuidados com o cuidador. Técnicas de manuseio, vigilância quanto aos sinais de risco, estimulação sensorial positiva através do contato pele a pele e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento dessas crianças são abordadas nesse curso. A metodologia é calcada em aulas expositivas, leituras de textos, dinâmica de grupo, dramatizações, debates e exercícios práticos.

No período de agosto de 2000 a dezembro de 2002, foram realizados 59 cursos com um total de 1.850 profissionais, de 269 maternidades, capacitados no método (MS, 2003).

A aplicação da norma

A Norma brasileira deixa bem estabelecida a diferença entre Método Canguru e Posição Canguru. Segundo o Ministério da Saúde (2002), *Método Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido e o envolvimento da família*. A Posição Canguru consiste em manter o RN de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito de um adulto.

O Método Canguru é mais abrangente e ultrapassa a Posição Canguru. Muitas vezes o bebê ainda não tem estabilidade clínica para poder ser colocado em posição canguru, mas as ações que envolvem o método já foram iniciadas através do acolhimento à família, da construção de rede social e da atenção individualizada ao bebê.

O Programa, no Brasil, não tem como objetivo a substituição de incubadora ou de qualquer outra tecnologia ou recursos humanos e sim a promoção de uma mudança institucional

na busca de atenção à saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família (MS, 2002).

Venâncio & Almeida (2004), em seu trabalho de revisão, citam que a associação de medidas protetoras como adequação postural, atenuação de ruído e luminosidade, o contato pele a pele e a participação dos pais no cuidado trazem novas perspectivas para o desenvolvimento neurocomportamental de bebês egredidos de UTI Neonatal.

A mudança na forma do cuidado neonatal proposta pelo Método Canguru está baseada em quatro fundamentos básicos: acolhimento do bebê e sua família; respeito às individualidades; promoção do contato pele a pele o mais precoce possível; envolvimento da mãe nos cuidados do bebê (Lamy, 2003).

Com sua aplicação dividida em três etapas, a primeira destas está focada nos aspectos psico-afetivos que cercam o nascimento de um recém-nascido prematuro ou gravemente enfermo, envolvendo o atendimento de uma equipe multiprofissional através de intervenção interdisciplinar. Neste momento, aos cuidados técnicos relativos ao atendimento do RN inclui-se o cuidado à mãe e à família, no sentido não só de orientar quanto às condições de saúde da criança, mas também de estimular o livre acesso dos pais à UTI favorecendo o contato tático com o RN, assim como a co-participação da mãe nos cuidados com o bebê, promovendo um processo contínuo na formação da ligação afetiva entre bebês e seus pais.

O conhecimento sobre estes aspectos vem despertando interesse de vários pesquisadores, como Klaus et al. (2000), que, na revisão de 17 estudos sobre o assunto, demonstraram que as primeiras horas e dias após o parto são um período facilitador da vinculação mãe-bebê.

Winnicott (1990) considera que o *holding* (relação direta entre os pais e o bebê, no sentido de reter, conter, sustentar, segurar) é indispensável para o desenvolvimento inicial do potencial do bebê, abrangendo tudo aquilo que uma mãe faz por seu bebê. No caso dos RN prematuros, na UTI, poderíamos dizer: tudo aquilo que é *possível para esta mãe fazer por seu bebê*.

Esta etapa exige da equipe neonatal instrumentos que permitam reflexão sobre suas práticas junto do RN e a sua família, não só quanto aos aspectos psicossociais, mas também aos cuidados com o ambiente físico da UTI, questão contemporânea na discussão sobre a boa prática neonatal.

Tem sido muito estudado o impacto do ambiente de terapia intensiva, repleto de estímulos estressantes e de procedimentos invasivos, que, embora essenciais para a sobrevivência do RN, têm impacto negativo no seu desenvolvimento (Hoath, 2001; Bhutta & Anand, 2002). Importantes estratégias visando minimizar os efeitos do excesso de som, luminosidade e estímulos táteis vêm sendo utilizadas.

No Brasil, a proposta de humanização no cuidado neonatal recebeu influência da Pediatria do Desenvolvimento e do *Newborn Development Care and Assessment Program* (NIDCAP), que propõem uma abordagem de cuidados individualizados, por meio da atuação interdisciplinar, favorecendo o desenvolvimento do RN e agindo como facilitador do vínculo mãe-bebê (MS, 2002). Os estudos de Als *et al.* (2004) mostram que os prematuros que receberam cuidados individualizados, isto é, modificação e adaptação dos cuidados fornecidos em resposta ao reconhecimento individual de suas necessidades, apresentaram melhor desempenho no desenvolvimento cortical, observado através de uma maior auto-regulação e comportamento calmo ao longo de intervenções.

O Método Canguru, conforme apresentado em suas diretrizes operacionais, tem perspectiva interdisciplinar revelando (...) *um momento de amadurecimento da assistência neonatal em que se comprehende que o tratamento do RN envolve muito mais do que apenas a utilização de procedimentos e técnicas* (MS, 2002).

A segunda etapa acontece após a estabilidade clínica do bebê e se caracteriza pelo acompanhamento contínuo da mãe na enfermaria canguru. O enfoque desta etapa é para a efetiva participação da mãe nos cuidados do bebê e no seu desenvolvimento psicoafetivo, base das interações entre a criança e seus pais.

A formação do vínculo não é um acontecimento imediato, ocorre por meio de interações sucessivas. Quanto mais oportunidades de interação entre mãe e bebê mais forte será o vínculo e, consequentemente, melhor a resposta materna às necessidades do filho e menor a probabilidade de negligência, maus-tratos e abandono.

Os trabalhos de Charpak (2001) e os de Anderson *et al.* (2004) também mostraram que o contato pele a pele precoce entre a mãe e o RN favorece o senso de controle (domínio) e autoconhecimento, resultando numa maior confiança e melhor vínculo mãe-bebê, fator preditivo para uma amamentação duradoura e cuidados adequados.

A terceira etapa objetiva a continuidade da assistência através do acompanhamento ambulatorial, individualizado, buscando observar o desenvolvimento global do bebê, através de um programa de acompanhamento (*follow up*).

A importância da identificação precoce de fatores de risco para alterações no desenvolvimento é largamente descrita na literatura, através de protocolos, *screenings* e testes avaliativos específicos para o acompanhamento de bebês de risco.

Vários estudos confirmam a importância de programas interdisciplinares preventivos de *follow up* de prematuros, especialmente no primeiro ano de vida, com o intuito de promover o desenvolvimento da criança e minimizar as possíveis seqüelas de saúde do período neonatal (Brofenbrenner, 1996; Charpak, 2001; Nobre *et al.*, 2004; Oliveira, 2002).

O Método Canguru como estratégia de humanização em saúde

É importante registrar que, ao final da década de 1990, quando ficou mais evidente o processo de implantação da política pública direcionada ao atendimento de recém-nascidos de baixo peso, já encontrávamos, na pauta dos movimentos feministas, as propostas de humanização em relação ao parto e aos direitos reprodutivos das mulheres (Gomes, 2004). Este conjunto de propostas estava, entretanto, mais voltado para as questões referentes ao parto e nascimento.

A proposta da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, por sua vez, amplia seu foco para a internação do bebê e para as situações de risco que dificultam o desenvolvimento e a relação mãe-bebê.

Na leitura dos documentos do Ministério da Saúde é possível perceber um cuidado para que esta diretriz não seja uma proposta de substituição de tecnologia e sim uma nova abordagem, muito mais ampla, (...) *que requer dos profissionais conhecimentos acerca das particularidades físicas e biológicas e das necessidades especiais de cuidados técnicos e psicológicos da gestante, da mãe, do recém-nascido de baixo peso e de toda a família. Abrange também a equipe de profissionais responsável por esse atendimento, buscando motivá-la para mudanças importantes em suas ações como cuidadores* (MS, 2002).

A Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru é, portanto, uma estratégia de qualificação do cuidado pau-

tada na atitude dos profissionais de saúde diante do bebê e de sua família a partir de um conceito de assistência que não se limita ao conhecimento técnico específico. Sob essa perspectiva, ao proporcionar mais contato entre o bebê e sua mãe, seu pai, irmãos e avós, busca construir uma rede social de apoio para a mãe e contribuir para a diminuição dos efeitos negativos da internação neonatal.

Para Deslandes (2004) o termo “humanização” vem sendo utilizado com freqüência no âmbito da saúde, para qualificar as formas de assistência que valorizem a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associadas ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, impliando ainda a valorização do profissional.

Não é, portanto, uma mudança fácil. Concordamos com Deslandes (2004) que não se muda uma cultura de assistência unicamente com capacitações dirigidas aos profissionais, que se faz necessário investimento sério na formação dos profissionais de saúde, para que seja possível fortalecer idéias outrora consideradas utópicas ou fora do “papel” da assistência. A Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru caminha em direção à superação da clássica fragmentação entre ações de humanização e ações assistenciais.

Com freqüência a humanização em saúde nos é apresentada como um desafio que parece ser de responsabilidade exclusiva da ação do profissional dirigida aos usuários dos serviços de saúde. Contudo não podemos e não devemos esquecer que a humanização também deve ser estendida ao profissional através de ações que envolvam seu processo de trabalho.

Considerações finais

O Método Canguru se encontra hoje em plena expansão no mundo. A cada dois anos, durante o encontro mundial, é maior o número de países que trazem suas experiências. As diferenças socioculturais, econômicas e geográficas têm levado a diferentes objetivos e aplicações. dessa forma, o método é descrito tanto como o único cuidado possível, a exemplo de algumas comunidades africanas que não têm acesso aos serviços de saúde, quanto como uma importante ferramenta para a humanização quando toda a tecnologia é disponível.

A análise do processo de implantação da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de

Baixo Peso – Método Canguru pelo Ministério da Saúde nos permite mapear uma experiência consideravelmente mais ampla do que a dos países que adotaram ou discutem o Método Canguru em países de extrema dificuldade de acesso à assistência neonatal. Nessas regiões, o Método Canguru é apontado como estratégia de substituição de tecnologia (pela ausência ou insuficiência quantitativa de leitos levando a uma imperiosa necessidade de redução do tempo de internação neonatal) e de incentivo ao Aleitamento Materno. Por outro lado, a experiência brasileira também é mais ampla do que aquela encontrada nos países desenvolvidos, nos quais também encontramos os elementos ligados às intervenções no ambiente e na forma do cuidado neonatal, incluindo aqui o incentivo ao contato pele a pele o mais prolongado possível como uma das práticas envolvidas.

Vale ressaltar que o tempo de realização da posição canguru diverge muito nas diferentes experiências. Na Europa, Estados Unidos e Canadá existe uma tendência de determinação do período ideal, em geral poucas horas em um turno do dia. Na Colômbia, onde o cuidado é predominantemente domiciliar, as mães são orientadas a permanecer com o bebê 24 horas em posição canguru. No Brasil a recomendação é incentivar e encorajar os pais a praticarem o método pelo maior tempo possível, sem que seja determinado número de horas ou um turno específico para essa prática.

Entretanto, os desafios ainda são muitos. Entendemos que a plena incorporação do Método Canguru pelas maternidades brasileiras requer estratégias comprometidas com educação permanente de toda equipe envolvida, da mesma forma como ocorre em outros aspectos do cuidado neonatal. Além disso, reiteramos a importância de estudos que avaliem a implantação da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso e seu impacto nos resultados neonatais em nosso país.

Por fim, ressaltamos que esses desafios não podem ser descontextualizados da situação atual do atendimento perinatal no setor público brasileiro, especialmente dos aspectos ligados à assistência obstétrica e neonatal de risco. Dificuldades de acesso, fragmentação entre a assistência pré-natal e a atenção ao parto, práticas assistenciais inadequadas e superlotação nas maternidades estão bem documentadas em diferentes regiões brasileiras e é esse o cenário no qual as estratégias de humanização estão colocadas.

Nesse sentido, encontramos apoio na Política Nacional de Humanização do MS proposta a partir de 2003 (MS, 2004). Assumir que, muito mais que um mero “programa”, a humanização deve ser eixo articulador de todas as práticas em saúde é tarefa imprescindível para ges-

tores e trabalhadores nas diferentes esferas do sistema de saúde. As reflexões e experiências dos profissionais que estão aplicando o Método Canguru a partir de uma perspectiva ampliada de humanização podem e devem ser aproveitadas para essa tarefa.

Colaboradores

O trabalho de elaboração do artigo foi desenvolvido de forma conjunta pelos autores.

Referências bibliográficas

- Acolet D, Sleath K & Whitelaw A 1989. Oxygenation, heart rate and temperature in very low birth weight infants during skin-to-skin contact with their mothers. *Acta Paediatr Scand* 78:189-193.
- Als H *et al.* 2004. Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics* 113(4): 846-857.
- Anderson GC *et al.* 2004. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Library*, issue 2, 2004. Disponível em <<http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=reviews>>. Acessado em 4.10.04.
- Bauer K, Uhrig C, Sperling P, Pasel K, Wieland C & Versmold HT 1997. Body temperatures and oxygen consumption during skin-to-skin (kangaroo) care in stable preterm infants weighing less than 1500 grams. *J Pediatrics* 130:240-244.
- Bhutta AT & Anand KJS 2002. Vulnerability of the developing brain neuronal mechanisms. *Clinics in Perinatology* 29:357-372.
- Boff L 1999. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Ed. Vozes. Petrópolis.
- Botero HC 2000. Observar um “bebé canguro”: el útero para gestar la relación madre-bebé, pp.15-28. In NR de Polanco (org.) – *Observación de Bebés*. Editora Plaza e Valdés, México.

- Brofenbrenner U 1996. *A ecologia do desenvolvimento humano e experimentos naturais e planejados*. Artes Médicas, Porto Alegre.
- Browne JV 2005. Early relationship environments: physiology of skin contact for parents and their preterm infants. *Clinics in Perinatology* 31(2):287-298.
- Charpak N, Calume ZF & Hamel A 1999. *O método mãe-canguru – pais e familiares de bebês prematuros podem substituir as incubadoras*. Chile: McGraw Hill, edição brasileira.
- Charpak N 2001. *Kangaroo mother care in developing countries*. 5th World Congress of Perinatal Medicine: 1023-1027.
- Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequei A, De La Fuente P, Lagercrantz H et al. 1992. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 81: 488-493.
- Deslandes SF 2004. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva* 9(1):7-14.
- Feldman R, Eidelman A, Sirota L & Weller A 2002. Comparison of skin-to-skin (Kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics* 110:16-26.
- Gomes MASM 2002. *Assistência neonatal na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: uma análise do período 1995-2000*. Tese de doutorado. Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Gomes MASM 2004. Organização da Assistência Perinatal no Brasil, pp. 21-48. In MEL Moreira, JMA Lopes, M Carvalho (orgs.). *O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar*. Coleção Criança, Mulher e Saúde. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Hoath SB 2001. The skin as a neurodevelopmental interface. *NeoReviews* 2(12):292-301.
- Kirsten GF, Bergman NJ & Hann KM 2001. Kangaroo mother care in the nursery. *Pediatric Clinics of North America* 48: 443-452.
- Klaus MH, Klaus PH & Kennell JH 2000. *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Artes Médicas, Porto Alegre.
- Lamy ZC 2000. *Unidade neonatal: um espaço de conflito e negociações*. Tese de doutorado. IFF/Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Lamy ZC 2003. Metodologia Canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na Unidade Neonatal, pp. 141-156. In MEL Moreira, NA Braga, DS Morsch (orgs.). *Quando a vida começa diferente*. Coleção Criança, Mulher e Saúde. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Lansky S, França E & Leal MC 2002. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública* 36(6): 759-772.
- Legault M & Goulet C 1995. Comparison of Kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators. *JOGNN* 24: 501-506.
- Ludington-Hoe SM, Nguyen N, Swinh JY & Satyshur RD 2000. Kangaroo care compared to incubators in maintaining body warmth in preterm infants. *Biol Res Nurs* 2(1): 60-73.
- Ministério da Saúde 2002. *Atenção humanizada ao recém-nascido de Baixo Peso – Método Mãe-Canguru – Manual Técnico*. Brasília.
- Ministério da Saúde 2003. *Relatório de gestão da Secretaria de Políticas de saúde*. Período 2000-2003.
- Ministério da Saúde 2004. *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as Instâncias do SUS*. Editora MS. Brasília.
- Monasterolo RC, Beneitez MJ, Olive MMR, Martinez MJ & Papi AG 1998. "Kangaroo method" in the care of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. *An Esp Pediatr* 49(5): 495-498.
- Nga TN, Chi LK, Hoa TT & Binh NT 2004. Kangaroo mother care diffusion in Vietnam. 5º Workshop Internacional sobre o Método Canguru. Rio de Janeiro, Brasil, 8-12 de novembro, 2004.
- Nobre FDA et al. 2004. Risco neonatal e desenvolvimento infantil avaliado através da escala de desenvolvimento do comportamento da criança: 1º ano de vida (EDCC). *Revista Paulista de Pediatria* 22: 35.
- Oliveira MCB 2002. *Avaliação do crescimento de recém-nascidos de risco egressos de UTIs neonatais – um estudo prospectivo e multicêntrico*. Dissertação de mestrado. IFF/Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Oliveira ND 2004. *Como o Brasil trabalha o método canguru*. Disponível em <www.metodocanguru.org.br/historico>. Acessado em 29/08/04.
- Organização Mundial de Saúde 2004. *Método Madre Canguru: Guia Prática*. Genebra.
- Prochnik M & Carvalho MR 2001. *Método Mãe-Canguru de Atenção ao Prematuro*. BNDES, Rio de Janeiro.
- Ramanathan K, Paul VK, Deorari AK Taneja U & George G 2001. Kangaroo Mother Care in very low birth weight infants. *Indian Journal of Pediatrics* 68(11): 1019-1023.
- Santoro Jr W & Santoro A 2002. Reações psicológicas e processo adaptativo de pais de recém-nascidos pré-termo e de muito baixo peso em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). *Revista Paulista de Pediatria* 20(2):95-101.
- Silva OPV 2003. *Análise descritiva do desenvolvimento de recém-nascidos prematuros que participaram do programa Método Mãe-Canguru*. Dissertação de mestrado. Universidade Mackenzie, São Paulo.
- Sontheimer D, Fischer CB & Buch KE 2004. Kangaroo transport instead of incubator transport. *Pediatrics* 113:920-923.
- Tallandini MA, Scalembra C, Corbatto P, Strain T & Demarini S 2004. The psychological impact of kangaroo mother care on mother-infant bonding in preterm delivery. 5º Workshop Internacional sobre o Método Canguru. Rio de Janeiro, Brasil, 8-12 de novembro, 2004.
- Venâncio SI & Almeida H 2004. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre aleitamento materno. *Jornal de Pediatria* 80(5 Supl): S173-S180.
- Wallin L 2004. Kangaroo mother care in Sweden. Preliminary results of a trial on facilitation support for guideline implementation. 5º Workshop Internacional sobre o Método Canguru. Rio de Janeiro, Brasil, 8-12 de novembro.
- Winnicott DW 1990. *O ambiente e o processo de matulação*. Artes Médicas, Porto Alegre.

Artigo apresentado em 16/03/2005

Aprovado em 25/04/2005

Versão final apresentada em 23/05/2005