



Relações de poder e saber da equipe neonatal na implantação e disseminação do Método Canguru*

Power relations and knowledge of neonatal teams in the Kangaroo Mother Care implementation and dissemination

Relaciones de poder y saberes del equipo neonatal en la implementación y difusión del Método Canguro

Como citar este artigo:

Aires LCP, Padilha MI, Santos EKA, Lamy ZC, Bellaguarda MLR, Alves IFBO, Rosa R, Costa R. Power relations and knowledge of neonatal teams in the Kangaroo Mother Care implementation and dissemination. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20220200. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0200en>

- Luana Claudia dos Passos Aires¹
- Maria Itayra Padilha²
- Evangelia Kotzias Atherino dos Santos²
- Zeni Carvalho Lamy³
- Maria Lígia dos Reis Bellaguarda²
- Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves²
- Rosiane da Rosa²
- Roberta Costa²

*Extraído da tese de doutorado: “Método Canguru no Estado de Santa Catarina: um estudo Histórico e Foucaultiano”, Universidade Federal de Santa Catarina, 2020.

¹Instituto Federal de Santa Catarina, Joinville, SC, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

³Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

ABSTRACT

Objective: to analyze the power relations and knowledge among health teams that permeate the Kangaroo Mother Care implementation and dissemination in the state of Santa Catarina. **Method:** socio-historical qualitative research, carried out in the state of Santa Catarina, from January to November 2019, based on interviews with 12 health professionals. Data were analyzed in the light of Foucault’s genealogical proposal, with the help of Atlas.ti Cloud®. **Results:** the relationships of neonatal team members strengthened Kangaroo Mother Care actions in the state, articulating services and favoring health professionals’ autonomy. However, Kangaroo nurses stand out in this process, and the hegemonic medical discourse often still represses the other professional categories. **Conclusion:** professionals develop strategies to negotiate changes in the practice of care, moving between the plots of power and knowledge, sometimes exercising it, sometimes being passive to it.

DESCRIPTORS

Patient Care Team; Kangaroo-Mother Care Method; Infant, Newborn; Health Policy; Power, Psychological; Neonatal Nursing.

Autor correspondente:

Luana Claudia dos Passos Aires
R. Pavão, 1377, Costa e Silva
89220-618 – Joinville, SC, Brasil
luana.aires@ifsc.edu.br

Recebido: 11/05/2022
Aprovado: 01/09/2022

INTRODUÇÃO

A concretização do Método Canguru (MC), enquanto política pública de saúde no Brasil, ocorreu a partir do lançamento da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso–MC (NAHRNBP–MC), por meio da Portaria nº 693/GM⁽¹⁾. O MC é um modelo de cuidado que contraria o até então modelo tecnocrata e curativo. Por estar, principalmente, relacionado à redução de custos de internação, sofreu uma série de críticas desde a sua implantação, principalmente por parte dos países desenvolvidos, que consideravam uma alternativa para países de terceiro mundo⁽²⁾. A transformação da concepção desse modelo de cuidado biomédico foi processual e lenta. No Brasil, a implantação desse modelo busca associar o uso dessa tecnologia leve com as tecnologias duras da terapia intensiva neonatal⁽³⁻⁵⁾.

Um dos pilares do MC no Brasil é a prática do contato pele a pele precoce entre mãe e recém-nascido. Em muitos países, o MC se resume apenas a esta prática (posição canguru). As evidências indicam que a prática do contato pele a pele é uma tecnologia leve segura que deve ser priorizada no cuidado ao recém-nascido pré-termo de baixo peso, em comparação aos cuidados neonatais convencionais, uma vez que reduz significativamente o risco de mortalidade, aumentando o ganho de peso e as taxas de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar^(3,6).

No Brasil, enquanto política pública de saúde, há uma compreensão mais abrangente do Método. Assim, envolve um conjunto de ações disponibilizadas em diversos materiais, normativas e portarias nacionais, que integram o cuidado ao recém-nascido e à sua família^(1,2).

Os estudos que abordam o MC no Brasil apresentam enfoque na família, em profissionais de saúde e nas três etapas do Método, apontando benefícios no aleitamento materno, vínculo familiar, prognóstico do bebê. Em contrapartida, trazem as dificuldades de sua implementação, apesar de toda a capacitação realizada, e apontam um significativo déficit de leitos neonatais em todo o país^(3,7,8).

Entretanto, é importante destacar que existe uma lacuna em relação aos estudos publicados que tragam a perspectiva histórica da implantação do MC no Brasil. A trajetória do MC no país iniciou em 1991, no Hospital Estadual Guilherme Álvaro, em Santos (SP), e, em seguida, no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), em Recife, em 1994^(1,2).

Com o intuito de intensificar a implantação do Método (ano 2000) em todo o território nacional, considerando os diferentes cenários culturais, sociais e econômicos do país, foram criados Centros Nacionais de Referência (CNR). O estado de Santa Catarina (SC) apresentou representatividade nesse cenário, ao ser escolhido o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), em Florianópolis, como um dos CNR⁽²⁾. Posteriormente, a partir do movimento de fortalecimento e disseminação do MC (ano 2008), com vistas à descentralização, o MS solicitou que cada Secretaria de Estado da Saúde indicasse um serviço para ser Centro Estadual de Referência (CER) para o MC. Assim, foram selecionadas 27 maternidades, uma em cada Unidade Federativa e o Distrito Federal, sendo o estado de SC representado pela Maternidade Darcy Vargas (MDV), em Joinville⁽²⁾. A escolha desses serviços

se deu por suas trajetórias de humanização nos cuidados neonatais, por indicação das Secretarias Estaduais de Saúde.

Embora todo o esforço e trabalho do MS e dos profissionais dos Centros de Referência para a disseminação e fortalecimento do MC, ainda são poucas as Unidades Neonatais (UN) que conseguiram implantar as três etapas, conforme a proposta do Método. Dados públicos disponíveis indicam apenas oito serviços no estado de SC com Unidade de Cuidado Canguru (UCINCa) cadastradas⁽⁹⁾. A literatura aponta um cenário de resistência, observado, na prática, para a implantação do método no país, como barreiras geradas pela própria equipe, processos de trabalho, gestão, falta de recursos, entre outras^(3,4,5).

O objetivo desta investigação é analisar as relações de poder e saber, entre a equipe de saúde, que permeiam a implantação e disseminação do MC no estado de SC.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Pesquisa sócio-histórica, com abordagem qualitativa, fundamentada nos aspectos teóricos-filosóficos de Michel Foucault⁽¹⁰⁾, a partir da história oral (HO) temática^(11,12). A partir de uma análise histórica, é possível dar voz aos profissionais que atuaram na implantação e disseminação do Método em SC. Nesse processo histórico de construção da proposta brasileira do MC, sua implantação inicia em 1996, quando há registros das primeiras ações de humanização do cuidado neonatal no estado, sendo consolidada no ano 2000 com o lançamento da Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinada a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso⁽¹⁾. O fortalecimento e a disseminação são formalizados, em 2008, a partir da proposta do MS da descentralização das ações, sendo que esse processo segue até a atualidade.

Para descrição do desenho metodológico deste estudo, buscando atender aos critérios de qualidade internacionais para a pesquisa qualitativa, foi utilizado o *checklist* COREQ (*COnsolidated criteria for REporting Qualitative research*)⁽¹³⁾.

PARTICIPANTES

Os participantes do estudo se configuram como fontes orais, sendo constituídas por 12 profissionais da equipe neonatal e/ou gestores de saúde. Foram incluídos consultores/tutores/gestores de saúde da equipe de saúde (enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico, psicólogo) que tenham participado da transformação do cenário do cuidado a partir da proposta do MC, considerando o recorte de 1996 a 2019. Foram excluídos profissionais que tenham atuado por menos de três anos no Método.

LOCAL

Estudo realizado em SC, estado do sul do Brasil, que conta com oito instituições de saúde com leitos de UCINCa, habilitados (27 leitos) em diferentes municípios. Considerando a abordagem histórica, o recorte temporal é delimitado pelo período no qual iniciaram as ações relacionadas ao MC no HU/UFSC (1996), finalizando esse marcador histórico no ano de 2019, quando ocorreu o primeiro encontro estadual de tutores de SC,

após quase 20 anos de processo de implantação e disseminação do Método no estado.

COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a novembro de 2019, sendo que o ponto de partida para a realização do contato com os participantes do estudo foi o CRN do HU/UFSC, utilizando a técnica *snowball* (bola de neve) para identificar os demais participantes do estudo⁽¹⁴⁾. Foi aplicada entrevista norteadora por um roteiro-guia (instrumento que passou previamente pela avaliação de três pesquisadoras *experts* da área), contendo perguntas sobre como ocorreu o processo de implantação e disseminação do MC no estado.

O convite para participação do estudo foi realizado de três formas: pessoalmente, por contato telefônico da instituição ou e-mail, sendo que as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada participante. As entrevistas foram realizadas por uma única pesquisadora, sendo todas áudio-gravadas. A transcrição foi realizada na íntegra, respeitando os critérios quanto à fidelidade da transcrição e transcrição. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de 60 minutos. Após transcritas, foram encaminhadas aos participantes via e-mail, com o objetivo de serem validadas pelos entrevistados e autorizadas, formalmente, para o uso no estudo a partir da assinatura da Carta de Cessão de Direitos Sobre o Depoimento Oral. A coleta de dados cessou a partir da saturação dos mesmos, quando as entrevistas não acrescentavam dados novos ao estudo^(15,16). Foi utilizado, ainda, o diário de campo, no qual foram registradas as percepções da pesquisadora sobre as entrevistas e *insights* durante o processo investigativo.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada à luz da análise genealógica, proposta por Foucault. Após a transcrição e validação das entrevistas, o material foi organizado utilizando a versão disponível online de forma gratuita do *software Atlas.ti Cloud*[®]. Nesse instrumento, as entrevistas foram inseridas separadamente, sendo realizada leitura flutuante. Em seguida, na etapa de exploração do material, os discursos dos participantes foram destacados nas próprias entrevistas em agrupamentos temáticos, ou, como denominado nesse *software*, *codes* (códigos), os quais resultaram 26 itens de codificação. Após a finalização da seleção dos *codes*, foi realizada a leitura e releitura de cada *code* separadamente, possibilitando um panorama das diferentes versões da história, contadas pelos personagens que ajudaram a construir a mesma, permitindo eleger os discursos significativos. O *corpus* de dados possibilitou as formações discursivas provisórias, os quais foram organizados em um documento do *Microsoft Word*[®], que deram origem às unidades analíticas, conforme objetivos e referencial teórico.

ASPECTOS ÉTICOS

A investigação seguiu a Resolução nº 466/12, e obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, no ano de 2018, sob número 3.091.461. Considerando o contexto da pesquisa histórica, os participantes deste estudo são identificados por seu primeiro nome e profissão, sendo esse aspecto formalmente

autorizado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Carta de Cessão de Direitos Sobre o Depoimento Oral.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 12 profissionais da equipe multiprofissional de saúde (cinco enfermeiras, quatro médicos, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social) que participaram/participam do processo de implantação e disseminação do MC no estado de SC. Esses profissionais representavam seis instituições de saúde de SC em quatro municípios. A partir da análise e interpretação dos dados sob a ótica de Michel Foucault, foram elencadas as seguintes unidades analíticas: *As relações fortalecem o Método Canguru*, *A enfermeira Canguru*, e *O discurso médico hegemônico*.

AS RELAÇÕES PROFISSIONAIS FORTALECEM O MÉTODO CANGURU

As relações profissionais foram apontadas como algo positivo, que favoreceram a implantação do Método a partir da ampliação dos contatos interinstitucionais. Um marco importante trazido por muitos participantes do estudo para o fortalecimento do MC no país e, conseqüentemente no estado de SC, foi a realização da Primeira Conferência Nacional do “Mãe-Canguru” (como anteriormente era chamado o Método).

Visitas técnicas foram realizadas pelos consultores e tutores do MC como uma estratégia do MS para fortalecer a implantação e disseminação do Método, estreitando os laços entre os profissionais e propondo soluções na prática.

Então, esse foi o evento que deflagrou em março de 99 vários contatos com o BNDES, com a Dr^a. Geisy, com Hector Martinhez. E a Dr^a. Geisy, que é neonatologista, eu fiquei encantada e a convidei para vir em abril dar uma palestra aqui no HU apresentar a experiência do IMIP. (...) nesse ínterim, até dezembro de 99, eu já estava fazendo as articulações com a gestão aqui, com a reitoria (...) que apoiaram o BNDES para fazer a reforma física (Zaira/Psicóloga).

Então, como meta para esse ano, seria estreitar esses laços entre as unidades, porque, às vezes, assim, “ah, eu não tenho como começar a Unidade Canguru, porque eu não tenho espaço adequado”. Nosso espaço também não é o melhor, mas a gente começa, “a minha gestão não acredita que dispensar um quarto de alojamento para entregar para uma coisa que talvez nem de certo...”, olha a gente também, mas diz que em outros hospitais funciona, entendeu? (...) nós levamos um pouquinho do que a gente faz aqui e a gente pega um pouquinho do que eles fazem lá, e aí a gente mescla e eu acho que aí fica um novo modelo assim (Fernanda/Enfermeira).

Para que funcionassem as ações do MC nas instituições, foi fundamental a atuação da equipe multiprofissional no cotidiano do cuidado.

Todos os profissionais precisam estar envolvidos e atuantes, incentivando o toque, os cuidados com ambiência, entre outras coisas. (...) sem a equipe multidisciplinar, sem o empenho da enfermagem, da psicóloga, da fisioterapeuta, a gente não consegue motivar o restante da equipe a manter o Método. Se alguém fala algo negativo

durante uma internação, você pode perder todo o tempo de trabalho ali (Osmar/Médico).

As ações de humanização dependem de toda equipe “todo mundo é responsável pela humanização”, inclusive para monitorar e vigiar seus colegas. (...) não é só a enfermeira ou a enfermagem que são responsáveis. Todo mundo é responsável pela humanização” (Zaira/ Psicóloga).

A ENFERMEIRA CANGURU

O papel da enfermeira foi fortemente destacado pelos participantes como significativo e diferencial para a exequibilidade das ações do Método. Esse perfil de enfermeira atuante agrupava determinadas características e fez com que muitos participantes passassem a reconhecê-la como “A enfermeira Canguru”.

As enfermeiras tiveram que ir além das competências profissionais enquanto coordenadoras da equipe de enfermagem e responsáveis pela sistematização da assistência de enfermagem, passando a disseminar, na prática, os princípios do MC, estimulando os demais profissionais a mudarem as suas práticas. A equipe multiprofissional destaca a importância da enfermeira Canguru para a efetivação do Método na instituição.

(...) a Cintia (Enfermeira) era uma pessoa extremamente detalhista nas coisas mínimas, que, para mim, estava tudo bem, bonitinho, normal, ela mostrava para a gente que naqueles pequenos detalhes é que estava toda a diferença (...) (Zaira/Assistente Social).

(...) eu tinha um diferencial. É verdade (...) e, no caso, ali eu era a enfermeira que mais me envolvia. Eu tinha uma prática mais humanizada, eu era mais atendida nessa coisa de humanização (...) eu cuidava. E eu cuidava da equipe também. (...) o vínculo que a gente fez para a mamãe e para o bebê também foi forte para a gente sabe (sorri emocionada) (Sônia/Enfermeira).

(...) na parte dos cuidados foi aonde eu me inseri mesmo, que faz uns dois ou três anos que eu tomei a frente do Canguru. Eu vi que a enfermeira precisava tomar a frente, que, se eu não tomasse a frente, não ia acontecer, não ia sair. E foi onde eu abracei a causa, e o Dr. Osmar foi uma pessoa que me ajudou muito nesse quesito. (...) por isso, eu te digo, o Método Canguru é da enfermeira. Se a enfermeira não abraça a causa, não tem como ser efetivo. Não funciona. Não adianta tu esperar que os outros vão fazer, porque eles não vão fazer. Você que tem que ir atrás. E é serviço de formiguinha (risos). (...) em todo lugar, eu acho que é assim. Se não colocam enfermeira junto, não funciona (...) o que me motivou a abraçar essa causa, foi ver que dependia muito da gente (...) (Camila/Enfermeira).

(...) nós fizemos depois um trabalho de pré- e pós-intervenção, avaliação das práticas de humanização na Unidade Neonatal. Foram avaliados os neonatos de 2.000 g, internados em dois períodos distintos, imediatamente anterior e posterior à contratação da enfermeira. A gente viu que aumentou de 49% para 70% a utilização do Canguru, e isso foi significativo. Mostrando que a enfermeira é fundamental, alguém que esteja lá no dia a dia e estimulando as funcionárias, e cobrando das funcionárias, e justificando e treinando. (...) o que a gente sempre trabalhou foi mostrando que a atuação da enfermeira ela é fundamental na NEO (Maria Beatriz/Médica).

O DISCURSO MÉDICO HEGEMÔNICO

Alguns depoimentos apontam para a hegemonia médica nas relações, como a liberação para a posição canguru, que, muitas vezes, ainda está condicionada à autorização/prescrição do pediatra/neonatologista, e não nas evidências científicas que justificam tal prática. Esse “poder” médico, entretanto, transita entre os demais profissionais de saúde e os pais, que, ao compreenderem o MC como algo benéfico ao bebê, o fazem mesmo sem autorização, em sigilo e “por trás das cortinas”. Ampliar a autonomia de os demais profissionais colocarem o bebê em posição canguru pode oportunizar com que essa ação seja feita mais vezes.

É interessante refletir que, embora inicialmente condicionado ao profissional médico para a realização da posição canguru, no que diz respeito ao envolvimento nas ações de tutoria para a disseminação do método no estado, esses profissionais pouco se envolveram.

Só que a gente tem muita resistência de um médico aqui na nossa UTI. (...) da resistência dele barrar feio a gente (...) as enfermeiras elas ficam um pouco assustadas, porque, como ele é coordenador, elas têm medo. (...) porque a gente não é concursado aqui. Acho que, se a gente fosse, teríamos muito mais autonomia em fazer essa questão do Canguru de forma mais efetiva com relação a esse médico específico (...) tem que pedir para ver se pode colocar (o bebê em posição canguru). Mesmo se, às vezes, o bebê está em ar ambiente, tem que ficar pedindo, e é chato, porque tira um pouco da tua autonomia do cuidado da enfermeira (...) o enfermeiro sabe até onde que ele pode ir. (...) os entubados, a gente tem briga com ele. Tem uma médica NEO nossa (...) ela fala para nós: “Eu vou colocar, mas se vocês falarem...”. Porque ela acaba levando também, ele também é o coordenador dela. Ela fala: “Vamos colocar, mas, mãe, você não pode falar...” a gente fecha a cortina, coloca e reza (...) que dê tudo certinho. Não passar mal, nada, e as meninas não contam (...) (Camila/Enfermeira).

Acho que as pessoas que dá para dizer que vestiram a roupa de guerreiros são poucos, são bem poucos. Eram sempre os mesmos a discutir, a tentar fazer as coisas, a buscar, e os outros vão ali remando. (...) os médicos, a grande maioria também fugiam da representatividade de se envolver com algo a mais (Márcia/Enfermeira).

DISCUSSÃO

Identificamos que as diversas formas de relações profissionais que se instituíram durante as capacitações, treinamentos e visitas técnicas fortaleceram as ações de implantação e disseminação do MC no estado. Isso permitiu a articulação dos serviços com personagens importantes, como consultores do MS. Estudo realizado no Rio de Janeiro também aponta influência positiva da interação entre os profissionais para a adesão às boas práticas de humanização na UN⁽¹⁷⁾.

Destaca-se a importância da equipe multiprofissional no desenvolvimento e monitoramento das ações do Método nos serviços de saúde. Essa responsabilidade compartilhada na assistência favorece a autonomia de todas as categorias profissionais. Nessa situação, todos os profissionais da equipe multiprofissional atuantes no MC possuem o saber científico e, conseqüentemente, o poder para colocá-lo em prática no estado. Ainda,

nessa relação de troca de experiências, destaca-se o papel dos consultores e tutores estaduais do Método, personagens importantes nesse recorte histórico de implantação e disseminação do Método em SC. São profissionais emersos de saber que, por sua vez, detêm o poder na disseminação das boas práticas, sendo respeitados pela representatividade que exercem. Segundo o referencial teórico de Michel Foucault utilizado neste estudo, todo agrupamento humano sempre estará envolto por relações de poder^(11,18-20), na qual o saber não é neutro, mas um ato político⁽²¹⁾. O profissional de saúde, sujeito que cuida do outro, em geral, encontra-se inserido em uma rede de poderes que, na prática do cuidado, confere-lhe esta autoridade, por seu saber técnico-científico^(20,22,23).

O poder é visto como conceito que busca compreender como as práticas sociais ocorrem⁽¹⁰⁾. Esse caráter positivo do poder corresponde também a algo que se exerce mais do que se possui⁽¹⁰⁾. O poder é vertical, sendo assim, ele se dissipa horizontalmente em micropoderes, ou seja, se dissipa entre toda a equipe multiprofissional. A falta de trabalho em equipe dificulta a implantação do método^(24,25). Cada profissional da equipe assume um papel de multiplicador, influenciando potencialmente na (des)continuidade do MC⁽¹⁷⁾.

Uma equipe segura e sensibilizada quanto ao MC ultrapassa com mais facilidade as barreiras relacionadas às fragilidades vivenciadas em grande parte dos hospitais para trabalhar no MC^(3,6). Estratégias utilizadas pelos enfermeiros, como treinamentos e sensibilizações, podem garantir o fortalecimento do MC, sendo que a educação continuada da equipe de saúde tem diminuído as barreiras e melhorado o processo de cuidado na UN⁽²⁵⁾.

Cabe destacar também o poder exercido pela “enfermeira Canguru” (assim denominada pelos participantes deste estudo), aquela profissional que foge da média, que vê além das necessidades do bebê e de sua família e que se preocupa com os pequenos detalhes, garantindo o cuidado integral desses sujeitos. Observa-se a fundamental importância da enfermeira Canguru na fala dos participantes, sendo que, sem essa figura a frente das ações do Método, identificam-se riscos para a sua efetiva implantação nos serviços. Para a emancipação do enfermeiro na sua atuação na área da saúde, são necessários conhecimento, estudo e empoderamento, aliados a uma transformação social e política, que vem ocorrendo na profissão e no modelo de cuidado do enfermeiro, da atuação curativa e biomédica para a promoção da saúde⁽²⁶⁾. Nesse sentido, a enfermeira destacou exercendo um papel de organizadora do processo de trabalho e disseminando na equipe a necessidade para implantação das boas práticas, exercendo, assim, o seu poder na equipe.

A literatura reconhece que, dentre os profissionais da saúde, a enfermeira se destaca, com seu perfil de multiplicadora do MC, enquanto se depara com os desafios assistenciais e gerenciais na UN^(3,27). O enfermeiro está cada vez mais atuante no delineamento das políticas públicas de saúde, sendo necessários o empoderamento da classe e currículos pedagógicos mais críticos que fortaleçam a categoria⁽²⁶⁾. A “enfermeira Canguru” exerce um poder sutil sobre os demais membros da equipe multiprofissional, poder esse que, de certa forma, podemos classificar como poder disciplinar. Nesse contexto, a enfermeira desenvolve estratégias soberanas de disciplina, a partir da obediência, normatização e regulação das ações dos demais profissionais no MC⁽¹⁸⁾.

Entendemos, no entanto, que, para a consolidação do MC nos serviços de saúde do estado, precisamos contar com “equipes canguru”, das quais todos os personagens envolvidos compreendem e se sintam convidados a pôr em prática as ações do Método, não sendo essa ação de responsabilidade exclusiva ou predominante de determinada categoria. Dessa forma, o poder é exercido por diferentes pessoas, em contextos diversos do cotidiano do cuidado, fazendo com que o poder circule entre os profissionais.

Finalmente, na unidade analítica “o discurso médico hegemônico”, identificamos que, em alguns momentos, esses profissionais apresentam o poder, como nos casos de liberação ou não do bebê para a Posição Canguru. Entretanto, esse poder circula no momento em que os demais profissionais, mesmo sem a “autorização” médica, colocam o bebê em contato pele a pele com sua mãe. Questiona-se, entretanto, o porquê os profissionais da equipe multiprofissional, embora dotados de saber sobre os benefícios do Método para o bebê e família, ainda, muitas vezes, executam-no de modo informal, escondido, sem se apropriarem do poder a eles incumbidos pelo saber para iniciar estratégias de enfrentamentos, lutas e resistências.

Essas dificuldades são observadas em todo o estado de SC, tanto nos serviços públicos quanto nos privados; no entanto, os profissionais dos serviços particulares justificam sua omissão e/ou passividade por medo de perderem seus empregos. Essa hegemonia médica se justifica historicamente nas organizações hospitalares e serviços de saúde, ao considerar que os cuidados ao bebê pré-termo são predominantemente focados no modelo biomédico e curativo^(3,23). A medicalização da sociedade implicou relações hierárquicas e disciplinadoras, na qual observa-se a supremacia do saber médico científico (biopoder) na decisão terapêutica, fundamentando as práticas e protocolos^(21,23,27,28). Nesse modelo organizacional, transitam relações de poder entre aqueles que prescrevem o cuidado e aqueles que o executam⁽²¹⁾.

Nessa centralidade do saber médico, são verificados comportamentos culpabilizantes e amedrontadores nos profissionais⁽²⁷⁾. Essa ação controladora de vigilância médica sobre o trabalho dos colegas dificulta a autonomia dos demais profissionais de saúde⁽²¹⁾. Em um estudo recente, as enfermeiras relataram que possuem a decisão e a atuação limitadas por restrição médica, enfrentando resistências para a prática do MC⁽⁶⁾. É extremamente importante a ampliação da autonomia da equipe multiprofissional, para que esse cuidado seja formalizado na prática assistencial e realizado mais vezes. Os cursos de formação e sensibilização para o Método foram e têm sido fundamentais para o enfrentamento dessas resistências.

O termo “poder”, do latim *possum*, significa ser capaz de ter direito de deliberar, agir e mandar, exercer a autoridade, impor a obediência, a soberania, ou o império de dada circunstância. No cotidiano do trabalho hospitalar, existem micropoderes que circulam os profissionais da saúde⁽²¹⁾. Este estudo corrobora com o referencial foucaultiano, ao analisar esses micropoderes, que atuam nas relações profissionais dos tutores/consultores e gestores do Método. Um poder que emancipa empodera, mas não é estático, é dinâmico e circula entre os profissionais de saúde.

O uso das ideias e concepções de Foucault remete à adesão de um referencial teórico-filosófico robusto que, constantemente, convida para a reflexão do cotidiano e rotineiro, ajudando a identificar as tramas do poder/saber⁽¹⁰⁾. A análise genealógica foucaultiana deste estudo é uma postura em relação aos fatos

históricos, uma perspectiva que permite buscar a construção de um saber histórico das lutas a partir da busca dos começos, porém descontínuos, a partir do estudo da microfísica das relações: os biopoderes e as biopolíticas^(11,29,30).

Como limitações deste estudo, destaca-se a seleção de personagens-chave a partir da técnica *snowball*, na qual foram principalmente indicados profissionais engajados, influentes no processo de implantação e disseminação do estado. Talvez, ao ampliar a abordagem para mais profissionais de ponta, será possível identificar o porquê ainda são encontradas tantas fragilidades no estado para a efetivação do MC.

Muito tem se pesquisado sobre o MC no Brasil e no mundo, no entanto sem a preocupação com a perspectiva histórica. Considerando os mais de 20 anos desta política pública instituída no país, esse tipo de abordagem à luz do referencial foucaultiano evidencia as raízes das dificuldades que se enfrenta ao longo dos anos, para garantir a sua implantação e disseminação. A partir da compreensão de como ocorrem essas relações de poder-saber entre os profissionais, é possível traçar estratégias, nas quais este estudo destaca a importância da enfermeira para a efetivação dessa política.

CONCLUSÃO

Ao analisar as relações de poder e saber entre a equipe de saúde, que permeiam a implantação e disseminação do MC em

SC, identificamos que as trocas de experiências fortaleceram as ações do MC no estado a partir da articulação dos serviços. A atuação da equipe multiprofissional é fundamental no desenvolvimento e monitoramento das ações do Método. Esse trabalho em conjunto confere responsabilidade compartilhada na assistência entre os profissionais de saúde, favorecendo sua autonomia.

Dentre as diversas categorias profissionais, “a enfermeira Canguru” se destaca nas UN do estado de SC como aquela profissional que se preocupa com os pequenos detalhes e garante o cuidado integral do bebê e de sua família, desenvolvendo estratégias de poder sutil entre a equipe/família, sendo peça fundamental para a efetivação do MC nos serviços de saúde.

O contexto histórico das organizações hospitalares e serviços de saúde ainda traz relatos que marcam a história com a efetivação do “discurso médico hegemônico”, que ainda reprime as demais categorias profissionais. Este estudo aponta que, no cotidiano das UN, estabelecem-se diferentes relações de poder e que cada profissional desenvolve suas estratégias para negociar as mudanças na prática do cuidado, transitando entre as tramas do poder e saber, ora o exercendo, ora sendo passivo a ele.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/215850>

RESUMO

Objetivo: analisar as relações de poder e saber, entre a equipe de saúde, que permeiam a implantação e disseminação do Método Canguru no estado de Santa Catarina. **Método:** pesquisa sócio-histórica, com abordagem qualitativa, realizada no estado de Santa Catarina, no período de janeiro a novembro de 2019, a partir de entrevistas com 12 profissionais de saúde. Os dados foram analisados à luz da proposta genealógica de Foucault, com auxílio do *software Atlas.ti Cloud*[®]. **Resultados:** as relações da equipe neonatal fortaleceram as ações do Método Canguru no estado, articulando os serviços e favorecendo a autonomia dos profissionais de saúde. Entretanto, a enfermeira Canguru se destaca nesse processo, e o discurso médico hegemônico, muitas vezes, ainda reprime as demais categorias profissionais. **Conclusão:** os profissionais desenvolvem estratégias para negociar as mudanças na prática do cuidado, transitando entre as tramas do poder e saber, ora o exercendo, ora sendo passivo a ele.

DESCRITORES

Equipe de Assistência ao Paciente; Método Canguru; Recém-Nascido; Política de Saúde; Poder Psicológico; Enfermagem Neonatal.

RESUMEN

Objetivo: analizar las relaciones de poder y saber, entre el equipo de salud, que permean la implementación y difusión del Método Madre-Canguro en el estado de Santa Catarina. **Método:** investigación sociohistórica, con enfoque cualitativo, realizada en el estado de Santa Catarina, de enero a noviembre de 2019, a partir de entrevistas con 12 profesionales de la salud. Los datos fueron analizados a la luz de la propuesta genealógica de Foucault, con la ayuda del *software Atlas.ti Cloud*[®]. **Resultados:** las relaciones del equipo neonatal fortalecieron las acciones del Método Madre-Canguro en el estado, articulando los servicios y favoreciendo la autonomía de los profesionales de la salud. Sin embargo, la enfermera canguro se destaca en este proceso, y el discurso médico hegemónico muchas veces aún reprime a las demás categorías profesionales. **Conclusión:** los profesionales desarrollan estrategias para negociar cambios en la práctica del cuidado, moviéndose entre las tramas del poder y del saber, a veces ejerciendo, a veces siendo pasivos frente a él.

DESCRIPTORES

Grupo de Atención al Paciente; Método Madre-Canguro; Recién Nacido; Política de Salud; Poder Psicológico; Enfermería Neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Normas de orientação para a implantação do Método Canguru. Diário Oficial da União; Brasília; 2000.
2. Sanches MTC, Costa R, Azevedo VMGO, Morsch DS, Lamy ZC. Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015. p. 261.
3. Aires LCP, Koch C, Santos EKA, Costa R, Mendes JS, Medeiros GMS. Kangaroo-mother care method: a documentary study of theses and dissertations of the Brazilian nurse (2000–2017). *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180598. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0598>. PubMed PMID: 32236369.
4. Ferreira DO, Silva MPC, Galon T, Goulart BF, Amaral JB, Contim D. Kangaroo method: perceptions on knowledge, potentialities and barriers among nurses. *Esc Anna Nery.* 2019;23(4):e20190100. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0100>.
5. Silva LJ, Leite JL, Silva TP, Silva IR, Mourão PP, Gomes TM. Management challenges for best practices of the Kangaroo Method in the Neonatal ICU. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 6):2783-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0428>.
6. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;3:CD002771. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub2>. PubMed PMID: 21412879.

7. Miranda ECS, Rodrigues CB, Machado LG, Gomes MASM, Augusto LCR, Simões VMF, et al. Neonatal bed status in Brazilian maternity hospitals: an exploratory analysis. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(3):909-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.21652020>. PubMed PMID: 33729346.
8. Alves FN, Azevedo VMGO, Moura MRS, Ferreira DMLM, Araújo CGAA, Mendes-Rodrigues C, et al. Impacto do método canguru sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(11):4509-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202511.29942018>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde. [Internet]. Brasília: DATASUS; 2020 [citado em 2022 Abr 15]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=42
10. Foucault M. *Microfísica do poder*. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2019.
11. Thompson P. *A voz do passado: história oral*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1998.
12. Padilha MI, Bellaguarda MLR, Nelson S, Maia ARG, Costa R. The use of sources in historical research. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e2760017. doi: <http://doi.org/10.1590/0104-07072017002760017>.
13. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into brazilian portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
14. Vinuto J. Snowball sampling in qualitative research: an open debate. *Temat*. 2014;22(44):203-20. doi: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>.
15. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisas qualitativas: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual*. [Internet]. 2017 [citado em 2021 jun 22];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>
16. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):228-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>. PubMed PMID: 29324967.
17. Silva LJ, Leite JL, Silva TP, Silva IR, Mourão PP, Gomes TM. Management challenges for best practices of the Kangaroo Method in the Neonatal ICU. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(supl 6):2783-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0428>. PubMed PMID: 30540057.
18. Silva LT. Inflexão na abordagem genealógica da modernidade em Michel Foucault: do arcaísmo disciplinar à sociedade de segurança. *Rev Bras Ciênc Polít*. 2019;30(30):275-314. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220193008>.
19. Aquino MG. Notions of subject and power in Foucaultian readings and their influence in organization and people management studies. *Cad EBAPE BR*. 2019;17(3):448-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395173587x>.
20. Baptista MKS, Santos RM, Duarte SJH, Comassetto I, Trezza MCSF. The patient and the relation between power-knowledge and care by nursing professionals. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20170064. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0064>.
21. Matos SA Fo, Souza NVDO, Gonçalves FGA, Pires AS, Varella TCMML. Micro-powers in the daily work of hospital nursing: an approximation to the thinking of Foucault. *Rev Enferm UERJ*. 2018;26:e30716. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/ruerj.2018.30716>.
22. Pieszak GM, Gomes GC, Rodrigues AP, Wilhelm LA. As relações de poder na atenção obstétrica e neonatal: perspectivas para o parto e o nascimento humanizados. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;26(supl):e756. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e756.2019>.
23. Lucena MAG, Paviani J. O sujeito que cuida do outro: seus discursos e práticas em saúde. *Sapere Aude*. 2017;8(16):522-35. doi: <https://doi.org/10.5752/P.2177-6342.2017v8n16p522>.
24. Santos PF, Silva JB, Oliveira AS. Percepção da enfermagem sobre o Método Mãe-Canguru: revisão integrativa. *Rev Eletrôn Atualiza Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2020 Set 20];6(6):69-79. Disponível em: <https://atualizarevista.com.br/article/percepcao-da-enfermagem-sobre-o-metodo-mae-canguru-revisao-integrativa-v-6-n-6/>
25. Luz SCL, Backes MTS, Rosa R, Schmit EL, Santos EKA. Kangaroo Method: potentialities, barriers and difficulties in humanized care for newborns in the Neonatal ICU. *Rev Bras Enferm*. 2021;75(2):e20201121. PubMed PMID: 34614096.
26. Magagnin AB, Aires LCP, Freitas MA, Heidemann ITSB, Maia ARC. The nurse as a political-social being: perspectives of a professional in transformation. *Cienc Cuid Saúde*. 2018;17(1):1-7. doi: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v17i1.39575>.
27. Peixoto TC, Passos ICF, Brito MJM. Responsibility and guilt: paradoxical feelings among professionals from a pediatric intensive care unit. *Interface*. 2018;22(65):461-72. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0900>.
28. Zorzanelli RT, Cruz MGA. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface*. 2018;22(66):721-31. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>.
29. Prado K Fo. Genealogy as a historical method of analysis of practices and power relations. *Rev Ciênc Humanas*. 2017;51(2):311-27. doi: <https://doi.org/10.5007/2178-4582.2017v51n2p311>.
30. Choque Aliaga OD. Foucault: biopolítica y discontinuidad. *Prax Filos*. 2019;49:191-18. doi: <https://doi.org/10.25100/pfilosofica.v0i49.8030>.

EDITOR ASSOCIADO

Ivone Evangelista Cabral

Apoio financeiro

O presente trabalho contou com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.