

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**PERFORMANDO CUIDADO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA ANÁLISE A
PARTIR DO DOCUMENTO SOBRE O “MÉTODO CANGURU” DO MINISTÉRIO
DA SAÚDE (BR)**

DIEGO CARRILHO DA SILVA

**Porto Alegre
2019**

DIEGO CARRILHO DA SILVA

**PERFORMANDO CUIDADO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA ANÁLISE A
PARTIR DO DOCUMENTO SOBRE O “MÉTODO CANGURU” DO MINISTÉRIO
DA SAÚDE (BR)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título de
Enfermeira da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Sandrine
Machado

Coorientadora: Profa. Dra. Anne Marie
Weissheimer

**Porto Alegre
2019**

AGRADECIMENTOS

Às minhas famílias de sangue e coração. À minha irmã Priscila por ser minha melhor amiga. Ao meu pai Claudio e minha mãe Iara que me proporcionaram tudo sempre. À minha dinda Carlinda, que mais que dinda, sempre foi como uma segunda mãe. À minha família emprestada da Patrícia que sempre foram maravilhosos, e a ela especificamente por ser uma amiga incrível que cuida de mim e da minha irmã como se fossemos seus irmãos. À Amanda que é “gêmula” desgarrada que sempre me incentivou a terminar a faculdade mesmo ela mesma não curtindo tanto a enfermagem.

Ao meu gordinho Leonardo Régis, por ser uma das pessoas mais especiais da minha vida, que eu amo tanto, e que me ajudou em muitos momentos difíceis e me ajuda até hoje a ser uma pessoa melhor. Agradeço também a nova família ENORME que ele me deu e que me rendem muitos momentos divertidos! Amo muito ele, mesmo tendo momentos que eu queria atirar ele da janela por me atrapalhar no TCC, cantando alto pela casa!

Ao GDAEE, ou DAEE e COMO, em especial as pessoas da gestão: a Gabe, a Mari, a Lisi, a Hellen, a Carol, o Bruno, a Thita, a Gláucia, a Taci, que me ensinaram, não só o que é amizade e companheirismo, mas também que ao lado das pessoas certas é possível transformar o mundo de um lugar cruel, para um lugar melhor de se viver!

Aos meus amigos que encontrei ao longo das crises na Enfermagem, que além de me acolherem na sua turma, me colocaram em um lugar no seu coração! Em especial a Pi, a Bá, a Nathi, a Gabe e ao Rodrigo que, além de amigos, também se tornaram aliados na luta anticapitalista!

À minha musa, diva inspiradora, dona das coreôs, organizadora oficial dos Bons Drinks, e orientadora Paula Sandrine Machado, que tirava tempo da sua vida badalada de glamour, e com toda paciência do mundo, me ajudou no TCC, e em muitos outros momentos durante a minha participação no NUPSEX.

À profa. Anne Marie por ter topado essa empreitada doida de me aventurar pela antropologia, e ter me estendido a mão quando eu precisei de um apoio da escola de Enfermagem!

Ao pessoal do NUPSEX pelo acolhimento e pelos ensinamentos, ao longo dos mil anos que estive com eles, por me ajudarem a realizar outra graduação paralela ao curso de Enfermagem, mesmo achando que eu era aluno da Psicologia. Em especial ao Boss, porque né, ele é o chefe a gente tem que citar por consciência às bolsas. Brincadeira, agradeço a ele por todos os ensinamentos e oportunidades que tive ao longo dos meus 4 anos no núcleo. :P

À Cris Gross que foi uma das minhas melhores amigas do NUPSEX e que também se tornou uma grande amiga da vida, escutando, reclamando e rindo da cara dos outros, sempre rendendo muitos momentos de boas risadas e bons drinks.

Aos outros amigos de outros estados que compartilharam diversos momentos, desde a internet até a vida real, em encontros muito loucos e muito divertidos, mas também de muita luta e resistência, nas minhas andanças por esse Brasilão todo!

RESUMO

A noção de “cuidado” tem sido discutida há décadas por diferentes disciplinas, considerando-se as formas de cuidar e as características das pessoas cuidadas e cuidadoras. Em alguns campos de atuação e produção de conhecimento, o cuidado aparece como central, como é o caso da enfermagem, na qual tem sido estudado a partir de um resgate histórico de elementos socioculturais e de crítica ao modelo centrado na racionalidade clínica e em padrões de normalidade, enquadrando-se no escopo de uma política voltada para a humanização da atenção à saúde e tenta constituir uma nova ética do cuidado. Assim, a noção de cuidado emerge como central em algumas políticas públicas. O presente estudo pretende realizar uma etnografia do documento que define uma dessas políticas do Ministério da Saúde: “Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru” de 2011. A escolha do documento se deu considerando que é amplamente utilizado em maternidades e hospitais e se propõe a abordar o cuidado materno em todos os aspectos da interação entre mãe e bebê. As questões de pesquisa recaem sobre a produção da categoria “cuidado”: Se a bibliografia aponta para o fato de que ele vai sendo constituído como algo “inato” do ser humano, particularmente das mulheres mães, como as conexões entre cuidado e gênero são performadas no referido documento? O que é necessário para que tais conexões sejam “feitas” como naturais? A análise consiste na descrição mais detalhada do documento e são mapeados alguns de seus enunciados, seguindo a perspectiva Foucaultiana (2001), buscando quais as referências utilizadas para justificar as ações, onde e em quais áreas de conhecimento são produzidos esses estudos, entre outros elementos que permitem entender como a categoria “cuidado” está sendo performada e quais as controvérsias envolvidas. Do ponto de vista teórico-conceitual, utiliza-se as noções de controvérsia e caixa preta de Bruno Latour (2011), bem como as de coordenação, ontologias múltiplas e performatividade de Annemarie Mol (2002). A análise aponta para o modo como a política performa um projeto de família e de cuidadores/as, na medida em que para que o cuidado seja efetivo e contribua para a manutenção da saúde e bem-estar do RN, é preciso identificar um certo sujeito que cuida. Esse sujeito deve passar por um processo de parentalização através de experiências passadas com familiares das gerações anteriores e ter uma relação conjugal estável e satisfatória. Há, ainda, especificidades exigidas para mulheres e homens. Para a mulher são descritas mudanças biológicas e hormonais da gestação que auxiliariam na parentalização, associadas ao reconhecimento social por alterações corporais. Para o homem não são identificadas descrições de ritos sociais nas sociedades modernas que o auxiliariam no processo de parentalização; somente são exigidas relações satisfatórias com os familiares de sua geração anterior, principalmente com seu pai. O processo de parentalização serve para satisfazer necessidades básicas do RN, de acordo com conceito de mãe suficientemente boa de Winnicott. Como esses cuidados são difíceis de mensurar, outros indicadores são levados em consideração, como medidas de temperatura e peso, que são mensuráveis. Percebe-se, assim, como o cuidado, mesmo em uma mesma política, é performado de modo múltiplo apontando para as diferentes materialidades nele engajadas.

LISTA DE ABREVIações

RN - Recém-nascido

RNTP – Recém-nascido Pré-termo

MC – Método Canguru

CGSCAM/MS – Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

IMI – Instituto Materno-Infantil

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO E OPERADORES CONCEITUAIS	13
2.2 Cuidado na História.....	17
2.3 Operadores conceituais e metodológicos	20
3 REVISANDO A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O MÉTODO CANGURU	24
4 DISCUSSÃO	30
4.1 O projeto de família.....	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS.....	49

1 INTRODUÇÃO

No campo das diversas disciplinas (filosofia, religião, psicologia, entre outras), a noção de “cuidado” tem sido discutida há décadas. Nessas discussões, são consideradas as inúmeras formas de cuidar e as características das pessoas “cuidadoras” e daquelas que são “cuidadas”. Essas diversas maneiras de pensar o cuidado acabam por influenciar orientações éticas e comportamentos morais no cotidiano das pessoas que prestam e/ou que necessitam de cuidados (ZOBOLI, 2004).

A enfermagem, como disciplina, é recente na história das profissões, e sua criação data da segunda metade do século XIX, considerando a sua sistematização estabelecida por Florence Nightingale (PADILHA; MANCIA, 2005). Ao mesmo tempo, é possível dizer que, atualmente, a enfermagem ainda busca sua solidificação dentro do campo das ciências da saúde. Além disso, dentro da racionalidade científica, que busca objetos concretos e quantificáveis, a enfermagem também encontra obstáculos para ser reconhecida. Entre outros motivos, concorre para esse quadro o fato de que o principal objeto de prática assumido por esse campo é o cuidado, atualizando hierarquias dentro do saber/poder racionalista, na esfera da atenção à saúde.

O cuidado como objeto de enfermagem tem seu início registrado também a partir dos escritos de Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, com seus escritos “Notas sobre Hospitais” (1858) e “Notas sobre Enfermagem” (1859). Neles, a autora sistematizou suas observações sobre o cuidado prestado aos soldados da guerra da Crimeia, tendo, a partir de então, iniciado o processo de ensino no campo da Enfermagem. Nos períodos precedentes a Florence, o cuidado era, segundo Lunardi (1998), praticado por mulheres que prestavam assistência aos

familiares necessitados, baseando-se no conhecimento do senso comum da época. Ainda nesse período, esse tipo de trabalho era utilizado por elas como algo necessário para escapar do regime patriarcal, bem como tornavam-nas diaconisas por cuidarem de outras pessoas. Ao mesmo passo, com a ascensão da igreja na idade média, o serviço prestado de enfermagem passou a ser considerado como forma de penitência, permitindo a absolvição dos pecados, sendo, assim, praticado como caridade por aquelas que buscavam a Igreja (LUNARDI, 1998).

Destaca-se, desse modo, que a origem do cuidado como objeto da enfermagem passou por diversos momentos históricos, que trazem, na sua raiz, práticas cotidianas de atuação na atenção a pessoas com determinadas demandas. Além disso, coincide com questões sociais relacionadas às hierarquias de gênero e à divisão sexual do trabalho. O processo de ensino no campo da enfermagem impulsionado por Florence Nightingale teve suas contribuições para os enquadramentos sistemáticos exigidos a uma disciplina para que ela fosse reconhecida como parte da ciência. Entretanto, o comportamento exigido das mulheres que deveriam exercer a profissão ainda carregava os estereótipos sobre a feminilidade da época. O fato, por exemplo, do cuidado ser exercido por pessoas consideradas impuras, que precisavam de expiação religiosa, colocava-o como algo ligado ao abjeto (KRUSE, 2006).

Ressalta-se, desse modo, que o processo de ensino na enfermagem também acabou passando por um processo de purificação e higienização. Nesse sentido, ao se criar a profissão da enfermagem, ao mesmo tempo eram definidos processos éticos de conduta, que, nesse caso, a partir do atravessamento do gênero na divisão sexual do trabalho, concorreram para dificultar a consolidação da enfermagem como uma profissão valorizada em termos científicos.

Nesse mesmo sentido, Carol Gilligan (1982), em sua obra sobre a “Ética do Cuidado”, destacou a presença de uma visão dicotômica da moral, relacionada a uma diferença entre gêneros. Para ela, a visão dos homens estaria baseada na noção de justiça e respeito ao direito dos outros, e, a das mulheres, na experiência da conexão com o outro, resultando na atribuição da manutenção dos cuidados relacionais, como cuidados com os filhos, da casa, do marido, etc. A partir de suas análises, a autora articula uma crítica a uma ética universalista que seria abrangente a todas as pessoas, quando de fato, o que existe, segundo ela, é uma visão dicotômica que articula uma noção masculina dessa ética universal que, por sua vez, coloca as mulheres como sendo mais fracas eticamente. Assim, sua intenção é apontar para diferentes formas que assume o desenvolvimento moral das pessoas, a partir de propostas éticas pautadas em princípios e direitos, que acabam por influenciar formas de subjetivação distintas para homens e mulheres em relação ao cuidado.

A emergência da inscrição do debate sobre ética e moral em dicotomias de sexo e gênero também caminha lado a lado à divisão sexual do trabalho, onde a mulher acaba sendo designada à esfera privada e os homens à esfera pública (IZQUIERDO, 2003). Nesse sentido, o trabalho de cuidado com a casa e os filhos seria pertinente à mulher, pois demandaria sentimentos de afeto e zelo, enquanto aos homens se destinaria a tarefa social do pensamento racional e da tomada de decisões.

Os estudos sobre a ética do cuidado que se seguiram aos de Gilligan (RIPOLLÉS, 2009; MOLINIER, 2012; FLORES-ÁNGELES, GUERREIRO, 2014) buscaram aprimorar essa discussão, na tentativa de desnaturalização do papel da mulher como cuidadora, pensando o cuidado como algo passível de ser distribuído

de forma igualitária, o que permitiria experiências emancipatórias e não o inverso. Pode-se dizer que a Enfermagem teve um papel bastante importante nesses embates e debates, ao mesmo tempo em que o cuidado foi se tornando central para esse campo, como ciência e profissão. O que, por outro lado, nos perguntamos recai sobre a própria produção da categoria cuidado: como ele é constituído como algo “inato” do ser humano, particularmente de mulheres mães? Como são performadas essas conexões entre cuidado e gênero? O que é necessário para que tais conexões sejam “feitas” como naturais? Diante disso, define-se, como objetivo deste estudo, analisar as formas como o cuidado é performado em um documento específico, de relevância para a Enfermagem: o da política pública “Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru” do Ministério da Saúde.

O Método Canguru (MC) é um método de assistência perinatal, voltado para o cuidado humanizado, que reúne estratégias de intervenção biopsicosocial. Sua implementação data de 2007, e é orientada pela PORTARIA Nº 1.683, DE 12 DE JULHO DE 2007 (Brasil, 2017). O MC tem como objetivo a mudança institucional sobre a atenção à saúde, centrada na humanização e no princípio de cidadania da família. As ações tomadas por ela devem seguir um “mínimo ideal” para o atendimento de recém-nascidos (RN) com baixo peso, com condutas humanizadas a fim de proporcionar maior apego mãe-bebê, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao relacionamento familiar. A prática central, preconizada pelo método, é o contato pele-a-pele, que vai desde o toque da mão até a posição canguru. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo-peso em contato pele-a-pele, na posição vertical, junto ao peito dos pais ou de outros familiares. O processo deve ser iniciado de forma

precoce e crescente, por escolha da família, pelo tempo que ambos - criança e cuidador/a - entenderem ser prazeroso e/ou suficiente (BRASIL, 2017). O método foi desenvolvido em Bogotá, Colômbia, por Héctor Martínez e Edgar Rey Sanabria, no Hospital San Juan de Dios – Instituto Materno-Infantil (IMI). A criação da técnica deu-se para contornar um problema de superpopulação das unidades neonatais associado à precariedade de materiais. A falta de incubadoras, em número insuficiente, obrigava os profissionais a colocarem mais de um bebê por aparelho, sujeitando-os a maior risco de infecções cruzadas. A internação do RN na unidade neonatal causava o afastamento da mãe, que era impedida de ficar por períodos prolongados junto ao seu bebê, gerando consequências ao aleitamento materno, bem como promovendo a introdução de fórmulas infantis precocemente e o abandono materno. O método obteve sucesso na época de sua criação, chamando a atenção de organizações internacionais como a UNICEF, que financiou melhorias no hospital de origem, o que suscitou uma difusão internacional sobre a eficácia do método (CARVALHO, 2001).

A experiência com o método no Brasil iniciou-se em 1991, no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo, seguindo para o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife. Estudos quantitativos foram realizados na época para testar a eficiência do método, atingindo resultados favoráveis a sua validação e, assim, sendo difundido por diversos estados (CARDOSO; et al., 2006). Franco e Alves (2014) também destacaram, em seus estudos, que a simplicidade e o custo reduzido em termos de valores, faz do MC uma ótima alternativa para países em desenvolvimento.

A escolha, então, por essa política, como objeto do presente estudo, se deu por ela se mostrar interessante do ponto de vista analítico para esta investigação

pelos seguintes aspectos: 1) o cuidado assume uma posição central no documento, uma vez que ele fala sobre cuidado em saúde, cuidado materno e cuidado não convencional como a própria técnica do método; 2) é uma política que possui um caráter complexo, pois aciona elementos diversos que, à primeira vista, seriam incompatíveis de estarem juntos, mas que, na política, são coordenados (MOL, 2002) de forma a apresentarem uma unidade possível no texto.

Este trabalho está dividido em três partes. A primeira será um resgate da construção do cuidado dentro do campo da enfermagem, pensando nas suas origens ontológicas e epistemológicas, e nas naturalizações ocorridas nesse percurso. Finalizarei este tópico identificando os operadores conceituais utilizados no estudo e as escolhas metodológicas estabelecidas. A segunda parte será uma revisão da literatura sobre o Método Canguru apontando para sua aplicação dentro da área da saúde e apresentando os fatores que o definem com um método efetivo para utilização. Finalmente, na terceira parte, será feita uma análise de como a política pública performa diferentes cuidados, e de que modo algumas naturalizações são “feitas” (MOL, 2002) nesse processo.

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO E OPERADORES CONCEITUAIS

Na perspectiva de sua consolidação dentro do campo científico, a enfermagem incorporou nas suas práticas o modelo biomédico, base hoje das formações profissionais em saúde, que, a partir de sua racionalidade clínica e padrões de normalidade, reduz os seres humanos à sua morfologia e os descontextualiza socioculturalmente. A partir disso, o cuidado em enfermagem tem sido estudado a partir do resgate histórico desses elementos socioculturais, dentro de uma política de humanização, para tentar constituir uma nova ética do cuidado. Dessa forma, são trazidos elementos históricos, filosóficos, éticos e políticos para elaborar outras formas de cuidado na perspectiva da humanização.

O cuidado como objeto de estudo científico na enfermagem tem seu marco histórico em meados da década de 70, com os trabalhos de Madeleine Leininger, inscritos no que ficou conhecido como “teoria transcultural do cuidado” (1978). A autora identificou que, nessa época, a enfermagem dentro do contexto norte americano estava voltada para uma busca de identidade e competência técnica, mas que carecia de interesse por aspectos culturais relacionados à profissão. Leininger seguiu os passos de Margareth Mead, antropóloga e uma das principais autoras que associou o conhecimento da enfermagem ao enfoque antropológico. Para Mead (1956), era fundamental o conhecimento de padrões comportamentais de diferentes culturas para o cuidado em saúde. Leininger foi, também, uma figura importante para a formação profissional dos enfermeiros, pois criticava os órgãos formadores da época por não tratar de tais assuntos nos currículos acadêmicos, já que considerava essencial para a enfermagem conhecer os aspectos de vida das pessoas.

A partir desse contexto, Leininger desenvolve sua teoria que tinha como foco a análise comparativa de diferentes culturas ou subculturas, no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado em geral, ao cuidado em enfermagem, assim como aos valores, crenças e padrões de comportamento relacionados à saúde e à doença. Sua intenção era criar um corpo de conhecimentos particular e humanizado que possibilitasse uma prática de enfermagem universal e culturalmente específico. Mais do que apenas apreciar diferentes culturas, a proposta era conceituar, operacionalizar e planejar a prática culturalmente embasada (GUALDA; HOGA, 1992). No processo de resgate desses fatores socioculturais pelas teorias da enfermagem, buscou-se traçar esses elementos por vias de distintas epistemologias, e, no trajeto para consolidação desses aspectos, foram sendo agenciadas essencializações das formas de cuidar.

Em sua revisão sobre as práticas de cuidado na enfermagem, Moraes et al (2011) apontam que o cuidado divide-se em duas formas de práticas: 1) no sentido geral, ou como saber popular, que traduzem ações do cotidiano visando a continuidade da espécie humana, independente de uma profissão, ou seja, qualquer pessoa que ajude outra na garantia de alguma necessidade básica; e 2) como práticas profissionais especializadas que têm propósitos bem definidos, associados ao modelo biomédico, que norteiam as profissões de saúde. Nesse segundo sentido, seria a utilização de técnicas específicas de forma sistematizada para a garantia da manutenção da vida.

Esse processo de diferenciação em relação ao cuidado que poderia ser realizado por qualquer pessoa ocorre porque a enfermagem, enquanto disciplina, necessita de um corpo teórico de práticas na prestação de assistência em saúde, via protocolos, como, por exemplo, aqueles destinados a orientar uma punção venosa,

uma sondagem vesical, etc. Porém, precisa ainda agregar aspectos que não estão ligados a esses protocolos, pois são variáveis, como fatores socioeconômicos que mudam de acordo com o contexto, a exemplo do tipo de alimentação, os quais geram diferentes abordagens assistenciais. Por essa razão, os/as autores/as passam a buscar elementos que auxiliem a lidar com essa lacuna em diferentes áreas, não necessariamente biomédicas, como a filosofia, a história, entre outras.

2.1 Cuidado na Filosofia

O autor mais referenciado pelos estudos da enfermagem, na área da filosofia, é Martin Heidegger (WALDOW, 2001; AYRES, 2004; MAIA; VAGHETTI, 2008; ANDRADE, BELLINI, SANTOS, WAIDMAN, 2008; CARRARO et al., 2011). Em sua obra "O Ser e o Tempo", o filósofo traça uma nova ontologia do ser afirmando o cuidado como parte fundamental na forma do humano se relacionar com as coisas, com as pessoas e consigo mesmo. Para o autor, o Dasein (ser-aí) é o ser em suas formas de manifestações, é a Pre-sença. Essa, por sua vez, seria o homem em relação com o mundo, um estar lançado no mundo, ou seja, uma forma de relacionar-se com ele. A Existência apontaria para a dimensão do existente de se reconhecer lançado na temporalidade. O ser-no-mundo seria a consciência do existente de sua presença no tempo e no mundo, ou seja, o ser só o é enquanto está em inter-relação com os outros e com o mundo.

O Cuidado seria, assim, para Heidegger (2008), o ato de cuidar dos entes. Na área da saúde, fundamentalmente na enfermagem, o autor é utilizado em sua apreensão do cuidado como algo que ultrapassa a mera operacionalidade da assistência com suas técnicas. Isso implicaria resgatar o componente humano

existente no ato de cuidar, manifestado como uma relação entre quem cuida e aquele que é cuidado, própria da existência humana. Uma vez que a existência humana entra em cena, essências como sentimentos de compaixão, zelo, amor, surgiriam concomitantes, criando relações de empatia e compreensão da condição do outro. Como afirmam Marília de Fátima Vieira de Oliveira e Telma Elisa Carraro:

O ser do ser-aí como cuidado é a abertura de mundo que só ocorre como resultado dos existenciais conjuntamente [...] Não podemos cuidar ou se utilizar desta palavra de forma imposta, mas procurando exercitar um modo de ser autêntico capaz de revelar nossa existência [...] essas reflexões nos ajudarão a pensar em um cuidado com liberdade e responsabilidade, que contribua para o comprometimento com o ser humano de modo harmonioso com a natureza. (OLIVEIRAL; CARRARO, 2011. p. 379)

Outras atualizações da filosofia do cuidado são feitas por autores como Leonardo Boff (1999, 2000) e José Ricardo Carvalho Mesquita Ayres (2004, 2009). Ambos pertencem ao período de debates sobre a humanização do cuidado, e atuam oferecendo reformulações políticas que criticam o modo operacional das práticas de saúde da contemporaneidade baseadas no modelo biomédico, resgatando a essência do cuidado atravessada pelas relações humanas. A presença de autores como Ayres e Boff nas discussões mostra que o resgate humanista do cuidado transcende às preocupações da enfermagem, levando a mesma problemática para áreas como a saúde coletiva e a saúde pública. Esses aspectos se misturam com abordagens através da história do cuidado que trazem outros elementos à crítica da essencialização, conforme o texto a seguir.

2.2 Cuidado na História

Vera Regina Waldow (2001), uma das referências do resgate histórico do cuidado, parte dos estudos sobre a evolução e suas aplicações na manutenção da sobrevivência da espécie humana. São trazidos, nessa perspectiva, alguns pontos relacionados ao estilo de vida e mudanças morfológicas que permitiram o aprimoramento de algumas práticas consideradas como cuidado. O fim da vida nômade, por exemplo, é apontado como aquilo que permitiu que os primitivos vivessem em grupo, fazendo com que a vulnerabilidade contra animais selvagens diminuísse. Além disso, a vida em grupo teria, segundo a autora, permitido o fim da agressividade entre eles, gerando estabilidade social, na forma de clãs e tribos, a partir do sentimento de codependência. Entre as alterações morfológicas, são costumeiramente destacadas a passagem para a postura ereta, que permitiu o uso das mãos, o que, por sua vez, possibilitou uso de ferramentas que aprimoraram as formas de caça, bem como a descoberta do fogo, que permitiu o cozimento dos alimentos. Essa mudança não só permitiram o aprimoramento da defesa contra os animais selvagens, como também possibilitaram as primeiras técnicas de higiene como a diminuição da ingestão de alimentos crus (SOUSA; KOERICH, 2008).

Dentro dessa perspectiva evolucionista, as mulheres são descritas como tendo uma relação intrínseca com o cuidado devido a sua organização em dois pólos como a vida e a morte (Colliére, 1989). As mulheres, ao longo de muitas décadas, em muitas tribos, clãs e civilizações, ficaram encarregadas do cuidado por sua relação com a maternidade e sua capacidade de gerar vida. Por esses aspectos, nos diferentes estudos são relacionadas formas de cuidado com as crianças à

semelhança com os animais, que lambiam, protegiam, cheiravam e faziam gestos rudimentares de afago (WALDOW, 2001).

Coelho e Fonseca (2005) trazem uma passagem em relação às práticas de cuidado associadas, não só pela concepção da vida praticada pelas mulheres, mas também nos aspectos de morte:

(...) O cuidado cria laços pelas mãos que tocam o corpo, o embelezam com óleos, loções, perfumes e, num jogo relacional, contribuem para o despertar e o modelar do corpo sexuado; pelo tato, o cuidar conforta, acalma, purifica, relaxa, mobiliza vida e estimula mensagens comportamentais; para além das mãos, o peito da mulher é lugar de conforto e alimento; pelo olfato, cria-se uma relação com a natureza e identificam-se certas doenças e processos fisiológicos (...) (COELHO; FONSECA, 2005. pg. 215)

Nesse trecho, é descrito que a carga das mulheres ficam, também, a identificação de doenças e a lida com o processo do adoecimento. As mesmas autoras ainda apontam que, além do cuidado com o recém-nascido, as mulheres se ocupavam das outras mulheres, de adultos, idosos e moribundos, ficando, assim, responsáveis por todo o ciclo vital dos seres humanos a sua volta. Esse aspecto do cuidado enquanto essência da mulher atualiza-se em conceitos contemporâneos que estão presentes em determinados estudos da enfermagem, conforme aqueles citados na introdução deste trabalho acerca de uma ética do cuidado própria das mulheres, ou mesmo na política do MC, como veremos a seguir.

O cuidado, ao longo da história, também passa por mudanças nos grupos que o executam. Ao longo do tempo, ele deixa de ser uma prática da lida comum com a sobrevivência para uma prática que adentra o mundo místico sendo, então, atribuído a curandeiros, xamãs, pajés, feiticeiros. Nesse momento, os cuidados serão associados a rituais que envolvem práticas mágicas, e serão localizados em

templos, os quais são descritos como locais limpos, arejados, e situados perto de florestas ou fontes de água mineral (CAMPOS, 1965), o que aponta para uma continuidade entre eles e as práticas de higiene bem como dos princípios de saúde comunitária. A igreja, então, toma para si também o cuidado e esse passa a ser restrito inicialmente ao mundo vocacional religioso e, posteriormente, servirá de base aos primórdios de saúde sanitária (PIRES, 1998). Nesse sentido, são realizadas as divisões do cuidado e sua profissionalização, coincidindo com o início da enfermagem.

Com o aprimoramento do sistema capitalista, a industrialização tornou-se a base da economia e responsável pelo desenvolvimento das sociedades. Nesse cenário de surgimento de novas organizações políticas e mudanças no ambiente físico do trabalho pelos modelos tayloristas e fordistas de produção, surgiram as especializações do trabalho e o cuidado de enfermagem passa a assumir uma identidade profissional, se apropriando de um conjunto de conhecimentos com o objetivo de se estabelecer como uma prática social e legitimar-se como disciplina (GIDDENS, 2004). Essa mudança alterou a forma como o cuidado passou a ser organizado, passando a ser considerado como cura.

A mudança do cuidado para um caráter tecnocrático aponta para uma prática que visa a recuperação da saúde da população com foco na força de trabalho, tendo o hospital como espaço terapêutico e de produção de conhecimentos (SILVA; LOURENÇO, 2003). A enfermagem então acaba se tornando um foco de eficiência do trabalho em saúde prestado pelos hospitais, assumindo um controle de liderança de equipe e administração de gastos com vistas de o tornar algo eficiente e econômico (WALDOW, 2001). Além disso, o avanço tecnológico, que possibilitou a criação de instrumentos que automatizam o trabalho, também teve forte importância

na mecanização das ações. Essa mecanização acabou por ocultar outros aspectos relacionados ao processo de saúde e doença que fugiam dos modelos biomédicos, dificultando ações de cuidado que priorizam a prevenção e a educação.

Diante disso, trago alguns elementos para elucidar que o cuidado, a partir do resgate das questões filosóficas, históricas e socioculturais, incorpora muitos significados que irão compor certas naturalizações, as quais possuem repercussões na vida tanto das pessoas atendidas pelos sistemas de saúde, como para os próprios profissionais. Ao mesmo passo que o cuidado vai incorporando diferentes significados e práticas, também vai se fechando em si mesmo, se tornando uma caixa preta (LATOUR, 2011), conceito que utilizarei neste trabalho e que será definido adiante. Isso se atualiza em políticas públicas em suas proposições de formas de cuidado que são preconizadas nas ações de saúde, como ocorre no MC, objeto de análise do presente estudo que será abordado mais detidamente na terceira parte do trabalho.

2.3 Operadores conceituais e metodológicos

Neste estudo buscarei realizar uma etnografia de rede a partir do documento “Atenção humanizada ao Recém-Nascido de baixo peso: Método Canguru” (2011) do Ministério da Saúde, que é descrito como uma política Contudo, devido ao tempo considerado para elaboração do trabalho de conclusão de curso, a análise ficará circunscrita ao documento e ao modo como os atores são performados.

Etnografar (CUNHA, 2004) a rede em um documento consiste em perseguir os elementos que o compõe. Ainda, por rede considero, levando em conta a proposta por Latour (2012), como formada por uma associação entre atores

heterogêneos - humanos e não humanos - que interagem e atuam produzindo diferentes objetos. Desse modo, a análise consistirá em uma descrição mais detalhada do próprio documento e, a partir dele, de um mapeamento de seus discursos, dentro da perspectiva Foucaultiana (2001), buscando quais as referências que são citadas para justificar as ações, de onde surgem as pesquisas, quais universidades estão produzindo esses estudos, quais as áreas de conhecimento, entre outros elementos que permitirão entender de que forma a categoria “cuidado” está sendo performada no documento e quais as controvérsias envolvidas. Assim, considerando a ideia de performance, utilizo a concepção de Annemarie Mol (2002), que propõe pensar em quais práticas são utilizadas para “fazer”/”performar” (enact) a realidade. Para a autora, a realidade é performada/feita e não mais somente observada. A multiplicidade de olhares que antes via diversas versões de uma mesma realidade cede lugar para uma realidade que é manipulada e transformada por múltiplos instrumentos e práticas. De acordo com a autora (Martin D, Spink MJ, Pereira PPG) sua formulação se aproxima à noção de performatividade de Judith Butler (2017). Para Butler, a performance do gênero ou a performatividade é uma repetição de atos que reiteram o gênero, o que não supõe um autor ou uma essência anterior ao próprio ato.

Pensar nas controvérsias significa considerar os processos de estabilização de conceitos até se tornarem elementos naturalizados. Para Latour (2011) as controvérsias são elementos multivariados que se dispersam ou se estabilizam em movimentos irregulares ou de acentuação, e que nunca pertencem a um único domínio ou unidade. Ainda, segundo o autor, ao se estabilizarem, os conceitos podem ser considerados como caixas pretas. Uma caixa preta é “algo que se revela complexo demais do qual não é preciso saber nada, a não ser o que nela entra e o

que dela sai” (LATOUR, 2011, pg. 4). Nesse sentido, o autor afirma que esses conceitos atingem um nível de estabilização que não precisam mais ser problematizados, apenas é preciso saber o que se produz com e a partir deles. Ainda, para o autor, uma caixa preta é formada por uma “congregação de aliados desordenados e não confiáveis” que vai “sendo transformada lentamente em alguma coisa muito parecida com um todo organizador” e “por isso não é simplesmente uma questão de número de aliados, mas de sua atuação como um todo unificado” (LATOUR, 2011, p. 205). Dessa forma, segundo o autor, para entender a natureza dos conceitos, devemos perseguir as redes que retornam para as controvérsias que os produzem.

É nesse contexto metodológico que nos propomos a analisar um documento amplamente utilizado na atenção perinatal de maternidades e hospitais, que discorre sobre o método que é utilizado desde a década de 1990 no país, o que indica que ele guarda, portanto, certos acordos quanto a sua eficácia. Ao mesmo tempo, trata-se de uma proposta que objetiva abordar o cuidado em todos os aspectos da atenção em saúde perinatal, podendo-se identificar controvérsias que atuam no próprio texto, entre as partes que o compõem.

O objetivo do manual é melhorar a atenção à saúde prestada à gestante, ao recém-nascido e sua família a partir do método canguru. Como consta no texto da política, o Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria do cuidado e parte das ações humanizadas, tem como foco a redução de separação mãe-bebê favorecendo o vínculo, redução da infecção hospitalar, diminuição da dor e do estresse do recém-nascido, melhora da taxa de aleitamento e melhoria da qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do bebê, possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho,

reduz internações e contribui para a otimização de leitos de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, ao utilizar a ideia de *enact*/performance que, conforme Mol (2002), aponta para a noção de ontologias múltiplas, busco analisar não os diferentes sentidos dados ao cuidado, mas sim nos modos como eles estão sendo feitos e multiplicados no decorrer do documento, ainda que atuando coordenadamente.

3 REVISANDO A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O MÉTODO CANGURU

Apresentarei, neste tópico, uma revisão integrativa realizada com o objetivo de mapear as produções sobre o Método Canguru publicadas em diferentes bases de dados. O método canguru surgiu desde 1979, o que sugere que exista vasta produção científica sobre a temática. Dessa forma, o interesse maior na busca foi direcionado às próprias revisões já elaboradas e publicadas sobre o MC da década de 90, ano de sua implementação no Brasil, até 2018.

As bases utilizadas neste estudo foram: BVS, Cochrane, PubMed, Scielo, Science Direct e Web of Science. A busca foi realizada em dezembro do ano de 2018, utilizando a combinação de descritores nos idiomas português e inglês, segundo levantamento realizado de terminologias da MeSH (Medical Subject Headings) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – BVS). Na busca pelos descritores, não foi delimitado ano de publicação. As bases acima foram delimitadas a partir da facilidade e gratuidade de acesso aos trabalhos, disponíveis em sua forma completa, e por possuírem publicações na área da saúde.

Na realização das buscas, foram feitas quatro combinações de descritores com o operador booleano OR e AND a saber: ("kangaroo mother" OR "kangaroo care" OR "kangaroo mother care" OR "kangaroo mother method" OR canguru OR "skin-to-skin" OR "skin-to-skin contact") AND ("review" OR "review literature as topic" OR "Revisão").

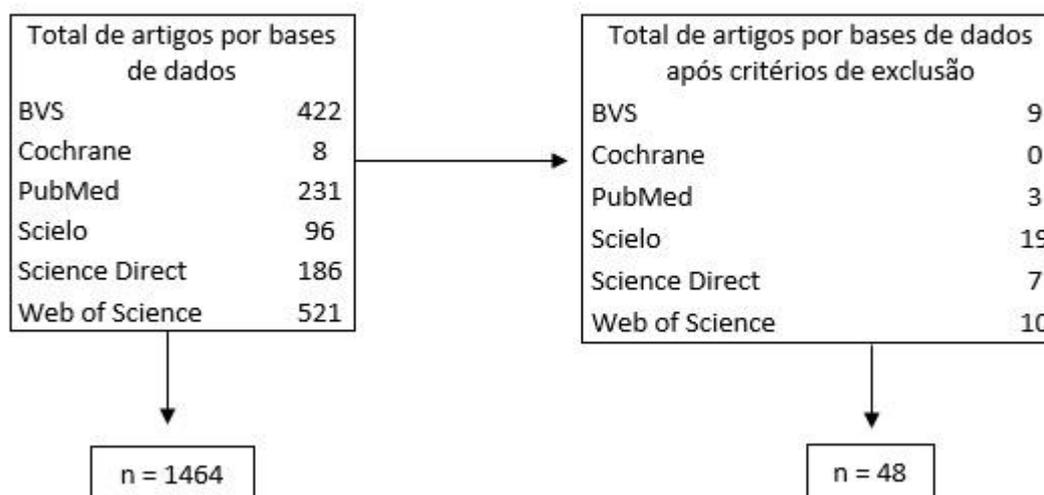
As buscas dos artigos nas bases de dados supracitadas se deram por meio dos seguintes critérios de inclusão: 1) estudos que estivessem redigidos nos idiomas inglês, espanhol e português; 2) artigos que fossem revisões de literatura; 3) artigos que abordassem os efeitos do método canguru. Os trabalhos que não estavam

disponíveis na sua forma completa, estudos que não investigavam a temática do método canguru, bem como artigos que apenas citavam o mesmo como exemplo, mas que não desenvolviam a análise sobre o método canguru, foram excluídos do corpus textual da pesquisa.

O procedimento de coleta e análise de dados, inicialmente, se deu pela leitura minuciosa dos resumos encontrados, a partir da combinação dos unitermos utilizados, excluindo-se os trabalhos que não se enquadravam nos critérios de inclusão elencados. Quando as informações do resumo não eram suficientes para tal análise, a sessão de Método do artigo era lida. Foram excluídos também artigos que apareceram mais de uma vez na mesma base ou em mais de uma base.

No banco de dados final, restaram 48 artigos nacionais e internacionais encontrados nas bases de dados, o que pode ser observado na Figura 1. Após uma primeira seleção realizada pelo exame dos resumos, os estudos selecionados foram examinados e lidos na íntegra para compor uma planilha de artigos no aplicativo Planilhas Google.

Figura 1.



Dos resultados encontrados, as revistas voltadas à pediatria destacaram-se como a área científica que mais abordou o tema, somando 14 artigos do total de 48 (29%). As revistas que abordam o tema da saúde da mulher e da criança também tiveram destaque nas publicações sobre o Método Canguru, resultando (20%) do total dos artigos após aplicados os critérios de exclusão. Outro dado importante é que estudos sobre o Método Canguru estão publicados em outras áreas como, por exemplo, fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia, indicando que sua abordagem, dentro da saúde, se dá de forma multidisciplinar.

O MC é abordado em diferentes estudos e contextos culturais e, pela presente revisão, é possível observar um aumento significativo de publicações no decorrer dos anos. A maioria das publicações analisadas após os critérios de exclusão se concentram nos anos entre 2011 e 2015, resultando 39% da amostra de artigos revisados. Passaremos, a seguir, para a apresentação de alguns dos artigos revisados, e às principais análises que oferecem sobre o MC. Os artigos selecionados foram textos que mostravam os diferentes desfechos obtidos pelo método e de acordo com os períodos de maior número de publicações.

Almeida, Almeida, e Forti (2007), em artigo publicado na Revista Brasileira de Fisioterapia, avaliaram as frequências cardíaca e respiratória, a pressão arterial média, a temperatura e a saturação periférica de oxigênio dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) de baixo peso, antes e após a aplicação do método mãe canguru. Nesse estudo, foram avaliados 22 recém-nascidos pré-termo (RNPT) de baixo peso, saudáveis, de ambos os sexos, não portadores de deficiências neurológicas, cardíacas e/ou respiratórias. O estudo concluiu que o método mãe canguru promove a melhora da temperatura corporal, o aumento da saturação periférica de oxigênio, melhorando a oxigenação tecidual, e a redução na frequência respiratória, trazendo

maior conforto respiratório aos RNPT, sugerindo que o método contribui para alterações benéficas nos sinais vitais dos RNPT.

Lamy Filho, Silva, Lamy, Gomes e Moreira (2008), em publicação no *Journal of Pediatrics Review*, avaliaram os resultados do método canguru no Brasil. O tipo do estudo adotado foi de coorte prospectiva, comparando 16 unidades que possuíam ou não a segunda fase do método canguru: oito eram centros nacionais de referência para o método canguru (grupo estudo), e oito faziam parte da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (grupo controle). As evidências sugerem que a estratégia de humanização adotada pelo Ministério da Saúde é uma alternativa segura ao tratamento convencional e um bom recurso para a promoção do aleitamento materno.

Azevedo, David e Xavier (2011), realizaram estudo de tipo quase experimental com o objetivo de descrever os estados comportamentais dos recém-nascidos com peso inferior a 1500g, em ventilação mecânica, antes, durante e após o cuidado canguru. Conforme os resultados dessa pesquisa, publicados na Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil, o cuidado canguru pode ser considerado como uma estratégia favorecedora para o desenvolvimento neurocomportamental dos indivíduos.

Santos, Dittz e Costa (2012) publicaram no periódico Revista de Enfermagem do Oeste de Minas uma revisão integrativa da literatura de artigos publicados entre 2005 e setembro de 2011 para conhecer as práticas favorecedoras do aleitamento materno na assistência ao recém-nascido prematuro internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. As autoras concluíram que práticas como o método mãe canguru, a ordenha mamária, as técnicas de relaxamento, a acupuntura e a

utilização de galactogogos têm um impacto positivo sobre a amamentação de recém-nascidos prematuros.

Raies, Doren e Torres (2012) realizaram uma revisão bibliográfica de 26 estudos na busca de determinar os efeitos do contato pele a pele do recém-nascido com a mãe. As evidências, publicadas no periódico *Index Enfermagem*, indicaram que o contato com a pele ou canguru seria um método benéfico tanto para o RN a termo como para o prematuro, no que se refere à termorregulação, duração da amamentação, desenvolvimento neurológico, interação mãe-filho e desenvolvimento infantil e favoreceria o declínio dos dias de hospitalização. Além disso, os profissionais de saúde referem-se ao MC como seguro e viável de implementar, e como uma alternativa ao método tradicional.

Susan M. Ludington-Hoe (2013) realizou um estudo de revisão dos efeitos do MC em bebês prematuros pelo contato pele a pele e peito a peito entre o bebê em um dos pais. Nesse estudo, publicado na revista *Newborn and Infant Nursing Reviews*, a pesquisadora conclui que o Método Canguru é considerado, pelos artigos que revisou, um componente fundamental da terapia apropriada para o desenvolvimento de bebês prematuros hospitalizados a curto e em longo prazo.

Sarparast, Farhadi, Sarparast e Shafai (2015) investigaram a aplicação do método Canguru e avaliaram o efeito dessa técnica em diferentes desfechos neonatais, particularmente em neonatos iranianos. Contudo, o estudo foi realizado a partir de uma revisão em bancos de dados nacionais e internacionais sobre a experiência com o MC em recém-nascidos a termo e prematuros internados em hospitais iranianos de 2006 a 2014. Os resultados, publicados no periódico *Journal of Pediatrics Review*, mostraram que o método é uma estratégia simples e adequada para aumentar o estado de saúde das mães e recém-nascidos, bem como

desempenhou um papel importante na melhoria dos resultados neonatais de hospitais iranianos nos últimos dez anos.

De acordo com o exposto, percebe-se que os estudos de revisão e aqueles avaliativos do Método Canguru, centram-se nos aspectos relacionados aos cuidados na primeira infância, com vistas a garantir um bom desenvolvimento desses Recém Nascidos (RNs). A maior parte das publicações são de revistas de saúde e focam nos resultados obtidos pela aplicação do método em estudos comparativos com outros métodos tradicionais. Também são trazidos aspectos quanto ao seu custo monetário ser reduzido e podendo ser uma fonte de cuidados de baixa complexidade e baixo custo para países com recursos escassos. Nesse contexto, a literatura mostra que o método é eficiente no que se propõe: ser uma alternativa de baixo custo e eficiente na redução da mortalidade infantil, principalmente em países com recursos reduzidos, quando se trata de uma oferta de cuidados simples aos RNTP, o que o torna viável enquanto uma política pública para nosso país.

No que se refere ao presente trabalho, a análise das publicações é importante, pois indica, entre outros elementos, que o cuidado é um componente que se conecta diretamente ao MC, notadamente ganhando centralidade nas análises. Contudo, meu foco não é avaliar o método, nem entrar no mérito sobre sua eficácia, mas compreender como, na própria formulação dessa política pública, o cuidado é performado de forma múltipla ao mesmo tempo em que a performa tal política, produzindo seus contextos de aplicação e os sujeitos dela.

4 DISCUSSÃO

O manual técnico foi idealizado pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/MS) do governo do país e sua implementação teve apoio do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, sob coordenação de uma nutricionista. Em sua elaboração, participaram profissionais de diversas áreas, entre elas: medicina, psicologia, enfermagem, medicina veterinária, fisioterapia e gestão de recursos humanos. Em sua maioria, contudo, são profissionais médicas e psicólogos, e o restante das áreas ficando com apenas um profissional cada.

Sua elaboração surge como resultado de pesquisadores na área de saúde da mulher e movimentos sociais em relação à necessidade de mudanças nos modelos de atenção ao parto e nascimento no Brasil, buscando transformações no atendimento tecnocrático da gestação e do parto. Assim, foram propostas diretrizes clínicas baseadas em evidências da ONU com recomendação do parto normal e redução de intervenções desnecessárias. Questionamentos e inquietações com rotinas tecnicistas repetidas de forma automática, sem evidências em relação ao seu benefício e sem a valorização da singularidade na abordagem clínica, ganharam força nos diferentes cenários envolvidos na produção do cuidado ao parto e ao nascimento. Tal movimento foi muito influenciado pelas ações da atenção básica (CARDOSO, et al, 2006), fazendo parte, também, do projeto de humanização que visava melhorar os aspectos dos hospitais públicos em relação ao contato entre profissionais e usuários.

O manual têm como foco os profissionais de saúde que atuarão na execução do MC junto às famílias e seus RNs. Sua estrutura física é composta de 342 páginas, divididas em uma apresentação, seis módulos teóricos, um capítulo de

conclusão e anexos. A estrutura textual é a mesma para quase todos os elementos que o compõem. Com exceção da carta de apresentação e seu primeiro módulo, o restante inicia com seus objetivos, seguidos de conceitos básicos, uma introdução e seus subtítulos.

O primeiro conteúdo apresentado na política é uma carta de apresentação trazendo a importância da aplicação do método e traz elementos que a justificam. Os capítulos teóricos iniciam com o módulo 1, inteirando o leitor sobre o contexto do MC no Brasil e as mudanças nas políticas públicas ocorridas na época de sua implementação. Nessa parte, também são descritas as três fases do método, com seus objetivos, seus critérios de elegibilidade e os resultados que se esperam em cada uma delas, assim como um resumo dos cuidados que devem ser adotados.

No módulo 2, intitulado “Aspectos psicoafetivos do recém-nascido, seus pais e sua família”, são descritos os fenômenos psíquicos que ocorrem na mulher e no homem durante o período da gestação, parto e nascimento, e suas complicações devido ao parto prematuro, e a internação do RN em unidades de tratamento intensivo. É descrito como objetivo desse segmento do material:

(...) permitir aos profissionais que conheçam os padrões de interação e reestruturação psíquica determinados pela chegada de um filho, entendam como as habilidades e as capacidades do recém-nascido e a história familiar determinam maneiras desta mulher e deste homem se comportarem como pais. (BRASIL, 2017. p. 32)

O capítulo é permeado por teorias da área da psicologia, psiquiatria e pediatria, o que é possível concluir de acordo com as referências que se encontram ao final dos capítulos. Esse será um dos módulos que analisarei com maior ênfase, a seguir, no presente trabalho.

No módulo 3, intitulado “Método Canguru e cuidados sociais na unidade neonatal”, são apresentados aos profissionais de saúde os cuidados sociais em relação a família nas unidades de internação. Nessa parte são descritas as ferramentas que devem ser utilizadas para mapear a rede genealógica da família e suas redes sociais para que essas possam entrar nos cuidados desse RN. Nessa parte da política, também consta um capítulo falando das composições familiares atuais e outro sobre mães usuárias de drogas. Esse módulo também entrará em análise nesse trabalho.

No módulo 4, intitulado “Aspectos Clínicos do Recém-Nascido”, são descritos as diversas complicações clínicas que podem acometer os RNPT, suas patogêneses, os tratamentos e os cuidados que devem ser adotados. Aqui, também são relacionados os aspectos biológicos do aleitamento materno e do controle da temperatura corporal do RN. Esse será o terceiro e último módulo que analisarei.

No módulo 5 são trazidos os aspectos de proteção e desenvolvimento nas unidades de internação, bem como os aspectos físicos da unidade e os manejos desta nos cuidados com o RN. O módulo 6, por fim, considera aspectos relacionados à equipe de profissionais como as relações entre seus membros, destes com a família dos RNs, as condições de trabalho e os problemas relacionados a essas.

Ao final constam duas páginas apresentando os conteúdos do manual e salientando os aspectos positivos e reforçando para um compromisso dos profissionais na aplicação do MC, onde, também, encontramos dois anexos que são modelos de ferramentas discutidas no módulo 3 como genograma e ecomapa.

4.1 O projeto de família

Início minha análise sugerindo que, ao longo do texto, mesmo esse não sendo o objetivo final da política, fica implícita a proposição de um projeto de família, uma vez que, para a manutenção da saúde e bem-estar do RN, elenca-se o comportamento tido como ideal dos cuidadores para que esse cuidado seja efetivo. Nesse sentido, o manual lançará diversos argumentos para que esse comportamento seja seguido e, assim, fortalecer e estabilizar o projeto inscrito na política.

As pistas que indicam tal projeto surgem já na carta de apresentação, quando o manual lança seus objetivos e justificativas para sua implementação. Segue um trecho no qual isso é bem explicitado:

(...) com isso concorda Jaqueline Wendland (2012) que comenta que não existe nada na vida que possa ser comparado com o surgimento de uma nova vida oriunda de uma gravidez e do momento do parto. Estamos falando do momento mais nobre da nossa existência, que é o **cuidado com a continuidade da nossa espécie, a espécie humana** (BRASIL, 2017, p. 7).

Nesse trecho, ficam evidenciadas ao menos duas questões: a primeira seria o propósito do projeto de família como justificativa para continuidade da espécie humana e, a segunda, que a carta de apresentação se utiliza do fundamento básico do cuidado, que é, precisamente, a manutenção da sobrevivência. Como forma de dar peso para o parto e nascimento enquanto algo primordial e único, que merece atenção - na medida em que significa a continuidade da espécie -, é lançado, ainda, o nome de Jaqueline Wandland, doutora em Psicologia com especialização em psicologia materna e do bebê.

Em outro momento da carta, é mostrado ainda o caráter biomédico que será trazido como justificativa para o projeto:

Assim é que a discussão estabelecida no Manual, **apoiada nos novos conceitos de neurodesenvolvimento e da neurociência**, ratifica a adequação dos cuidados voltados à neuroproteção como fundamentais para uma saudável vida futura. (BRASIL, 2017, p.8).

Aqui, o manual estabelece que, mesmo que o cuidado prestado pelo MC não seja algo convencional, ele será “ratificado” pelos estudos da neurociência e do neurodesenvolvimento para que ganhe o aspecto neuroprotetor que são fundamentais para a continuidade do projeto de família: “uma vida saudável futura”. Nesse sentido, também podemos ver dois elementos que, a princípio, seriam contraditórios, mas são articulados na noção de bem comum, que seria o bom desenvolvimento do RN e sua família. Identifica-se, então algumas controvérsias que emergem em relação às formas do cuidado, as quais seguirão ao longo do manual.

Passo, então, a analisar alguns pontos do módulo seguinte, intitulado “Aspectos psicoafetivos do recém-nascido, seus pais e sua família”, onde o projeto de família fica mais evidente. Nas páginas desse capítulo estão descritos os diversos fenômenos psicológicos pelos quais as mulheres e os homens devem passar para que se tornem mães e pais. Logo no início, são trazidos três conceitos que irão servir de ferramentas principais para o andamento do projeto de família a partir dos cuidados do manual. Os conceitos são:

Transmissão psíquica: informações indispensáveis ao desenvolvimento psíquico que uma geração oferece à outra (GRANJON, 1989) (BRASIL, 2017, p. 31).

Conjugalidade: relação ou vínculo conjugal presente nas uniões estáveis, hétero ou homoafetivas... Constituída a partir dos modelos parentais,

destina-se ao desdobramento na parentalidade, dando continuidade à transmissão geracional. Conjugalidade e parentalidade estão, assim, imbricadas na origem e no destino (MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2009) (BRASIL, 2017, p. 31).

Parentalidade: para Didier Houzel (1997), é o processo pelo qual alguém se torna pai ou mãe do ponto de vista psíquico... envolve um olhar jurídico, a subjetividade do homem e da mulher e a prática que corresponde à ação da pessoa no cuidado do recém-nascido/filho. (BRASIL, 2017 p. 31).

Os três conceitos, novamente trazidos da Psicologia e da Psicanálise, sugerem que o processo psicológico de tornar-se mãe ou pai, necessariamente, deve: 1) passar pelas experiências familiares dos progenitores com suas gerações anteriores; 2) supor uma relação conjugal estável e satisfatória para facilitar o processo, e 3) levar em consideração que tal processo é diferente para a mulher e para o homem.

A justificativa da conjugalidade aparece, por exemplo, no seguinte trecho:

Pontuada por trocas, mudanças e adaptação de projetos e desejos, **marca o ciclo vital pelo amadurecimento psíquico dos indivíduos e dispõe espaço para as memórias arcaicas das relações conjugais de outras gerações**, apoiando o surgimento da parentalidade. (BRASIL, 2017, p. 32)

Nesse caso, a conjugalidade em si não é o foco, mas sim o fato de existirem duas famílias envolvidas no processo, que trarão mais elementos sobre a parentalidade, a qual deverá ser seguida pelos novos pais em formação. Ainda, o próprio manual afirma que a conjugalidade não é o fator principal quando aponta para as múltiplas conjugalidades, inclusive para a sua ausência, como seriam os casos de mulheres solteiras. Não são impostas ressalvas no que se refere à sua quanto a esse fato tornar a parentalidade relacionadas ao fato de não estarem em uma relação inexistente para elas. Como descreve o documento:

As conjugalidades podem ser múltiplas, como observamos nas diferentes configurações familiares, tema que iremos discutir posteriormente, e não existe no caso da mulher que se encontra sozinha para cuidar de um filho, o que tem sido frequente em nossas unidades neonatais (BRASIL, 2017, p. 32)

Outro elemento que define as questões familiares como mais importantes é o fator da adoção. Segundo o manual, o processo de adoção também forma parentalidades, conforme pode ser observado no seguinte trecho:

Lembramos que a parentalidade ocorre na situação de adoção, na dependência de como esta história foi vivida pelo grupo familiar, especialmente os novos pais, apesar da ausência de uma história biológica de gravidez. (BRASIL, 2017, p. 32).

No estrato acima fica reforçado que a relação familiar com as gerações anteriores é mais importante do que a questão da conjugalidade em si e, até mesmo, do que a própria biologia do parto. No manual, os processos de parentalidade são descritos de forma diferenciada para mulheres e homens, considerando suas diferentes naturezas. Ao mesmo tempo em que as relações familiares não deixam de ser fundamentais para o processo, na mulher, contudo, além das relações familiares, existem outros dois aspectos muito importantes para o desenvolvimento da parentalidade: 1) os fatores biológicos, que trazem uma mudança psíquica relacionada aos hormônios; e 2) os aspectos sociais.

No manual, é descrito que o processo da parentalização é influenciado pelas mudanças físicas que ocorrem na mulher. Para embasar essa assertiva, o manual lança mão de duas referências: Brazelton e Cramer (1990) e Leff (1997). Nelas, são descritas três fases que mostram as mudanças psíquicas na mulher de acordo com o desenvolvimento embrionário do feto intra-útero.

A primeira fase, chamada “Aceitando a novidade” (BRASIL, 2017, p. 36), traz as mudanças hormonais que ocorrem na proliferação de células e sua crescente diferenciação na formação dos órgãos do feto. Essas mudanças seriam responsáveis pelo fato da mulher saber que está grávida antes mesmo de conhecer os resultados do teste de gravidez. Assim, essas alterações alertariam a família para a tomada de consciência das mudanças estruturais que estão por vir com a chegada do bebê. Nesse caso, o manual descreve que a “a tarefa mais imediata que se impõe à mulher é a de aceitar o ‘corpo estranho’ que nela se implantou” (BRASIL, 2017, p. 36).

A segunda fase, “Os primeiros movimentos”, é descrita como aquela do reconhecimento do bebê através dos movimentos que esse faz no útero, ao mesmo passo em que a gestação se torna mais aceitável, devido ao acomodamento da placenta e a diminuição das náuseas. É nesse momento, também, que as expectativas da mulher sobre a criança se tornam, segundo o manual, mais proeminentes devido ao tipo de movimentação que o bebê faz.

Na terceira fase, “Aprendendo sobre o futuro recém-nascido”, o foco muda para o bebê e a sua chegada. De acordo com o que desenvolve o documento, nela a ansiedade aumenta e as exigências sociais diminuem com as medidas preparatórias para chegada do bebê. Nesse momento, também surgiriam as angústias sobre o nascimento e os pensamentos de que algo pode dar errado. É, ainda, nessa fase, que se destacaria o reconhecimento social da gravidez, o que auxilia na formação da identidade da mulher enquanto mãe, conforme aponta o seguinte trecho do manual:

Em termos sociais, a parentalização já estava em curso com o reconhecimento que surge por meio da observação e dos comentários sobre as mudanças corporais, as posturas do corpo da mulher grávida, de sua forma de andar, de seu ensimesmamento. São comuns os comentários

de que “ela está com cara de mãe”, com “jeito de mãe”. Ou seja, ela recebe de seu entorno o status de “mãe”. (BRASIL, 2017, p. 35)

Já em relação ao processo de parentalização do homem, não há indicação de uma mudança em sua biologia que o auxiliaria, tampouco no manual são referidos ritos sociais, como observamos no extrato abaixo:

(...) como nas sociedades industrializadas não existem ritos para o pai durante a gestação de sua companheira, alguns sintomas físicos podem surgir como representantes de suas inquietações em relação às modificações corporais que surgem em sua mulher: náuseas, vômitos, aumento de peso, palpitações e crises renais (cálculo renal, por exemplo). (...) Por outro lado, muito comumente, planos e projetos profissionais do pai podem coincidir com a data prevista para o nascimento do recém-nascido, inclusive impedindo sua presença no momento do parto. (BRASIL, 2017, p. 39)

Assim, o processo de parentalização, nesse caso, fica a cargo de alguns sintomas que eventualmente podem aparecer no homem de acordo com as modificações corporais de sua esposa. Ainda, são explicadas as ausências em relação à paternidade por diferenças sociais de âmbitos do trabalho, reforçando a esfera pública para os homens. Portanto, o processo de parentalização para o homem fica somente a encargo da qualidade das relações estabelecidas com sua família das gerações anteriores, como se pode observar a seguir:

Tem início um processo de reavaliação de suas [dos homens] experiências passadas como criança, em relação a seus cuidadores, e essa reavaliação pode resultar em novas combinações de aspectos de sua personalidade, elaboração de padrões de seus relacionamentos familiares anteriores, especialmente com a figura paterna (BRASIL, 2017 pg 38).

Dessa forma, a presença do homem no projeto de família, além de fragilizada pela possibilidade da ausência, serve como um reforço das tradições familiares que

serão transmitidas geracionalmente. Esse argumento é reforçado pela citação de dois autores que são pediatras e estudam sobre vínculo e apego entre mães e filhos:

Brazelton e Cramer (1990) corroboram estas informações e afirmam que o apego do pai ao filho é influenciado por suas experiências anteriores na infância. O desejo por um filho tem início em sua infância e a gestação de sua esposa apresenta-se como um período muito importante para a consolidação de sua identidade masculina (BRASIL, 2017 p. 41).

Ou seja, além da transmissão geracional da parentalização, existe um ideal de identidade masculina que se transpõe para gerações futuras. Assim, as diferenças entre o processo de parentalização da mulher e do homem se sustenta na reiteração de diferenças de gênero importantes. Pode-se afirmar que a descrição minuciosa desse processo, com indicações precisas de práticas, modos de atuação e referenciais/evidências científicos que as embasam, atua performando homens e mulheres, bons/maus pais e mães. Nesse sentido, o manual age reiterando o que Butler (2017) refere como performatividade de gênero, onde as categorias de mulher e homem são cotidianamente repetidas pelas expressões que as performam. Nesse caso, os ideais de mãe e pai aparecem constituídos por essa relação de divisão sexual do trabalho articulada às diferentes exigências biológicas que performam um corpo sexudo para o cuidado.

Destaco, aqui, essa diferenciação do gênero para explicitar uma centralidade da mulher no desenvolvimento do projeto de família e, conseqüentemente, de sociedade. O fato de se considerar a existência de uma biologia própria às “mães” acarreta para a mulher uma responsabilidade maior em termos de conduta sobre o RN, pois ainda se pensa nelas como centro do cuidado. Essa elucidação foi apresentada por Renata Meira Vêras e Martha Azucena Traverso-Yépez (2010), ao descreverem os modelos de maternidades performadas pelo MC. Em seu estudo, as

autoras apontam que o método valoriza uma família nuclear idealizada, de classe média, exaltando o instinto materno. Nesse sentido, indicam que o determinismo social é confundido com imperativo biológico que traça as condicionalidades da mãe pela sua capacidade de gerar e parir filhos. Essa condição, seguem as autoras, são ligadas ao que irei discutir a seguir sobre o mito do amor materno. Especificamente no documento analisado, tal conceito é reforçado a partir dos estudos sobre o desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott (1993), autor bastante acionado no embasamento da política.

Em sua teoria, Winnicott mostra que, ao nascer, a criança dependente necessita de cuidados maternos para que seu desenvolvimento emocional seja feito de forma correta. Para que esse desenvolvimento ocorra da melhor maneira possível, a mãe, ou a pessoa representante da figura materna, deve desempenhar funções básicas com o RN. Essas funções, descritas no manual, são o *holding*, o *handling* e a apresentação de objetos. Tais comportamentos são tidos como colaboradores no desenvolvimento de processos como a integração, a personalização e a realização, os quais ajudariam na consolidação do psiquismo humano. Problemas nesse trajeto poderiam, assim, acarretar problemas psiquiátricos no futuro. O manual faz referência a esses fatores quando afirma que:

Vários estudos, como aqueles apoiados pelas Neurociências, mostram ser encontrada na origem de quadros psiquiátricos uma incidência significativamente elevada de ausência ou mesmo de prolongadas – e talvez repetidas – rupturas na formação da ligação afetiva em momentos primordiais para seu desenvolvimento (BRASIL, 2017, p. 92)

Assim, os comportamentos que farão o vínculo afetivo necessário para que o RN se desenvolva corretamente, e, assim, siga com o projeto de família para as próximas gerações, serão medidos pela condição da mãe suficientemente boa, ou

seja, por indicadores de qualidade desses cuidados. No próximo tópico, busco, justamente, descrever os elementos que servem como indicadores de cuidado no manual, e que, de acordo com o modo como são coordenados, definirão suas múltiplas performances.

3.2 Coordenação do cuidado

No presente tópico, buscarei desenvolver os modos como o cuidado é performado a partir da análise dos módulos 2, 3 e 4. Começarei demonstrando como o cuidado, centrado nas satisfações das necessidades do RN, descritas pelo modelo de mãe suficientemente boa, será medido por três indicadores que considere serem os mais importantes no que se refere ao que “fazem” no texto da política: a pele, a temperatura corporal e o peso do RN.

No tópico anterior descrevi como o manual descreve o desenvolvimento do RN e como esse está condicionado pelas ações que a mãe ou figura materna dirigem a ele. Ainda que o manual descreva a mulher como sendo a principal fornecedora desses cuidados, ela não necessariamente será essencial para o estabelecimento do mesmo. O texto sugere que tanto o pai, ou, em sua ausência, algum outro membro da família da mulher, pode fornecer esse cuidado, uma vez que ele pode ser feito apenas pelo toque gentil de uma mão. Esse embasamento teórico está sustentado por referências da psicologia e pediatria, inclusive descrevendo os próprios conceitos de *Holding* e do *Handling* de Winnicott, para afirmar a importância afetiva do toque na garantia de um bom desenvolvimento para o RN. Ainda, a pele humana é descrita como fator favorável para esse envolvimento afetivo, uma vez

que, devido a sua grande extensão, permite trocas táteis, sensoriais e olfativas.

Conforme aparece no manual:

4.9 A função psicológica da pele

O eu-pele desenvolve-se a partir das experiências precoces ligadas à superfície da pele. Existe uma influência precoce e prolongada das estimulações táteis sobre o funcionamento e o desenvolvimento do recém-nascido (BRASIL, 2017 p. 108).

Portanto, uma vez que seja possível proporcionar ao RN a vivência de experiências gratificantes, localizadas no contato entre peles, essa função afetiva estará cumprida. Nesse sentido, há uma controvérsia em jogo, pois por um lado a mulher é tida como central para o cuidado, porém o toque entre peles não necessariamente precisa ser a dela, ou até mesmo de um cuidado, podendo o enfermeiro ou técnico de enfermagem oferecer esse contato ao RN. Assim como o manual aponta no seguinte trecho:

Também os profissionais da equipe de Saúde podem contribuir positivamente para proporcionar experiências agradáveis ao recém-nascido por meio do cuidado com suas manipulações e manuseios (BRASIL, 2017, p. 108).

Dessa forma, ao coordenar elementos biológicos, como a pele, aos conhecimentos psicanalíticos, o cuidado aqui é performado em termos de afetividade através do *handling*. Esse processo afetivo é medido por alguns critérios descritos pelo manual, como segue:

Indicadores de ligação afetiva após o nascimento da criança: Embora não seja tão simples definir este relacionamento duradouro, podemos pensar como seus indicadores: • olhar prolongado; • acariciar; • aconchegar; • abraçar; • beijar. Todas as condutas que mantêm o contato e que geralmente demonstram a existência de afeto. (BRASIL, 2017,p.98)

Entretanto, como o próprio manual afirma, não é tão simples de medir a qualidade do contato, pelo olhar, acariciar, aconchegar, abraçar, ... Desse modo, são elencados outros mecanismos compensatórios, que servirão de medida. O contato pele a pele, que, no caso descrito, serve para uma ligação afetiva através de estímulos táteis, ao ser coordenado com referências da fisiologia, irá com elas performar uma medida de corpo saudável através da aferição da temperatura corporal, uma vez que tal contato serve como auxiliar na regulação térmica do bebê, que não tem esse sistema - de temperatura - ainda bem desenvolvido. O manual coloca, no módulo 3, a seguinte descrição do controle de temperatura pela pele:

A posição canguru ou contato pele a pele pode evitar a perda de calor corporal desde a sala de parto até o pós-alta hospitalar e está associada à manutenção ou ao aumento moderado de calor durante esse posicionamento (BOUNDY et al., 2016). Os resultados de vários estudos têm demonstrado poucas variações fisiológicas: os neonatos em posição canguru não sofrem hipotermia e a manutenção da temperatura corporal é semelhante à obtida em uma incubadora bem controlada, além de propiciar o aleitamento materno em RN em condições de sugar o seio, evitando-se, assim, a hipoglicemia, que pode ser causa ou consequência de hipotermia (BRASIL, 2017, p. 175).

Nesse sentido, Mol (2008) discorre que diferentes performances, encenadas em diferentes contextos de práticas semiótico-materiais, podem estar integradas numa mesma categoria, ou seja, para autora, diferentes realidades, feitas em distintos campos de produção de conhecimento, podem ser coordenadas de modo a atuarem como uma realidade única: nesse caso analisado, como “cuidado”. No entanto, o que observamos é que a pele, em diferentes coordenações, performa cuidados distintos, que permitirão avaliar se as necessidades exigidas pela mãe suficientemente boa estão sendo atendidas. A pele, além disso, também opera

fornecendo outras informações, como no trecho citado acima, quando a pele engajada com a temperatura pode ser fator determinante para a evitação da hipoglicemia.

O controle da hipoglicemia citada no manual aponta ainda para outro indicativo de medida das ações da mãe suficientemente boa. O modelo do contato pele-a-pele, além de auxiliar no controle da temperatura corporal, também está atrelado à manutenção do peso corporal, uma vez que esse processo de regulamentação térmica depende do fator metabólico dos depósitos de gordura marrom presentes em pequenas quantidade dos RN, que, por sua vez, necessita de glicose para a sua manutenção. O controle de peso, assim, além de servir como uma nova fonte de observação sobre as ações da mãe, como uma medida quantificável, fornece também outras pistas em relação ao vínculo materno por estar associado diretamente com o aleitamento materno. A importância vital do aporte nutricional do RNPT é descrita pelo manual como:

É importante atentarmos para algumas características do pré-termo ao planejarmos o suporte nutricional. Eles têm alto metabolismo, afinal estão em formação, têm pouca reserva devido à passagem de gordura ocorrer em maior quantidade no final da gravidez, têm maior necessidade de proteína, que são os “tijolos” da construção dos órgãos e dos tecidos, têm maior perda de água insensível e, por isso, devem ficar em incubadora, de preferência umidificada, e têm peristalse intestinal mais lenta que os recém-nascidos que nascem ao termo, podendo ter dificuldade na progressão da dieta enteral. (BRASIL, 2017, p. 187)

Assim, são descritas as diversas “limitações” do recém-nascido em relação a sua manutenção corporal. Além disso, são lançadas diversas referências de áreas como biomedicina, imunologia, nutrição, perinatologia, pediatria, etc, para explicar a necessidade da boa nutrição do recém-nascido. Nesse sentido, então, o aleitamento

materno é localizado como a melhor fonte de fornecimento de todos os componentes biológicos que o RN necessita, conforme sugere o texto a seguir:

(...) as evidências são muito robustas e não há mais dúvida – o melhor leite para o pré-termo é o leite de sua mãe. O leite da mãe tem proteína de melhor qualidade, lipídio estruturado, componentes enzimáticos que variam de acordo com a idade gestacional, fatores de crescimento, esvaziamento gástrico é mais rápido e acetil-hidrolase-PAF (fator agregador de plaquetas). (BRASIL, 2017, p. 187)

Não obstante, o manual ainda lança uma diferenciação: os componentes benéficos do leite materno de mães de bebês prematuros e aqueles de mães de bebês a termo. Junto a isso, menciona que o processo de contato pele-a-pele e a forma como o parto ocorre potencializa os efeitos benéficos, conforme o parágrafo a seguir:

O leite da mãe do pré-termo tem concentração cinco vezes maior que o da mãe do a termo de imunoglobulinas, lactoferrina, lisozima e anticorpos contra os patógenos nosocomiais. Esse efeito é potencializado se a mãe tocar o RN e, na ilha de assistência, entrar em contato com a microbiota, em especial se fizer a posição canguru (pele a pele) (Brasil, 2017, pg 187).

Nesse sentido o manual descreve a importância do aleitamento materno como principal fonte de fornecimento do aporte nutricional, inclui na prescrição diferenciações biológicas entre diferentes tipos de parto e de diferenças do leite em determinados períodos de gestação, e orienta sobre a forma de otimizar esse processo através do método oferecido pelo manual. Percebe-se como, nas prescrições contidas no documento, o ganho de peso é fortemente articulado ao aleitamento materno, ao mesmo tempo em que esse engajamento performa um ideal de mãe prescritiva pelo manual. Vale destacar que essa medida, além de servir para que o RN tenha um bom desenvolvimento na sua biologia, é trazido no MC também

como uma fonte de aprimoramento do aleitamento materno (SANTOS; DITZ; COSTA, 2012; LAMY FILHO, et al., 2008) que é reiteradamente afirmado, pelo manual, como a melhor forma de propiciar o vínculo entre mãe e filho.

Outra medida considerada fator decisivo para que o RN e a sua família passem de uma etapa para outra no MC é o peso. Conforme o manual, os critérios são:

Segunda etapa: (...) do recém-nascido: - Estabilidade clínica; - Nutrição enteral plena; - Peso mínimo de 1.250 g." (BRASIL, 2017, p. 25)

Terceira etapa: (...) Do recém-nascido: - Peso mínimo de 1.600 g. - Ganho de peso nos três dias que antecederem a alta hospitalar. - Sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação. (BRASIL, 2017, p. 26)

Além disso, entre os critérios de alta do método, o principal é o RN atingir o peso de 2500g. Assim ao atingir a medida de peso, a família “ganha” um certificado de suficientemente boa que é capaz de fornecer suporte às demandas que tanto o RN, quanto a sociedade, necessita. Nesse sentido, a formação de vínculo através do aleitamento materno pode ser medido em valores de ganho de peso, uma vez que esse é influenciado por diversos fatores associados ao método e sua eficácia.

Diante disso, busquei trazer alguns engajamentos e ensaios de aberturas de caixas-pretas que auxiliam no processo de desnaturalização do cuidado, a partir das múltiplas ontologias que se mostram pela rede ao rastrear as referências que embasam esses cuidados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme já sinalizado, minha intenção, neste estudo, não foi avaliar a eficácia ou qualidade do Método Canguru, muito menos desqualificá-lo enquanto política pública para a atenção materno-infantil, muito pelo contrário. Acredito que o método e suas aplicações realmente tragam diversos benefícios à saúde da população, como demonstram alguns dos estudos citados neste trabalho. Também reconheço a prioridade do método em pensar formas de cuidado abrangentes, que não se limitem aos aspectos biológicos, mas que envolvam uma diversidade de elementos relacionados à realidade do RN e de sua família. Além disso, reconheço que a incorporação de métodos não convencionais é uma ótima forma de agregar conhecimentos de outras áreas ao modelo biomédico vigente, permitindo novas configurações de cuidado. O que busquei traçar, contudo, através da abordagem do MC, foi uma análise crítica sobre as formas como o cuidado é pensado, sobretudo na elaboração de políticas públicas, quando algumas caixas-pretas são mantidas e sua formação, híbrida e múltipla, não é problematizada.

Neste estudo, pode-se perceber que o cuidado carrega consigo uma história de essencializações, que performam corpos e modelos ideais de subjetividade a partir da reiteração de determinismos, como as questões biológicas associadas às mulheres, reforçando estereótipos de gênero na sociedade. Nesse sentido, podemos pensar que, mesmo que a política seja vista de forma progressista ao incluir o pai nas formas de vinculação familiar, o manual não deixa de prescrever modelos de famílias ideais, sobretudo baseados em modelos heterossexuais. Esses modelos familiares são resultantes de noções legais que dispõe sobre as relações de parentesco.

Como afirma Butler (2003), as relações de parentescos não são reconhecidas como legítimas se não estiverem dentro de padrões reconhecíveis de modelos de família. Nesse sentido, essas noções legais ainda seguem imbricadas a pressupostos que consideram que a sexualidade deve prestar contas às relações reprodutivas e que o casamento, como conferente de estatuto legal às formas de família, deve assegurar a sua manutenção.

Ainda, busquei de forma inicial descrever que o cuidado, dentro da política pública analisada, se torna múltiplo, e que ao persegui-lo de outras formas, para além do determinismo que essas coordenações múltiplas carregam, é possível nomear as articulações que o performam de formas específicas. Isso permite pensar também a emergência de outros modos articulatórios de produção da realidade.

Como, por exemplo, pensar nas práticas do cuidado, como o contato pele-a-pele que, ao mesmo tempo que é centralizado nas mulheres, quando analisado através de suas controvérsias, pode representar precisamente que não necessariamente precisar se a mãe a fornecer esse cuidado. Nessa perspectiva, podemos pensar que o que deve ser considerado como resultado dessa prática, é o toque gentil que proporcione uma sensação prazerosa para a criança, e não o reforço do papel da mulher como mãe e cuidadora.

Considerando o que foi desenvolvido neste trabalho, busquei propor outra metodologia para se abordar o cuidado em enfermagem que possa contribuir para avanços na prática profissional. Desnaturalizar os protocolos que embasam o cotidiano profissional permite um olhar crítico sobre os cuidados ofertados pela/os enfermeira/os e, assim, ensejar aberturas para que novas perguntas possam ser colocadas em relação ao processo de saúde e doença das/os usuárias/os e às práticas de trabalho.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, B. B., BELLINI, E. F., SANTOS, M. E. S. WAIDMAN, M. A. P., Ontologia e epistemologia do cuidado de enfermagem. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 12, n. 1, p. 77-82, jan./abr. 2008.

ALMEIDA, CM; ALMEIDA, AFN; FORTI, EMP. Efeitos do Método Mãe Canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos , v. 11, n. 1, p. 1-5, Feb. 2007.

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

_____. CUIDADO: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1ª Edição CEPESC - IMS/UERJ. **ABRASCO**. Rio de Janeiro 2009

AZEVEDO, Vívian Mara Gonçalves de Oliveira; DAVID, Renata Bernardes; XAVIER, César Coelho. Cuidado mãe canguru em recém-nascidos pré-termo sob suporte ventilatório: avaliação dos estados comportamentais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 11, n. 2, p. 133-138, June 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília :**Editora do Ministério da Saúde**, 2011, 204p.

Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: **Vozes**; 1999.

_____. O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ética e na espiritualidade. Petrópolis: Vozes; 2012.

BUTLER, Judith. O parentesco é sempre tido como heterossexual? Cadernos pagu (21). pp.219-260. 2003

_____. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade /13ª ed. Judith Butler; tradução, Renato Aguiar. - 13ª ed - Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, 2017

CAMPOS, E.S. História e evolução dos hospitais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Departamento Nacional de saúde. **Divisão de Organização Hospitalar**. 1965.

CARDOSO, A. C. A. et al. Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. **Revisões e Ensaios.Pediatria**, v. 2, n. 8, p: 128-34, São Paulo, 2006.

CARRARO, Telma Elisa, *et al.* Cuidado de Saúde: uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia. Cultura de los Cuidados. Cuatrimestre Año XV - N.º 29. Espanha, 2011.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev Bras Enferm**; 58(2):214-7. Mar-abr. 2005

CUNHA, Olívia Maria Gomes da. Tempo Imperfeito: Uma Etnografia Do Arquivo. **MANA** 10(2):287-322, 2004.

DIAS, Joana Angélica Andrade; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Ciência, Enfermagem e Pensamento Crítico – Reflexões Epistemológicas. **Revenferm UFPE online.**, Recife, 10(Supl. 4):3669-75, set., 2016.

FLORES ÁNGELES, Roberta Liliana; TENA, Olivia Guerreiro. Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre eltrabajo de cuidados:untejidoentensión. **Iconos. Revista de Ciencias Sociales.** (50): 27-42, 2014.

FRANCO, M.P; ALVES, C.P. O Impacto do Método Mãe Canguru no processo de aprendizagem de prematuros de baixo peso: Revisão de literatura. **Cad. Terapia Ocup.** [Online]. São Carlos, v.22, n.1, 2014.

GIDDENS, A. Sociologia. Tradução de Alexandra Figueiredo, Ana Patrícia Duarte Baltazar, Catarina Lorga da Silva, Patrícia Matos e Vasco Gil. **Fundação Calouste Gulbenkian.** Lisboa, 2004.

GILLIGAN, Carol (1982), In a different voice: Psychological theory and women's development, Cambridge, MA: Harvard University Press.

GUALDA, Dulce Maria Rosa, HOGA, Luiza Akiko Komura. Estudo Sobre Teoria Transcultural de Leininger. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.26, n.1, p75-86. mar, 1992.

HEIDEGGER, M. Ser e tempo, Parte I e II. 3a ed. Petrópolis: **Vozes**; 2008.

IZQUIERDO, M. J. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado. **Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado, Sare-Emakunde, Donostia**, 2003

KRUSE, Maria Henriqueta. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. **Rev.Bras.Enferm**, vol. 59. pp. 403-410, 2006.

LAMY FILHO, Fernando et al . Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre , v. 84, n. 5, p. 428-435, Oct. 2008.

LATOUR, Bruno. Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora / Bruno Latour; tradução Ivone C. Benedetti; revisão de tradução Jesus de Paula Assis. – 2ed – São Paulo: **Ed. Unesp**, 2011.

_____. Reagregando o Social: uma introdução à Teoria do Ator-Rede. Trad. Gilson César Cardoso de Sousa. Salvador/Bauru: **Edufba/Edusc**, 2012, 399p.

LUCCHINI RAIES, Camila; MARQUEZ DOREN, Francisca; URIBE TORRES, Claudia. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. **Index Enferm, Granada** , v. 21, n. 4, p. 209-213, dic. 2012 .

LUDINGTON-HOE, Susan, M.; R.N. Kangaroo Care as a Neonatal Therapy. **Newborn and Infant Nursing Reviews**. v.13, pg. 73-75. June, 2013.

LUNARDI, Valéria Lerch. História da Enfermagem: rupturas e continuidades. Pelotas; UFPel; 1998.

MAIA, Ana Roseti; VAGHETTI, Helena Heidtmann. O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In: SOUSA, F.G.M. de.; MAGDA, S.K. Cuidar – Cuidado: reflexões contemporâneas. **Papa-Livros**. Florianópolis, 2008.

MEAD, M. Understanding cultural patterns. *Nurs. Outlook*, v. 4, n. 5, p. 260-1, 1956.

MOL, A. Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas. In: J. Arriscado Nunes, & R. Roque. *Objectos impuros: experiências em estudos sociais da ciência* (Biblioteca das ciências). Porto: Edições Afrontamento. 2008

_____. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. United States: Duke University Press. 2002.

Martin D, Spink MJ, Pereira PPG. Multiple bodies, political ontologies and the logic of care: an interview with Annemarie Mol. **Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**; 22(64):295-305. 2018.

MOLINIER, Pascale. “El Trabajo de Cuidado y la Subalternidad”. livret de 40 pages. 2012.

MORAIS, Fernanda Rodrigues Chaves *et al.* Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. **Rev. enferm. UERJ**, 19(2):305-10. Rio de Janeiro, abr/jun; 2011.

Oliveira MFV, Carraro TE. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**, mar-abr; 64(2): 376-80. Brasília 2011.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza, MANCIA, Joel Rolim. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev Bras Enferm**; 58(6):723-6. Nov-dez., 2005.

PAGLIARINI WAIMAN, Maria Angélica; BRISCHILIARI, Adriano; ROCHA, Sheila Cristina; YUKIE KOHIYAMA, Vanessa. CONCEITOS DE CUIDADO ELABORADOS POR ENFERMEIROS QUE ATUAM EM INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS. **Rev Rene**. vol. 10, núm. 2, pp. 67-77 abril-junio, 2009.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. **Annablume**. São Paulo, 1998.

RIPOLLES, Maria Soledad Arnau. El «cuidado» y sus perversiones: la cultura de la violencia. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, vol. 3, p. 67-83, 2009.

SANTOS, T.A.S, Dittz E.S., Costa PR. Práticas Favorecedoras do Aleitamento Materno Ao Recém-Nascido Prematuro Internado Na Unidade De Terapia Intensiva Neonatal. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2(3):438-450. Set/dez. 2012.

SAPARAST, L. *et al.* The Effect of Kangaroo Mother Care on Neonatal Outcomes in Iranian Hospitals: A Review. **J Pediatr Rev.** 3 (1): e195. January, 2015.

SILVA, J.R.O.C. da; LOURENÇO, L.H.S.C. A história da história da enfermagem. In: FIGUEIREDO N.M.A. Práticas de enfermagem: fundamentos, conceitos, situações e exercícios. São Caetano do Sul (SP): **Difusão**; 2003.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, p. 20-45. jul/dez, 2006.

VÉRAS, Renata Meira; TRAVERSO-YÉPEZ Martha Azucena. A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso – Programa Canguru. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 18(1): 288, janeiro-abril/2010

WALDOW, V.R. Cuidado humano: o resgate necessário. 3ª ed. Porto Alegre: Vozes; 2001.

WINNICOTT, D.W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: Textos selecionados da pediatria à psicanálise. 4.ed. Rio de Janeiro: **Francisco Alves**,1993.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev Esc Enferm USP** 38(1): 21-7, 2004.