

A inclusão da família nos serviços de atenção ao bebê de baixo peso

Tereza Setsuko Toma¹

O enfrentamento das dificuldades devidas a falta de recursos no setor saúde da Colômbia levou seus médicos, na segunda metade da década de setenta, a adotar medidas inusitadas, como a de colocar até três bebês dentro de uma mesma incubadora, o que resultou em muitas mortes por infecção cruzada. Em 1979, O Drs. Rey e Martinez, do Hospital San Juan de Dios, da cidade de Bogotá, tiveram a idéia de aproveitar o próprio corpo das mães para aquecer seus bebês de baixo peso/prematuros. O UNICEF e seus consultores, felizmente, conseguiram enxergar nessa última modalidade de atenção, a qual passou a ser chamada como Mãe Canguru, vantagens que iam além da questão de sobrevivência em países pobres. Hoje em dia, pesquisas realizadas em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento apontam que essa forma de atenção ao bebê prematuro é segura, vantajosa e viável.

No Brasil, diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo estabelecem parâmetros para garantir a segurança na implementação do Método Mãe Canguru (MMC)*.

Um dos grandes benefícios do MMC é que a participação efetiva da família no cuidado desses bebês, desde o início da vida, favorece a criação e o fortalecimento do vínculo afetivo e eleva a auto-confiança das mães, o que pode contribuir para uma melhor qualidade de vida dessas crianças no futuro. Entretanto, considerando a tradição autoritária dos serviços públicos nas suas relações com as classes populares, nunca é demais chamar a atenção para o cuidado de não substituir as iniciativas familiares, mas sim caminhar no sentido do seu fortalecimento.

Em 2001-2002 realizamos um estudo qualitativo, que teve como objetivo aumentar a compreensão sobre a influência das condições hospitalares e da organização familiar sobre a prática do MMC* * . Foram realizadas entrevistas com 14 mulheres e sete homens participantes do Programa Canguru, do Hospital Geral de Itapeverica da Serra (SP). Os depoimentos dos entrevistados apontam o processo de decisão para a prática do MMC como um complexo que depende não só da vontade da mãe, mas também do apoio de sua rede familiar e de uma equipe de saúde compreensiva. Embora as mães percebam a importância do método para a recuperação de seus filhos, os dilemas e as dificuldades pessoais e de ordem familiar podem impedi-las de participar efetivamente do programa. Por exemplo, nosso estudo mostra que há grande participação das famílias no apoio à mãe canguru, particularmente de sua mãe (a avó do bebê), mas seria

interessante realizar estudos semelhantes em outras regiões, onde o comportamento dos grupos familiares podem ser diversos. Apresentamos a seguir alguns aspectos que se mostram mais ou menos propícios à realização do MMC, considerando-se que os dilemas e dificuldades podem vir a ser melhor explorados se as fases hospitalar e domiciliar forem vistas separadamente.

Fase hospitalar:

- Mães de primeiro filho têm mais disponibilidade para participar, desde que não se sintam pressionadas a dar conta de suas tarefas domésticas. Portanto, companheiros compreensivos e o apoio da rede familiar no cuidado da casa são de grande ajuda;
- Os pais, em geral, fazem o pele-a-pele quando visitam a criança. Se estão empregados, pode-se esperar sua participação após a saída do trabalho, nos dias de folga e finais de semana. É possível que um ou outro participe mais efetivamente se o seu trabalho permitir um horário bastante flexível. De qualquer forma, a presença regular e o apoio afetivo do pai podem ajudar as mulheres a enfrentar essa etapa com mais facilidade;
- A existência de outros filhos é fator que dificulta a participação da mulher, mesmo quando a rede familiar é continente. A permissão para entrada dos irmãos na Unidade Neonatal, assim como a liberdade para que as mulheres possam ir a suas residências e voltar ao hospital, podem ser medidas importantes para maior adesão ao programa;
- Gravidez indesejada e perda do bebê em gravidez anterior podem afetar a disponibilidade da mulher para o estabelecimento de vínculo com a nova criança. É necessário estar atento a essas situações e contar com profissional capaz de lidar com elas;
- Filhos gêmeos de baixo peso exigem apoio redobrado da equipe e dos familiares. A participação constante de outro membro da família permitiria mais tempo para descanso dessas mães;
- O preparo para manter a produção de leite e a amamentação exigem grande disposição das mulheres, particularmente quando os bebês são muito pequenos e no caso de gêmeos;
- Conforto e atividades recreativas podem ser muito úteis para as mulheres cujos bebês permanecerão por longo período internados.

¹ Médica pediatra, com mestrado em saúde pública, coordenadora do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde.

Fase domiciliar:

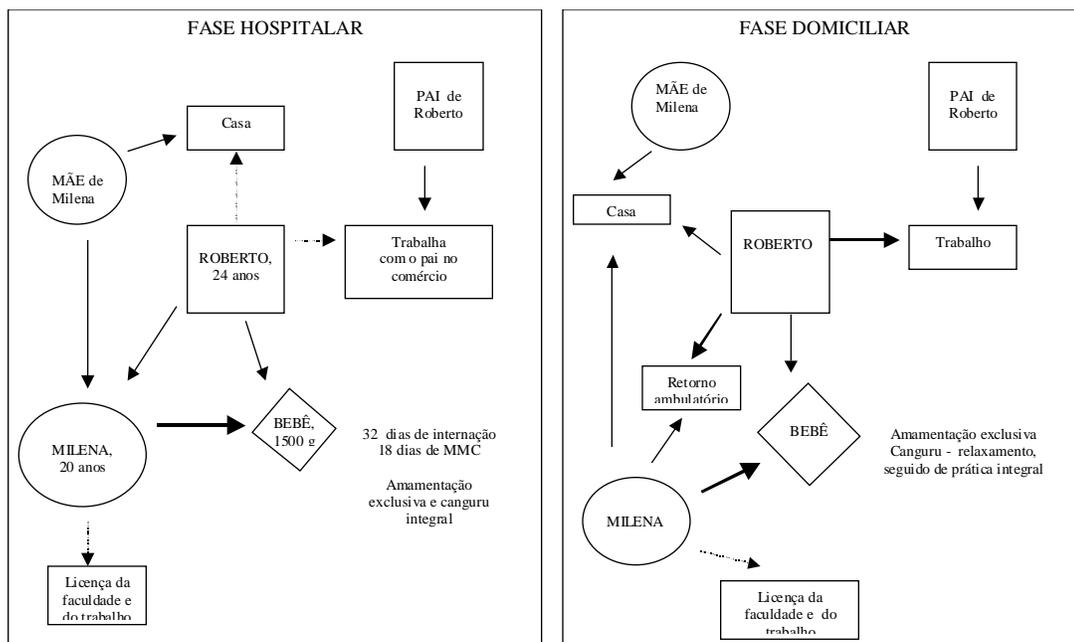
- Se a criança recebeu alta hospitalar, a tendência é a família achar que ela está bem e haver um relaxamento quanto a seguir todas as recomendações dadas pelo serviço. Por isso, é importante um bom acompanhamento ambulatorial. Atenção cuidadosa deve ser dada aos bebês que receberam alta com pesos mais baixos;
- Em casa, mais do que no hospital, é importante que todas as tarefas possam ser compartilhadas de acordo com o desejo da mãe. Nem sempre, o que ela quer é que alguém cuide da casa para que ela possa ficar todo o tempo com o bebê. Exceto a amamentação, os demais cuidados podem ser feitos igualmente por outras pessoas adequadamente orientadas;
- Outros filhos continuarão sendo motivo de dificuldade para a mãe em casa, em particular se ainda não estiverem freqüentando a escola;
- Não se deve idealizar a prática do canguru. As mães podem não se sentir seguras em realizar tarefas na cozinha com o bebê em posição canguru;
- A participação efetiva do pai ou de outro membro da família para manter a posição canguru durante a noite é fator muito importante, desde que respeitada a vontade da mãe. No caso de gêmeos, isso é ainda

mais evidente para que a mãe não fique sobrecarregada. Entretanto, nem todas as mulheres se sentem seguras em deixar seus companheiros dormirem com os bebês em posição canguru.

No hospital onde o estudo foi realizado chama a atenção o alto grau de adesão das famílias ao programa. O sucesso parece depender particularmente da capacidade de conhecer as possibilidades e limitações de cada família e de, em conjunto com elas, construir o caminho mais propício ao desenvolvimento de suas habilidades em cuidar do bebê de baixo peso ao nascer. Esse trabalho com as famílias pode parecer complexo demais para as equipes interessadas em utilizar o Método Mãe Canguru. Por outro lado, vale a pena refletir sobre o que tem ocorrido com os bebês e suas famílias no modelo convencional de atenção, no qual ao atingir 2000 gramas as crianças são consideradas “aptas para alta”, sendo, entretanto, verdadeiros desconhecidos para seus pais.

Na Figura 1 expressamos o esquema de um casal que representa um modelo bastante favorável à prática do MMC. Observa-se que a rede familiar de apoio atuou de acordo com a necessidade do casal para o cuidado ao bebê nas fases hospitalar e domiciliar.■

Figura 1. Milena e Roberto - fatores intervenientes no processo de decisão sobre a prática do MMC no hospital e em casa. (Modelo favorável à prática do MMC: companheiro participativo, apoio da rede familiar de ambos os lados)



* D.O.E. Poder Executivo, Seção I, São Paulo, 111 (138), 25/07/2001, p.20. Resolução-SS 84, de 24-7-2001 Aprova as “Normas de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru) no Estado de São Paulo” como as rotinas básicas adotadas para o credenciamento no método no Estado de São Paulo e dá outras providências correlatas

** Projeto realizado com apoio financeiro do NEPO/UNICAMP e Instituto de Saúde.