

O Método Mãe Canguru: um encontro entre a tecnologia, a humanização e a cidadania

Ana Júlia Colameo¹

Ela deu a luz ontem. É um menino. Ele foi levado para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Ela está em seu quarto na maternidade. Ela chora. Sente que aconteceu algo muito estranho, pois nada indicava que seu bebê nasceria antes do tempo previsto. Ele é muito pequeno. Hoje foi vê-lo e não conseguiu olhar através do plástico da incubadora. Eram muitos fios e tubos, ficou nauseada. Foi advertida suavemente pelos médicos para que lavasse as mãos e não tocasse em nada. Não tocaria. Não conseguiu mover um músculo.

(Autora)

Dentre todos os indivíduos que necessitam de cuidados, os bebês de baixo peso, na sua maioria prematuros, estão no grupo dos mais frágeis e, portanto, dos que estão mais à mercê da equipe médica e da tecnologia. Os “recém-nascidos de baixo peso” (RNBP) são aqueles que nascem com menos de 2.500g. Eles têm um risco de morte 24 vezes maior no período neonatal e 4,3 vezes maior no período pós-neonatal, quando comparados com os nascidos com peso adequado. Quanto menor for o peso de nascimento, maior a sua morbi-mortalidade.

Atualmente as Unidades de Neonatologia contam com equipes especialmente treinadas para lidar com o RNBP e com equipamentos altamente sofisticados, de modo que até bebês com menos de 1.000g têm sobrevivido. Esses bebês são mantidos sob estreita vigilância, muitas vezes com uso de ventilação mecânica, oxigenação, drogas cardioativas, antibióticos, infusão de eletrólitos, hemoderivados, etc. São controlados por meio de monitores, inúmeros exames clínicos, laboratoriais, ultrassonográficos e radiológicos. Depois de passado o seu período inicial, de adaptação à vida extra-

uterina, além das terapêuticas necessárias ao tratamento das doenças e de complicações que apresentem, a base de todos os cuidados é fornecer o calor necessário para manter a sua temperatura e garantir a nutrição por meio de alimentação parenteral ou enteral. Mesmo que não apresentem mais problemas médicos e sejam capazes de coordenar a sucção e a deglutição, os RNBP, no atendimento convencional, são mantidos em incubadora até que regulem a temperatura por si mesmos. Geralmente, depois de estáveis, os bebês passam para a fase de “engorda” até a alta hospitalar que obedece ao critério de um peso mínimo em torno de 2.000g.

O custo da manutenção do RNBP nas Unidades Neonatais é extremamente alto, pressupondo o contínuo aprimoramento dos profissionais, a manutenção e a melhoria dos equipamentos e das instalações físicas.

O crescimento e o desenvolvimento da criança que nasceu de baixo peso está fortemente associado com sua história médica inicial, com a qualidade dos cuidados hospitalares, com a qualidade da atenção intra-familiar e com a amamentação. Além disso, o início precoce do aleitamento materno também tem um papel positivo importante no futuro dos RNBP.

A longa permanência na Unidade Neonatal (com cuidados convencionais) implica em pouco contato entre a mãe e o bebê, frequentemente por grandes períodos. Isso dificulta o início e o estabelecimento da amamentação, podendo interferir na formação do vínculo afetivo.

O freqüente adoecimento, as peregrinações semanais por consultórios médicos distintos e as internações recorrentes ao longo do primeiro ano de vida, muitas vezes, minam o interesse dos familiares pela criança. Os danos físicos e psicológicos, a inaptidão e maus tratos, a rejeição e uma escalada aterradora de custos econômicos e emocionais, têm demonstrado o desequilíbrio flagrante entre o declínio da mortalidade e o aumento da morbidade.

Atualmente, a corrente de pensamento humanista que atravessa a Perinatologia tem levado os estudiosos a buscarem alternativas ao modelo médico de cuidados convencionais. A pediatria voltada para o desenvolvimento vem procurando soluções para corrigir os efeitos

¹ Médica Pediatra, Neonatologista, Mestre em Ciências na Área da Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Infecções e Saúde Pública da Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo e Pediatra da Prefeitura Municipal de São Paulo. Contato: anajulia@isaude.sp.gov.br

indesejáveis da alta tecnologia. As famílias dos novos cidadãos estão exigindo uma assistência médica de excelência, equidade no acesso à tecnologia avançada e a não discriminação por motivos econômicos. Ao mesmo tempo, os Estados estão interessados em conter gastos e em distribuir de maneira racional os escassos recursos existentes. Nesse panorama surge o Método Mãe Canguru (MMC).

O Método Canguru, também conhecido como “pele a pele”, nasceu na Colômbia na década de 70, idealizado pelos Drs. Rey e Martinez como uma alternativa para enfrentar a escassez de incubadoras e a conseqüente alta mortalidade dos prematuros. Inicialmente visto como um método para países pobres, o MMC foi gradativamente adotado pelos países desenvolvidos, conforme percebiam que suas vantagens iam além do aquecimento do prematuro. Atualmente é considerado não tão somente como uma simples técnica de manejo neonatal, mas um método de intervenção psicossocial e um importante instrumento de estimulação positiva para o desenvolvimento do RNBP.

O MMC, fundamentalmente, constitui-se na substituição da fonte de calor da incubadora pelo calor humano da mãe, por meio do contato pele a pele. Tem como coadjuvantes importantes a amamentação exclusiva e a alta precoce baseada na estabilidade clínica e ganho de peso consecutivo.

No Brasil, o MMC foi adotado como política pública em 1999. Com o apoio do BNDES e da Fundação ORSA, o Ministério da Saúde lançou o “Programa de Humanização no Atendimento do Recém-nascido de Baixo Peso - Método Mãe Canguru” e seu processo de implantação adotou por base a oferta de treinamentos para equipes multidisciplinares em centros de capacitação especialmente desenvolvidos para esse fim.

A norma do programa definiu as etapas de implantação de acordo com a evolução clínica do bebê. A **Primeira Etapa** é relativa à situação do RNBP que está internado na Unidade Neonatal, para adaptar-se à vida extra-uterina; nessa fase, a norma determina que haja livre acesso e participação da família nos cuidados com o bebê, estímulo ao aleitamento materno e o contato progressivo até a colocação do RNBP em “posição canguru” (pele a pele). A **Segunda Etapa** é relativa à situação do RNBP com condições de ficar em alojamento conjunto contínuo com a mãe onde permanecem em posição canguru pelo maior tempo possível; a mãe exercita a amamentação e fornece os cuidados específicos ao bebê prematuro, ambos apoiados pelos profissionais do hospital. A **Terceira Etapa** é a fase domiciliar; o bebê é acompanhado no ambulatório pela equipe responsável pelo método a cada 2 ou 3 dias inicialmente e, depois, semanalmente até que atinja 2.500g ou mais, ocasião em que é encaminhado para a rede pública de saúde.

Em 2004 o projeto “Avaliação do Processo de Implantação do Método Mãe Canguru em Hospitais Públicos do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo” analisou os caminhos percorridos pelos hospitais para a implantação do MMC. Foram estudadas 28 maternidades públicas que adotaram o método e em diferentes fases de implantação.

Apesar da aparente simplicidade do MMC, foi encontrado que a implantação esbarra em alguns grandes obstáculos: Inicialmente o “desempoderamento” médico e instalações físicas inapropriadas, porque a adesão e a permanência das mães na Unidade Neonatal dependem de um acolhimento com receptividade e conforto. Secundariamente, a dificuldade de entrosamento da equipe hospitalar com os outros familiares (além das mães), para que seja possível assegurar a alta precoce com segurança e controles ambulatoriais freqüentes.

Também, foram sinalizados fatores facilitadores, tais como ser Hospital Amigo da Criança, ter Banco de Leite Humano e contar com uma equipe de 12 ou mais profissionais treinados pelo curso de capacitação oficial.

Esses fatores que tornaram a implantação mais rápida e eficaz apontam para que as rotinas de humanização, a experiência em lidar com amamentação e o convencimento de um número substancial de profissionais sejam possivelmente a chave para a implantação. Adicionalmente, os obstáculos encontrados demonstram a importância de haver previsão orçamentária para as adaptações físicas necessárias à permanência das mães e do convencimento dos vários níveis de gestores sobre a importância do método.

A presença constante da mãe na Unidade Neonatal, aquecendo, amamentando e participando dos cuidados, traz em si o reconhecimento de que este pequeno indivíduo pertence a um núcleo social e devolve ao bebê, o conceito de cidadão de direitos, com voz e participação nas decisões médicas, por meio de seus familiares.

A alta precoce libera leitos hospitalares. A amamentação exclusiva reduz as complicações graves intra e extra-hospitalares e garante uma melhor qualidade de vida a essas crianças.

O Método Mãe Canguru revela-se uma forma inovadora para o atendimento dos bebês de baixo peso, que agrega a sofisticada tecnologia à humanização e à cidadania, além de reduzir custos para o Estado.

Referências Bibliográficas

- ALS, H.; GILKERSON, L. Developmentally supportive care in the neonatal intensive care unit. **Zero to Three**, v. 15, p1-10, 1995.
- ANDERSON, G.C.; CHIU, S.H.; DOMBROWSKI, M.A.; SWINTH, J.Y.; ALBERT, J.M. WADA N. Mother-newborn contact in a randomized trial of kangaroo (skin-to-skin) care. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, 32(5):604-11, Sep-Oct 2003;
- BERGMAN, N.J.; LINLEY, L.L.; FAWCU, S.R. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200 to 2199 gram newborns. **Acta Paediatrica**, 93:779-785, 2004.
- BRADLEY, R.H.; CASEY, P.H. Family environment and behavioral development of low-birthweight children. **Journal of Development, Medicine and Child Neurology**, 34 822-826, 1992.
- CATTANEO, A.; DAVANZO, R.; WORKU, B.; SURJONO, A.; ECHEVERRIA, M.; BEDRI, A. *et al.* Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. **Acta Paediatrica**. 1998(b) Sep; 87(9): 976-85.
- CECCHETTO, S. Mãe canguru: tecnologia perinatal humana -Parte I: Uma abordagem pela bioética. In: CARVALHO, M.R.; Tamez, R.N. (Orgs.) **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 11: p:132-136.
- CHARPAK, N.; FIGUEROA, Z.; HAMEL, A. **O método mãe canguru: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras**. (G M S Lima, trad.) Rio de Janeiro: Mac Graw-Hill, 1999.
- COLAMEO, A.J.; REA, M.F. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **Cadernos de Saúde Pública**, 22(3): 597-607, mar, 2006
- LUBCHENKO, L.O.; SEARLS, D.T. Neonatal mortality rate: relationship to birth weight and gestational age. **Journal of Pediatrics**. 1972; (84):4
- MARTINEZ GOMEZ, H.; REY SANABRIA, E.; MAEQUETTE, C.M. The mother kangaroo programme. **International Child Health**. 1992. (1):55-67.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normatização do Método Canguru: Normas de Atenção Humanizada do Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru)**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. Brasília. 2000. 20p.
- TOMA, T.S. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cadernos de Saúde Pública**; 2003.19 (supl. 2):233-242.
- UNICEF. Kangaroo treatment saves underweight babies. **News Features**. 1984.
- VÍCTORA, C.G.; BARROS, F.C.; VAUGHAN, J.P. **Epidemiologia da Desigualdade**. São Paulo: Hucitec, 1988.

