

# O COTIDIANO INSTITUCIONAL DO MÉTODO MÃE CANGURU NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE\*

## *INSTITUTIONAL DAILY OF KANGAROO MOTHER CARE IN THE HEALTH WORKER'S POINT OF VIEW*

**Renata Meira Veras**  
*Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil*

**Martha Azucena Traverso-Yépez**  
*Memorial University of Newfoundland, Newfoundland, Canadá*

---

### Resumo

O Método Mãe Canguru apresenta-se como uma política de humanização hospitalar. Este estudo analisou a dinâmica institucional que permeia o funcionamento do Método Mãe Canguru na perspectiva dos profissionais de saúde, a partir da perspectiva da Etnografia Institucional. A pesquisa mostrou que embora alguns profissionais se diferenciem no tratamento com as usuárias, a maioria deles desconsidera o papel ativo da mãe nesse método de intervenção, utilizando o poder institucional como forma de controle social para manter as mães desinformadas sobre a possibilidade de deixar a maternidade. Ressalta-se, assim, que a implantação desse programa requer não só o treinamento da equipe, devendo ser levado em consideração a complexidade social, econômica e emocional dos profissionais e as limitações estruturais do sistema de saúde pública.

**Palavras-chave:** Método Mãe Canguru; etnografia institucional; profissionais da saúde.

### Abstract

The Kangaroo Mother Care is a humanization health care politic. This study analyzed the institutional dynamic that permeate the Kangaroo Mother Care in the health worker's point of view, through an Institutional Ethnography perspective. The research showed that although some professionals are committed with their work, the mainly does not consider the active mother's role in this kind of intervention, using the institutional power as social control method to keep mothers uninformed about the possibility to leave the hospital. It is highlighted that to contribute to the success of this program it is necessary to attempt the complex social economic and emotional situation of health workers and the structural limitations of the public health system as well.

**Keywords:** Kangaroo Mother Care; institutional ethnography; health workers.

---

### Introdução

O Método Mãe Canguru foi criado na Colômbia em 1979 pelos Doutores Edgar Sanabria Rey e Héctor Martínez Gomes, em resposta ao elevado índice de mortalidade entre os recém-nascidos prematuros. Esse método implica a colocação do bebê diretamente no colo da mãe em contato pele a pele. Esse tipo de contato é a chave para essa intervenção, uma vez que as mães colocam seus bebês contra seus seios na tentativa de mantê-los aquecidos. A postura vertical previne o refluxo e aspiração pulmonar como também favorece a formação do vínculo afetivo devido ao contato prolongado (Chapak & Ruiz-Pelaéz, 2006).

Após três décadas de implantação e pesquisa no mundo, o Método Mãe Canguru vem provando suas contribuições a partir dos diversos benefícios para mães e bebês. Trata-se de um método efetivo para o controle térmico, uma das necessidades do prematuro. Também incentiva as condições maternas para amamentação e a proteção do bebê contra infecção, favorecendo, devido à proximidade física, o desenvolvimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê (Chapak, 2001).

O Brasil foi o primeiro país a adotar o Método Mãe Canguru como política pública de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2000, padronizando e sistematizando seu atendimento através da portaria de número 72 (Norma de Orientação para Implantação do Projeto Canguru) e do manual de treinamento (Mi-

nistério da Saúde, 2002). Neste país, esse método tem uma identidade diferenciada, justamente a partir de sua identificação como prática “humanizada”, enfatizando-se os efeitos benéficos do vínculo afetivo comprovados especialmente para a saúde da criança (Charpak, 2001; Charpak, Calume, & Hamel, 1999; Charpak & Ruiz-Pelaéz, 2006; Klaus, Kennel, & Klaus, 2000, Lamy, Gomes, Gianini, & Henning, 2005).

Assim, diferentemente do tipo de atendimento desenvolvido na Colômbia, o Método Mãe Canguru no Brasil possui três fases: a primeira quando o bebê encontra-se internado na UTI neonatal, a segunda quando ele recebe alta da UTI e passa a receber os cuidados maternos no alojamento conjunto e, finalmente, a terceira fase quando a díade recebe alta e o bebê passa a ser acompanhado pela equipe da maternidade até que atinja 2.500g ou mais (Ministério da Saúde, 2002). Tendo em vista grande parte das usuárias do SUS ser proveniente de áreas rurais e de escasso poder econômico, estas continuam a viver nos alojamentos conjuntos das maternidades desde a primeira fase do método até que o bebê atinja peso suficiente para receber alta, situação que pode durar entre semanas e até meses.

Ao ser considerada uma tecnologia de cuidado humanizado, permitindo à família participar de forma ativa no cuidado do bebê, espera-se que a implantação do Método Canguru atente para a complexidade dos aspectos sociais, biológicos e emocionais que permeiam a participação dos atores sociais envolvidos nessa dinâmica.

Diante dessa preocupação, apesar de reconhecer os benefícios dessa política pública, algumas pesquisas no Brasil têm suscitado reflexões acerca de aspectos psicossociais permeando a experiência da maternidade, que dificultam a participação das mães. Entre esses aspectos relacionados às condições sociais de vida, estão a falta de planejamento da gravidez, perdas em gestações prévias e a falta de apoio da família (Moura & Araújo, 2005; Toma, 2003). Igualmente, em um estudo realizado numa maternidade de São Paulo, constatou-se que 60% das usuárias optaram por não participar do Método Mãe Canguru. As principais barreiras relatadas por essas mães em residir na maternidade foram a existência de outros filhos, a falta de ajuda relativa para as tarefas domésticas e a escassez de recursos para o transporte (Toma, Venâncio, & Andretto, 2007).

Por outro lado, questiona-se também o significado do “atendimento humanizado” como proposta oficial para o Método Mãe Canguru. Compreender a abrangência desse tipo de intervenção, analisando criticamente as consequências de sua aplicação, pode conduzir a um posicionamento mais crítico da sociedade diante dessa postura “humanizante” que as políticas públicas têm adotado.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo geral investigar as práticas institucionais-discursivas no alojamento conjunto do Método Mãe Canguru de uma maternidade pública na cidade de Natal/RN, atentando para a forma como se desenvolve o processo de trabalho no contexto da instituição, bem como para os significados que os profissionais constroem em relação à assistência prestada às usuárias do Método Mãe Canguru.

## Percorso metodológico

Analisar a dinâmica institucional de uma determinada organização de saúde exigiu uma postura metodológica que valorizasse a esfera das experiências cotidianas institucionalizadas. A Etnografia Institucional (EI) oferece um caminho para explicar de que forma o cotidiano institucional se articula com as relações sociais do amplo processo social e econômico vigentes. Considera-se que as relações presentes no contexto institucional podem normatizar e modelar a vida cotidiana das pessoas. De acordo com Smith (2005), as relações sociais são baseadas em *textos* que modelam as particularidades pessoais de cada indivíduo de forma normatizadas e generalizadas, coordenando as atividades diárias desses atores sociais que compõem as instituições.

Os *textos* configuram-se na Etnografia Institucional como os usos corriqueiros que organizam as práticas sociais e dão forma à experiência local e à vida institucional, podendo ser documentos, normas, rotinas, protocolos. É a partir dos *textos* que organizamos nossos discursos e práticas, uma vez que eles atuam como chave na conjuntura entre os *settings* locais do cotidiano das pessoas e as relações normatizadas (Smith, 2005). Desse modo, a pesquisa em Etnografia Institucional busca “mapear” esses textos a partir de uma leitura reflexiva, procurando analisar como se estrutura e organiza o fenômeno em estudo perpassado pelas relações normatizadoras (Campbell & Gregor, 2002).

## Procedimentos

O passo inicial dessa presente pesquisa foi a sua aprovação junto ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes. Em seguida, deu-se início à revisão bibliográfica, que continuou durante todo o processo de pesquisa. Durante dois anos de pesquisa de campo (entre junho de 2006 e abril de 2008) frequentamos o alojamento conjunto do Método Mãe Canguru da Maternidade Escola Januário Cicco, em Natal, a fim de mapear o processo de trabalho em saúde desta instituição. Além da observação, o diário de campo, as conversas informais, as entrevistas e os grupos focais também foram utilizados para uma maior imersão no

contexto institucional das práticas cotidianas e uma aproximação coletiva com os sentidos produzidos pelos trabalhadores em saúde.

### Participantes

Doze profissionais do Programa Canguru participaram de três grupos focais, com uma média de quatro pessoas em cada grupo e duração média de 50 minutos cada grupo. Dos doze profissionais que participaram dos grupos focais, apenas oito foram entrevistados individualmente: uma médica, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, um psicólogo e uma estagiária de psicologia. Ressalta-se também que as assistentes sociais e o psicólogo não trabalhavam exclusivamente no alojamento do Método Mãe Canguru, mas atendiam à demanda de toda maternidade. Todos os profissionais entrevistados participaram de livre e espontânea vontade, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### Análise dos dados

A análise dos dados foi conduzida a partir do referencial da análise de discurso (Gill, 2002). É importante ressaltar que na Etnografia Institucional, os enunciados dos entrevistados não são considerados como janelas da experiência interna dos mesmos, mas como reveladores das relações de poder que modelam as experiências locais e perpassam o contexto intersubjetivo em questão, do qual pesquisador e pesquisados fazem parte (DeVault & McCoy, 2002).

### Resultados

As perguntas-chave feitas nas entrevistas foram acerca da dinâmica institucional, do Método Mãe Canguru, do desenvolvimento do seu trabalho, da percepção da situação das mães e, finalmente, acerca das propostas de mudanças dessa política.

Nessa perspectiva, os discursos dos profissionais foram divididas a partir de construções discursivas descritas adiante:

Tabela I? Construções discursivas dos profissionais do Método Mãe Canguru

<p>O posicionamento dos profissionais com relação ao funcionamento do Método Mãe Canguru</p> <p>A ênfase no vínculo materno-infantil</p> <p>O período de internação das mães na maternidade</p>
<p>O cotidiano do processo de trabalho em saúde</p> <p>Compromisso profissional com a assistência humanizada</p> <p>Propostas de mudanças do sistema atual</p>
<p>Perspectivas acerca das usuárias do Método Mãe Canguru</p> <p>O fator socioeconômico e cultural</p> <p>A falta de apoio social e familiar</p>

### *O posicionamento dos profissionais com relação ao Método Mãe Canguru*

Durante as conversas informais e nas entrevistas, verificou-se que as construções discursivas dos profissionais se voltaram para as usuárias. De forma geral, ao se referirem acerca do papel materno no método, verificou-se que as principais preocupações dos profissionais em suas práticas cotidianas foram a necessidade de incutir nas mães a necessidade do vínculo afetivo com o bebê, como também sobre a importância da mãe em permanecer na maternidade cuidando do seu filho. Assim sendo, esses temas formaram as construções discursivas a seguir.

### *A ênfase no vínculo materno-infantil*

Observou-se que os profissionais tenderam a enfatizar em seus discursos a importância do contato precoce

e do conforto emocional por parte das mães como um dos aspectos primordiais desse tipo de intervenção:

*Para mim, o mais importante do programa é o vínculo mãe-filho. E o bebê melhora sensivelmente ao lado da mãe. Isso a gente vê desde a UTI, a mãe presente, sempre carinhosa o bebê evolui rápido, diferente da mãe que nem vai lá. (Médica em entrevista individual)*

A promoção do vínculo materno-infantil vem sendo um dos aspectos mais enfatizados e comprovados na literatura sobre o Método Mãe Canguru (Aréstegui, 2002; Cardoso, Romiti, Ramos, Issler, Grassioto, & Sanches, 2006; Furlan, Scochi, & Furtado, 2003; Ruiz-Pelaéz, Charpak, & Cuervo, 2004).

Igualmente, à constatação empírica dos progressos do bebê na perspectiva da promoção do vínculo afetivo corroboram os achados de Klaus e Kennel desenvolvidos a partir de 1970. Esses estudos têm oferecido im-

portantes evidências de que o vínculo materno-infantil pode contribuir para recuperação do bebê prematuro interno na UTIN, assim como para redução do número de maus tratos e abandonos. O contato precoce pele a pele nos primeiros minutos de vida propicia o afeto, segurança, satisfação e confiança por parte da mãe nos cuidados com o bebê (Aréstegui, 2002).

Na perspectiva dos profissionais, os benefícios da posição canguru estavam intrinsecamente calcados na formação do vínculo afetivo entre mãe e bebê. Dessa forma, a permanência das mães passava a ser “estimulada” pelos profissionais, a partir de práticas que verificaremos no relato a seguir:

*Elas criam o vínculo, tem mães que chegam e no começo não querem nem saber, à medida que você começa a pedir para ela dar a dieta e ajudar no banho elas começam a criar o vínculo, começam a gostar do bebê. Teve uma mãe aqui que ia dar o bebê, já era certo, não queria o bebê de jeito nenhum, mas no final ela aceitou o bebê e desistiu de dar. (Médica em entrevista individual)*

Contudo, apesar de aproximar a mãe e o bebê a partir do contato prolongado, os conflitos das mães observados a partir das conversas informais e grupos focais que se expressaram em ansiedade, choro e isolamento serviram como um indicador das práticas realizadas nesse serviço.

Através dos depoimentos, ficou claro que os profissionais concordam com a ideia de que o desenvolvimento do afeto necessita de proximidade física e emocional. Assim, não se trata de um sentimento espontâneo e inato, mas ao contrário, demanda empenho, cuidado e investimento dos que integram uma relação amorosa (Badinter, 1985). Com base nessa perspectiva, a convivência entre mãe e filho passa a ser incentivada pelos profissionais de modo a criar o sentimento de amor entre ambos, evitando assim o abandono de crianças. Todavia, como será observado no próximo tópico, muitas vezes o argumento do amor materno serviu como um modo de controle sobre as mães para evitar que as mesmas deixassem a maternidade.

### *O período de internação das mães na maternidade*

Transformar a internação em uma unidade hospitalar numa permanência menos traumática e mais agradável para o paciente é um dos desafios da humanização da assistência hospitalar no Brasil (Ministério da Saúde, 2004). O Método Mãe Canguru, por ser uma política de humanização, enfoca o bem-estar dos usuários no ambiente hospitalar. Todavia, desde o primeiro dia de observação na maternidade foi possível constatar que, apesar de muitas mães reconhecerem a importância de permanecer na maternidade acompanhando o bebê,

elas explicitam o desejo de voltar o mais cedo possível para casa. Entretanto, a grande maioria das mães não era informada que possuía o poder de decidir ir para casa, e assim elas “*chegam acreditando que têm que ficar enquanto o bebê estiver aqui*” (Enfermeira em grupo focal). Além disso, os profissionais apelavam para o amor materno, estimulando as mães a cuidarem dos próprios bebês, na tentativa de incentivá-las a permanecerem na maternidade:

*Elas têm que ficar. Mas se elas insistirem a gente não pode prender. Eu fui no Juizado da Infância saber até onde a gente podia prender essas mães. Então me foi dito que elas têm o direito de ficar porque seu bebê está internado aqui, mas ao mesmo tempo não podemos prender porque aqui não é uma detenção. Ela sai e o bebê fica na UTI. Mas eu trabalho muito a questão do vínculo com essas mães. Falo do cheiro, que o bebê reconhece o cheiro dela. Que ele sente quando ela chega. Ai eu digo: passe a mão nele e veja como ele fica diferente. Quando as enfermeiras tocam é um jeito, quando você toca é diferente. Eu to errada, eu sei, mas eu trabalho assim. Porque eu apelo pra elas ficarem, mas é pro bem do bebê. (Assistente social 2 em grupo focal)*

Assim, a partir das conversas informais com os profissionais, ficou evidente que nessa maternidade existe um tipo de controle social no intuito de impor a permanência das mães nesse ambiente:

*Uma mãe adolescente aqui tomou citotec [remédio abortivo] e ela nem queria ver o bebê, mas a gente “colocou eles” no alojamento. Ela não queria o bebê, ameaçava jogar ele, mas aos poucos ela começou a criar o vínculo. Ela deixava o bebê na cama e ia fumar, não cuidava dele, mas aos poucos ela foi mudando porque ela viu que todo mundo ia embora e ela ficava. E eu ameaçava: “você não vai sair daqui, vai passar natal, ano novo, carnaval aqui dentro”. Então ela começou a perceber quando ela fazia o canguru, o bebê ganhava peso. Foi assim que a gente conseguiu. (Médica em entrevista individual)*

Por outro lado, verificou-se que, apesar de alguns funcionários reproduzirem o discurso oficial da importância do vínculo afetivo para convencer as mães a não voltarem para casa, há o reconhecimento entre outros profissionais das condições socioeconômicas de cada usuária, indicando uma prática compromissada com o outro:

*Mas eu vejo o outro lado: essas mães estão abandonando o lar para ficar aqui. Elas vão morar aqui por 2, 3 meses. Então na hora que ela recebe alta e se diz: você pode ir na sua casa ter contato com sua família, organize sua casa e depois volte para se organizar aqui. Ai ela vai em casa, vê os filhos, vê o marido e ai ela volta pra cuidar do filho que ficou aqui. Imagine você morar aqui, distante de sua origem, seu lar, sua*

*comida. Elas se sentem abandonadas, esquecidas. Então a solução que eu vejo é ir pra casa, organizar as coisas e depois ela volta, dando essa liberdade a elas, elas se organizam melhor* (Técnica em enfermagem em grupo focal).

Constata-se, com isso, que embora o discurso prescritivo institucional seja seguido acriticamente por alguns profissionais, ele é questionado e refletido por outros. Desse modo, percebe-se que os trabalhadores, mesmo que de forma incipiente, encontram uma maneira própria de construir e refletir acerca do seu saber-fazer determinando o grau de compromisso com o usuário (Veras & Traverso-Yépez, 2010).

### *O cotidiano do processo de trabalho em saúde*

No intuito de refletir sobre a coerência entre a conceitualização acerca do processo de humanização baseado no documento oficial do Método Mãe Canguru e o grau de compromisso exercido nas suas práticas cotidianas, tornou-se imprescindível solicitar que os profissionais discutissem acerca de sua própria experiência. Serão enfatizados, dessa forma, as limitações estruturais do método, seus posicionamentos e seus modos-de-fazer nos espaços coletivos de trabalho, suas posições críticas sobre o modelo assistencial e, por fim, seus anseios e propostas que se voltam para a humanização do trabalho em saúde.

### *Compromisso profissional com a assistência humanizada*

A relação do paciente com a equipe de saúde tem grande influência na evolução do tratamento e na satisfação do usuário. A noção de trabalho em equipe está associada à interação entre os atores sociais, integralidade da atenção à saúde, corresponsabilidade e planejamento compartilhado a partir do diálogo entre os trabalhadores integrantes do grupo (Crevelim, 2005). Verifica-se que, apesar de muitas barreiras e dificuldades encontradas, alguns profissionais modelam seu modo de agir baseando-se principalmente nos seus valores e na experiência de vida de cada um, indo além dos conceitos do manual e cursos que participaram:

*X [técnica em enfermagem] quando chegou aqui foi pra fazer a parte do aleitamento. Ela não veio trabalhar no canguru não. Mas só que ela viu a realidade tão crítica que arregaçou as mangas pra se envolver nesse projeto. Ela tem boa vontade, vai atrás de artigo. Mas ela não veio determinada pra isso não. Nem recebeu treinamento. Fez por interesse próprio.* (Enfermeira em grupo focal)

Destaca-se a necessidade de a equipe saber lidar com as emoções, adquirindo sensibilidade e capacidade de escuta, incorporando a dimensão subjetiva e social

do paciente (Boaretto, 2003). A partir do sentimento de empatia, o funcionário se apodera da percepção do paciente sobre a sua situação, ajudando-o a reduzir medos e ansiedades, oferecendo um suporte emocional necessário. Desse modo, alguns profissionais reconhecem a importância de seu trabalho na vida das usuárias:

*Quando eu fiquei no aleitamento materno eu tive uma visão melhor da maternidade, pois eu tinha que atender toda maternidade, todas as mães, inclusive as do canguru. E aí a gente via o outro lado do paciente, o lado social, emocional e não só daqui de dentro da maternidade. É preciso ter uma visão voltada pro social. E o técnico de enfermagem é fundamental aqui porque ele tá em contato direto com o paciente e ele que estabelece a relação com o outro, que se comunica e ele é quem mais precisa ter essa visão diferenciada. Eu percebi que depois que eu vim para cá os bebês estão indo para casa mais cedo, as mães estão amamentando mais.* (Técnica de enfermagem em entrevista individual)

Esses tipos de depoimentos dos profissionais apontam uma visão mais compromissada dos serviços que prestam e essa consciência leva-os a buscarem melhorar a sua prática no seu cotidiano institucional. Diante disso, podemos perceber que embora existam profissionais que apenas reproduzem o discurso politicamente correto presente nos documentos oficiais, também existem outros comprometidos com seu trabalho. De acordo com Franco e Merhy (2004), o modo de cuidar das pessoas está ligado à concepção que cada um tem de trabalho e ao surgimento de uma dinâmica de intersubjetividade entre o trabalhador e o usuário. Evidentemente, o caráter adotado pelos profissionais na sua prática cotidiana será determinado pelas diferentes formas de assumirem o compromisso com o trabalho que desenvolvem.

### *Propostas de mudanças do sistema atual*

Autores evidenciam que, embora os profissionais da saúde não tenham o poder de influenciar e modificar as relações de poder existentes nas instituições de saúde pública, o seu trabalho cotidiano tem um papel fundamental na reprodução e/ou possível modificação na estrutura do Sistema de Saúde (Laverack, 2005; Traverso-Yépez, Moraes, & Cela, 2009). Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novas formas de ação. Dessa forma, alguns entrevistados deixaram entrever em suas falas seu sentimento de corresponsabilidade pelas usuárias e pelo desenvolvimento do Método Mãe Canguru:

*A sugestão que eu dei [para melhorar o Método Mãe Canguru] foi começando com o aleitamento materno. Porque isso é integral, holístico, é uma visão do todo. Eu chamei a enfermeira da UTI e disse pra gente fazer*

*alguma coisa porque isso é uma ação em conjunto. Temos que detectar o entrave, o que acontece que não tá funcionando, pra criar sugestões de melhorar.* (Técnica de enfermagem em entrevista individual)

O manual do curso de treinamento dos profissionais que atuam no alojamento do Método Mãe Canguru focaliza principalmente o desenvolvimento satisfatório do bebê. À mãe é designado o papel de cuidadora principal, restringindo sua participação apenas ao bem-estar do bebê (Veras & Traverso-Yépez, 2010). Assim, a ênfase nos cuidados com o bebê, dada por parte dos profissionais, tornava-se desgastante para as mães e até gerador de ansiedade:

*É marcante a preocupação das mães nesse programa pelo peso dos seus bebês, elas chegam a decorar o peso cada vez que eles são pesados. Essa atitude é reforçada principalmente pelo posicionamento dos profissionais, que utilizam o peso como uma medida para avaliar a possibilidade de alta do bebê (Extraído do Diário de Campo, 28/11/2006).*

Por outro lado, também se verificou que os discursos de algumas profissionais indicaram uma visão contrária à do manual, apoiando-se numa percepção integral das usuárias, abandonando a perspectiva unilateral de utilizar a mãe apenas como instrumento de tratamento do bebê:

*Eu acho que se cada um fizesse sua parte ia ser tudo diferente. Temos que ter uma visão voltada para humanização na saúde pra estimular uma visão integral do outro. Tem que olhar no olho, tocar a pele, o corpo se expressa também, e isso é uma visão avançada. O toque é importante, o manejo da mãe, a sensibilidade. Temos que sair da teoria e cair na prática. É sair daquela visão pequena de melhorar o bebe a partir da mãe. É uma visão que tá arraigada, mas tem como mudar. Eu não sei quanto tempo eu vou aguentar essa tarefa porque ela é muito árdua.* (Técnica de enfermagem em grupo focal)

É fundamental que a mãe perceba-se a partir de seu papel ativo nos cuidados com o bebê de forma integral, considerando-se os aspectos biopsicossociais. Nessa perspectiva, o profissional possui um importante papel no estímulo à participação das mães no momento que resgata, além da integralidade na atenção à saúde materno-infantil, a sua própria integridade como sujeito de um trabalho que lida com questões humanas delicadas e sensíveis. Entretanto, o último depoimento demonstrou como a profissional considera árdua essa tarefa, para a qual, muitas vezes, ela se sentiu a única a tomar a si a responsabilidade para com as usuárias.

Por meio do seu trabalho, cada trabalhador tem a oportunidade de tornar-se um multiplicador. Do seu próprio jeito, ele pode apropriar-se criticamente dos conceitos e saberes, fazer sua análise sobre sua

realidade de trabalho e apresentar suas descobertas e propostas nos espaços institucionais, tomando para si a responsabilidade do sucesso do método (Ministério da Saúde, 2009).

### *Perspectivas acerca das usuárias do Método Mãe Canguru*

O posicionamento do profissional através de seus discursos revela, na sua estrutura de valores e no uso que faz de determinado repertório, tanto um conjunto conceitual/interpretativo quanto uma visão sobre o usuário (Davies & Harré, 1990). Da mesma forma, os enunciados não apenas descrevem as diferentes realidades dos atores sociais envolvidos, mas contribuem para moldá-las. Veiculam o conteúdo proposicional e a indicação do ato que desejam efetuar. Portanto, ao falarem a respeito dos usuários, os profissionais também evidenciam o tipo de relação que estabelecem com eles (Traverso-Yépez, Morais, & Cela, 2009).

Assim sendo, os discursos e posicionamentos dos profissionais apontaram para a caracterização das usuárias, em sua maioria, a partir de suas limitações socioeconômicas e culturais e da falta de apoio familiar e social.

### *O fator socioeconômico e cultural*

Os profissionais entrevistados reconheceram, consensualmente, que grande parte das usuárias atendidas na maternidade encontra-se em situação social, econômica e cultural menos favorecida: *“Tem umas mães que não têm nada em casa, ficam felizes porque aqui tem comida, roupa”* (Assistente social 2 em grupo focal). Consequentemente, verificou-se nos discursos dos profissionais que existe uma tendência em enfatizar o fator cultural, socioeconômico e educacional das mães como justificativa para a falta de sucesso do Método Mãe Canguru, o qual não segue uma rotina uniforme no serviço de atendimento. Uma técnica de enfermagem ao falar sobre as mães, assim se expressou:

*Dessas 18 mães eu posso ver só duas que fazem [a posição canguru] e você vê que isso é uma barreira educacional. Elas não aceitam. Isso porque elas não concebem a ideia de fazer o canguru. Isso é um problema cultural. As mães que tem outra visão diferenciada adotam o método. O problema financeiro e educacional influencia direto na recuperação do bebê.* (Técnica de enfermagem em entrevista individual)

Reconhece-se que os usuários do Sistema Único de Saúde são em sua maioria de classes sociais menos favorecidas. Aliado a isso, verifica-se que o modelo biomédico – da atenção clínica individual, curativa e tecnicista – muitas vezes pauta o cotidiano dos serviços e a conduta dos profissionais (Vasconcelos, 1999).

Por outro lado, constata-se que esses profissionais não são indiferentes às necessidades sociais, econômicas e culturais das usuárias. Seus discursos, na maioria das vezes, além de culpar as condições socioeconômicas das mães pelo insucesso do programa, também ilustram a iniciativa por parte de alguns profissionais em educar as usuárias.

### *A falta de apoio social e familiar*

Como enfatizado anteriormente, a grande maioria das mães é proveniente do interior do Estado do Rio Grande do Norte. Por esse motivo, passam a residir na maternidade por dias ou muitas vezes até meses. Essa situação quase sempre as impede de manter contato frequente com os familiares, visto que muitos não possuem recursos financeiros para se deslocarem para outra cidade.

Igualmente, os depoimentos da enfermeira e da médica retratam a situação de abandono dessas mães, enfatizando ainda a desconexão entre as condições citadas no documento oficial do método e a realidade cotidiana nessa maternidade:

*Esse manual do Método Mãe Canguru traz uma visão que pai, mãe, avós estão todos ao redor da paciente e quando a gente chega aqui se depara com outra realidade. A maioria delas fica jogada aqui, sem assistência da família, o pai não existe. (Enfermeira em grupo focal)*

Nesse âmbito, Vasconcelos (1999) aponta a necessidade de solicitar a atenção do Governo para a existência de algumas famílias de classe popular que vivem em situações especiais de risco, tornando-as incapazes de articular minimamente os cuidados de seus membros e, por isso, necessitam atenção diferenciada do Estado para garantir os direitos de cidadania das crianças. Alguns profissionais ilustram a situação de algumas mães que, por não receberem apoio da família e/ou do Governo, pedem para voltar para casa, deixando o bebê prematuro aos cuidados da equipe da maternidade. Assim, esses problemas sociais são vistos pelos profissionais como empecilhos para a permanência da mãe no programa e para sua eficaz participação:

*Teve uma mãe aqui que tava aqui no canguru e deixou dois filhos com a vizinha porque não tinha parente, e já tava mais de um mês aqui e a vizinha ligou e disse que ia botar os meninos na rua porque não tinha o que dar de comer a eles. A vizinha pensou que a mulher ia passar um ou dois dias aqui. (Terapeuta ocupacional em entrevista individual)*

Há inúmeros aspectos sociais da vida dos menos favorecidos que influenciam as condições de saúde da população brasileira em geral e que passaram a ser objetos de políticas e ações sociais do Governo. O Programa Bolsa Família, por exemplo, criado em 2003

pelo Governo Federal, alcançou em 2006 uma cobertura de 11,2 milhões de famílias. Esse programa visa, entre outros aspectos, a combater a fome e a estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

Entretanto, intervenções desse tipo não costumam ser categorizadas e percebidas pela população como sendo determinantes para as condições de saúde em geral. Dessa forma, programas e políticas sociais, que embora frequentemente tenham alguma abrangência intersetorial, apresentam efetividade limitada, não conseguindo atuar adequadamente sobre os mecanismos determinantes das iniquidades em saúde (CNDSS, 2008).

Diante disso, constata-se que não existe uma articulação efetiva e proativa de ações de saúde, educação e de serviços comuns dirigidos aos beneficiários de renda. O Governo disponibiliza verba financeira para suprir a fome da maior parcela da sociedade brasileira, entretanto, serviços básicos de transporte, educação e saúde não se encontram integrados ao Programa Bolsa Família. Torna-se indispensável, dessa forma, repensar os programas sociais existentes de modo que passem a promover ações articulando as necessidades da sociedade em uma agenda comum de forma integral a fim de melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (CNDSS, 2008).

## **Discussão**

Em nenhum momento este trabalho pretende questionar o potencial efeito positivo do Método Mãe Canguru em relação ao desenvolvimento da ligação afetiva, à relevância do vínculo mãe-filho, ao ganho de peso e aos outros efeitos benéficos relacionados à saúde do bebê, observados durante o processo desta pesquisa (Aréstegui, 2002; Klaus et al., 2000; Ruiz-Pelaéz et al., 2004).

No entanto, além da participação da mãe, a aplicação do Método Mãe Canguru envolve a atuação de diversos profissionais da saúde. Cada um deles, com suas características próprias, certamente desenvolve graus variáveis de implicação pessoal e profissional com o método. Traverso-Yépez e Moraes (2004) ressaltam o papel do profissional na definição do tipo de relação estabelecida com o usuário dos serviços de saúde. O caráter humanizado e horizontal dessa relação tem, de fato, um importante papel na melhoria e transformação do atual quadro, justamente pelo reconhecimento de sua relevante dimensão educativa.

Dessa forma, a história pessoal de cada um dos polos envolvidos no programa e as condições concretas que cada instituição oferece para seu desenvolvimento implicam diretamente no modo como esse se organiza.

Por esse motivo, a aplicação do Método Mãe Canguru, realizada através de um conjunto de práticas cotidianas específicas, confere à política características variáveis e nem sempre coerente com os documentos oficiais que normatizam seu funcionamento (Moura, 2003).

Verificou-se nas observações participantes, entrevistas e conversas informais que a maioria dos profissionais não possuía habilidades ou não foi treinada para criar um ambiente de suporte para a saúde materno-infantil. Apesar de, em várias situações, ficar claro que muitos profissionais conheciam os conceitos da atenção humanizada e da relevância do vínculo materno-infantil no Método Mãe Canguru, eles ainda não foram plenamente incorporados em sua prática clínica. De acordo com Henning, Gomes e Gianini (2006) existe uma lacuna entre os conhecimentos e a aplicação prática das mudanças propostas pelo manual do Método Mãe Canguru. A aplicação dessas normas exige mais do que a adoção de rotinas e o treinamento formal de alguns profissionais. Dessa forma, torna-se necessária a educação permanente em todos os níveis de formação dos profissionais da saúde que cuidam dos recém-nascidos prematuros e/ou de baixo-peso.

Contudo, como em qualquer organização social, no hospital existem também espaços para os contradiscursos e para as práticas mais compromissadas. O cotidiano de serviços nem é um mundo harmônico, nem tampouco um lugar dissonante, mas pode agregar os dois aspectos. De fato, existem muitos profissionais dedicados, “vestindo a camisa” da instituição, que fazem a diferença no atendimento da saúde materno-infantil (Traverso-Yépez, 2008).

O grau de compromisso dos profissionais está perpassado pelo processo de significação que conforma o trabalho em saúde. Esse processo de significação está permeado pelas histórias de vida de cada um, pelo sentimento de responsabilização pelo outro e pelo próprio momento circunstancial do encontro. Dessa forma, mesmo que os profissionais recebam treinamento, ou no caso presente não recebam, eles possuem a capacidade de construir sua própria maneira de agir, como também de refletir acerca do seu trabalho. Por isso, entre os profissionais, não apenas coexistem diferentes formas de compromisso, mas também diferentes formas de assumirem esse compromisso com o trabalho que desenvolvem. O que vai caracterizar o trabalho em saúde para cada profissional não é a produção de saúde, mas sim a produção de cuidados (Traverso-Yépez, 2008).

### À guisa de conclusão

A partir das reflexões acerca deste estudo, conclui-se que o trabalho em saúde ultrapassa, com sua complexidade, os limites dados pela lógica institucional de

normatização do trabalho através de normas e editais, constituindo um desafio singular ao campo da saúde pública. Portanto, a criação de programas ou políticas de saúde, voltados para atuação do setor diante da proposta de humanização, necessita incorporar a dimensão socio-cultural dos sujeitos que a vivenciam. Logo, referindo-se especificamente ao Método Mãe Canguru, em lugar de se impor um atendimento humanizado por parte dos profissionais, é fundamental analisar em profundidade a dinâmica de trabalho a partir do cotidiano dos atores sociais, considerando-se as políticas públicas de saúde, a dinâmica institucional, social e cultural que perpassam o atendimento nesse setor.

Dessa forma, o que de fato contesta-se nessa pesquisa é que, mesmo sendo uma política de tamanha eficácia, a participação materna não parece estar sendo adequadamente valorizada na prática cotidiana dos serviços, de modo que a ausência de reflexão sobre as condições sociais que permeiam o envolvimento das mães no programa torna por fim a sua participação simplificada. Nesse sentido, o que poderia ser um procedimento amplo e rico acaba por ser reduzido apenas aos aspectos biológicos.

### Nota

- \* Agradecemos o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e da Candian Bureau for International Education pelo intercâmbio na Faculty of Medicine na Memorial University of Newfoundland, Canadá.

### Referências

- Aréstegui, R. U. (2002). El método Canguro en el Hospital Nacional Docente Madre Nino (HONADOMANI) “San Bartolomé”. *Paediatrica*, 4(3), 41-46.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Boaretto, M. C. (2003). *Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no Município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 141p.
- Campbell, M. & Gregor, F. (2002). *Mapping social relations. A primer in doing institutional ethnography*. Ontario: Garamond Press.
- Cardoso, A. C., Romiti, R., Ramos, J. L. A., Issler, H., Grassioto, C., & Sanches, M. T. (2006). Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. *Pediatrics* (São Paulo), 28(2), 128-34
- Charpak, N. (2001). Kangaroo mother care in developing countries. In *5 World Congress of Perinatal Medicine* (pp. 1023-1027). Colômbia.
- Charpak, N., Calume, Z. F., & Hamel, A. (1999). *O método mãe canguru: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil.

- Charpak, N. & Ruiz-Peláez, J. G. (2006). Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. *Acta Paediatrica*, 95, 529-534.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Crevelim, M. A. (2005). Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), 323-332.
- Davies, B. & Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), 43-63.
- DeVault, M. L. & McCoy, L. (2002). Institutional ethnography, using interviews to investigate ruling relations. In F. J. Gubrium & J. A. Holteins (Eds.), *Handbook of interview research* (pp. 751-775). Thousand Oaks/London: Sage.
- Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2004). Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In E. E. Merhy (Org.), *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 55-124). São Paulo: Hucitec.
- Furlan, C. E. F. B., Scochi, C. G. S., & Furtado, M. C. C. (2003). Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 444-452.
- Gill, R. (2002). Análise de discurso. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático* (3ª ed., p. 244-270). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Henning, M. A. S., Gomes, M. A. S. M., & Gianini, N. O. M. (2006). Conhecimentos e práticas dos profissionais da saúde sobre a ‘atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru’. *Rev.Bras. Saúde Matern. Infant.*, 6(4), 427-435.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lamy, Z. C, Gomes, M. A. S. M., Gianini, N. O. M., & Henning, M. A. S. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 659-668.
- Laverack, G. (2005). *Health promotion practice. Power & Empowerment*. London: Sage Publications.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Área de saúde da criança. (2002). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru – manual do curso*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2004). *Política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF: Secretaria de Políticas Públicas.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS* (série B. Textos Básicos de Saúde). Redes de produção de saúde. Brasília, DF: Autor
- Moura, S. M. S. R. (2003). *Maternidade e práticas de saúde: o instituído e o possível*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Moura, S. M. S. R. & Araújo, M. F. (2005). Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no Programa Canguru. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 37-46.
- Ruiz-Pelaéz, J., Charpak, N., & Cuervo, L. G. (2004). Kangaroo Mother Care, an example to follow from developing countries. *BMJ*, 329, 1179-1182.
- Smith, D. E. (2005). *Institutional ethnography: a sociology for people*. Lanham: Altamira Press.
- Toma, T. S. (2003). Método mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 233-242.
- Toma, T. S, Venâncio, S. I., & Andretto, D. A. (2007). Percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após implantação do Método Canguru em hospital público da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 7(3), 297-307.
- Traverso-Yépez, M. A. (2008). *A Psicologia Social e o trabalho em saúde*. Natal: Editora da UFRN.
- Traverso-Yépez, M. A & Morais, N. A. (2004). Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 80-88.
- Traverso-Yepez, M. A., Morais, A. S., & Cela, M. (2009). Construções discursivas acerca do usuário do Programa Saúde da Família. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29(2), 364-379.
- Vasconcelos, E. M. (1999). *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec.
- Veras, R. M. & Traverso-Yépez, M. A. (2010). A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso – Programa Canguru. *Revista Estudos Feministas*, 18(1), 61-80.

Recebido em: 25/11/2010

Revisão em: 14/04/2011

Aceite em: 26/04/2011

Renata Meira Veras é Psicóloga e Fisioterapeuta. Doutora em Psicologia Social pela UFRN. Professora Adjunta do Bacharelado Interdisciplinar da Universidade Federal da Bahia. Endereço: Rua Barão de Jeremoabo, s/n. Campus Universitário de Ondina. PAFIII. Salvador/BA, Brasil. CEP 40170-115. Email: renata.veras@ufba.br

Martha Azucena Traverso-Yépez é Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela Universidade Complutense de Madrid. Canada Research Chair no Departamento de Saúde Comunitária na Memorial University of Newfoundland. Email: mtraverso@mun.ca

### Como citar:

Veras, R. M. & Traverso-Yépez, M. A. (2011). O cotidiano institucional do método mãe canguru na perspectiva dos profissionais de saúde. *Psicologia & Sociedade*, 23(n. spe.), 90-98.