

TARCISIO LAERTE GONTIJO

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-
NASCIDO DE BAIXO PESO – MÉTODO CANGURU, NO BRASIL**

**Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da UFMG
2012**

TARCISIO LAERTE GONTIJO

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-
NASCIDO DE BAIXO PESO – MÉTODO CANGURU, NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde (área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente).

Orientador: Prof. Dr. César Coelho Xavier

Co-orientador: Prof. Dr. Fernando Augusto Proietti

**Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da UFMG
2012**

Gontijo, Tarcisio Laerte.
G641a Avaliação da implantação da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru, no Brasil [manuscrito]. / Tarcisio Laerte Gontijo. - - Belo Horizonte: 2012.
79f.: il.
Orientador: Cesar Coelho Xavier.
Área de concentração: Saúde da Criança e do adolescente.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Método Mãe-Canguru. 2. Recém-nascido de baixo peso. 3. Avaliação de serviços de Saúde. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Xavier, Cesar Coelho. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM: WS 420



REITOR

Professor Clélio Campolina Diniz

VICE-REITORA

Professora Rocksane de Carvalho Norton

PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO

Professor Ricardo Santiago Gomez

PRÓ-REITOR DE PESQUISA

Professor Renato de Lima dos Santos

DIRETOR DA FACULDADE DE MEDICINA

Professor Francisco José Penna

VICE-DIRETOR

Professor Tarcizo Afonso Nunes

COORDENADOR DO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Professor Manoel Otávio da Costa Rocha

SUBCOORDENADORA DO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Professora Teresa Cristina de Abreu Ferrari

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Professora Benigna Maria de Oliveira

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Professora Ana Cristina Simões e Silva

**SUBCOORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Professor Eduardo Araújo Oliveira

**COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
- SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Professora Ana Cristina Simões e Silva

Professor Cássio da Cunha Ibiapina

Professor Eduardo Araújo de Oliveira

Professor Francisco José Penna

Professor Jorge Andrade Pinto

Professora Ivani Novato Silva

Professor Marcos José Burle de Aguiar

Professora Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Michelle Ralil da Costa (Discente Titular)

AGRADECIMENTOS

À DEUS por permitir a realização de mais um sonho.

À minha esposa Karla que souber compreender minhas ausências.

À minha filha Alice que trouxe mais luz a minha vida.

Ao meu orientador e AMIGO Professor César Coelho Xavier, que durante esse período me proporcionou muito mais que ensinamentos acadêmicos. Durante nossa convivência pude aprender muito sobre a vida. Meu eterno agradecimento pela confiança e liberdade na construção desse sonho.

Ao Professor Fernando Augusto Proietti, pela acolhida e contribuições na realização desse trabalho.

Aos meus pais Jair e Maria Aparecida em meus irmãos, Marcelo e Mozair por sempre torcerem por mim.

Aos meus colegas de UFSJ em especial Alisson, Daniel e Ricardo pelo constante apoio e amizade, além dos momentos de alegria e crescimento profissional.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram na realização desse sonho.

*“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”*

Paulo Freire

RESUMO DA TESE

Introdução: O Método Canguru (MC) introduziu-se no Brasil por iniciativa própria de algumas maternidades no final da década de 90. A partir daí o Ministério da Saúde (MS) iniciou amplo processo para sua disseminação, por meio de capacitações de profissionais das maternidades brasileiras, com o objetivo de estimular a ampliação e a melhoria da qualidade da assistência obstétrica e neonatal no setor público. Este programa de capacitação tinha como meta atingir as 255 maternidades que fazem parte do Sistema de Atendimento Hospitalar à Gestante. **Objetivo:** Avaliar a implantação da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de baixo peso – Método Canguru, no Brasil, nas maternidades capacitadas até 2003. **Método:** Trata-se de estudo de avaliação fundamentado na avaliação normativa e na utilização de métodos que integram aspectos quantitativos e qualitativos. Analisou-se os 293 hospitais maternidades capacitados pelo MS para implantação do Método Canguru, no Brasil, no período de 2000 a 2003. Este estudo foi dividido em duas fases. A primeira consistiu na avaliação do conjunto das maternidades capacitadas, por meio do envio de questionário postal, dirigido ao coordenador desta prática ou da unidade neonatal, contendo questões relativas à: a) estrutura das maternidades; b) avaliação de práticas de humanização; c) resultados alcançados com a implantação da atenção humanizada ao recém nascido baixo peso – Método Canguru. Nessa fase utilizou-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 16.0. A segunda fase consistiu na avaliação “in loco” de amostra dessas maternidades, onde foram aplicados diversos instrumentos de coleta de dados direcionados a profissionais, gestores e mães. Nessa fase utilizou-se para análise qualitativa do material coletado nas entrevistas, a análise estrutural de narração, apoiada na Teoria Fundamentada nos Dados. Esse estudo atende aos princípios éticos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. **Resultados:** Os resultados mostraram que a capacitação de profissionais de maternidades brasileiras para a implantação do Método Canguru foi importante para o início do processo, entretanto, não alcançou nível de indução suficiente para mudança de práticas, principalmente, na segunda e terceira etapas do método. Identificamos também que a implantação de todas as etapas do MC esteve associada a presença de banco de leite humano e ser maternidade pública. Em relação a abordagem qualitativa, a análise dos discursos permitiu afirmar que, nas diferentes regiões do país, houve concordância nas representações de mães, gestores e profissionais de saúde de hospitais maternidade sobre a importância da mãe e familiares como parte ativa no processo de recuperação do recém-nascido de risco propiciado pelo Método Canguru. **Conclusão:** Concluimos que há ainda enormes desafios, como necessidade de maior apoio institucional, melhoria da estrutura física, de recursos organizacionais e de pessoal a serem enfrentados para que o Método Canguru se torne um instrumento forte nas ações de saúde para o recém-nascido de baixo peso nas maternidades brasileiras.

Palavras chave: Método Mãe-Canguru, Recém-Nascido de Baixo Peso, Avaliação de Serviços de Saúde

ABSTRACT

Introduction: Kangaroo Care (MC) was introduced in Brazil by its own initiative in some hospitals in the late 90s. Thereafter the Ministry of Health (MOH) began extensive process to its dissemination through training of professionals in nurseries in Brazil, with the aim of encouraging the expansion and improvement of the quality of obstetric and neonatal care in the public sector. This training program was aimed at achieving the 255 hospitals that are part of the System Support Maternity Hospital. **Objective:** To evaluate the implementation of the Humane Newborn underweight - Kangaroo Care in Brazil in maternity trained until 2003. **Method:** It is based on the evaluation study normative assessment and the use of methods that integrate quantitative and qualitative aspects. We analyzed the 293 maternity hospitals trained by MS to implement the Kangaroo Care in Brazil from 2000 to 2003. This study was divided into two phases. The first consisted of the evaluation of all maternities trained, by sending a postal questionnaire addressed to the coordinator of this practice or neonatal unit, containing issues: a) the structure of maternity b) assessment practices humanization c) results achieved with the implementation of humanized care to low birth weight newborn - Kangaroo Care. In this phase we used the statistical program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 16.0. The second phase consisted of the evaluation "in situ" sample of these hospitals, where they were applied various data collection instruments targeted at professionals, managers and mothers. At that stage it was used for qualitative analysis of the material collected in the interviews, the structural analysis of narrative, based on Grounded Theory. This study meets the ethical principles of Resolution 196/96, the National Board of Health and was approved by the Ethics Committee of UFMG. **Results:** The results showed that the training of professionals maternity brasileiras for deploying Kangaroo Care was important to start the process, however, did not reach the level of induction enough to change practice, especially in the second and third steps of the method. We also identified that the implementation of all phases of the MC was associated with the presence of human milk bank and be public hospital. Regarding the qualitative approach to discourse analysis allowed us to state that, in the different regions of the country, there was agreement on the representations of mothers, managers and health professionals in maternity hospitals about the importance of parent and family as an active part in the recovery process Newborn risk brought about by Kangaroo Care. **Conclusion:** We conclude that there are still huge challenges such as the need for greater institutional support, improving the physical structure, organizational resources and personnel to be faced for the Kangaroo method becomes a powerful tool in health care for the newborn underweight in Brazilian hospitals

Key words: Kangaroo-Mother Care Method, Infant, Low Birth Weight, Health Services Evaluation

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
3	OBJETIVOS	13
4	MÉTODO	14
	REFERÊNCIAS	21
5	ARTIGO ORIGINAL 1	24
6	ARTIGO ORIGINAL 2	32
7	ARTIGO ORIGINAL 3	43
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
	ANEXOS	58
	ANEXO A: QUESTIONÁRIO POSTAL	58
	ANEXO B: FICHAS DE OBSERVAÇÃO	64
	ANEXO C: ROTEIROS DE ENTREVISTA	68
	ANEXO D: APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA	77
	ANEXO E: ATA DE DEFESA	78
	ANEXO F: DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO	79

1. Introdução

Este volume contém a Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde: Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Minas Gerais, como um dos requisitos parciais para obtenção do grau de Doutor. Trata-se dos resultados da pesquisa intitulada “Avaliação da implantação da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, no Brasil”. Os resultados dessa investigação estão aqui apresentados em três artigos originais em conformidade com a Resolução 03/2010 desse Programa. Este estudo foi financiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS) brasileiro.

O primeiro artigo, intitulado “*Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso – método canguru*” identifica as práticas neonatais e as etapas implantadas do Método Canguru (MC) nas maternidades capacitadas pelo Ministério da Saúde até 2003. Ele caracteriza as maternidades que tiveram profissionais capacitados na Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de baixo peso – Método Canguru e descreve as práticas neonatais e estruturas existentes nessas maternidades. Foi publicado no número 1 do volume 86 (2010) do *Jornal de Pediatria*.

O segundo artigo intitulado “*Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos*” é um estudo qualitativo que buscou compreender dificuldades e facilidades da implantação e funcionamento do MC nessas maternidades. Está publicado no número 5, volume 28 (2012) dos *Cadernos de Saúde Pública*.

No terceiro artigo, denominado “*Fatores associados com a implantação do Método Canguru no Brasil*”, analisamos variáveis que possam ter interferido no sucesso da implantação do método em maternidades brasileiras. Esse artigo, como parte da Tese, após análise dessa Banca Examinadora, será encaminhado para publicação.

2. Considerações iniciais

O Método Canguru (MC), idealizado por dois médicos colombianos no final da década de 70, foi utilizado, inicialmente, como alternativa à falta de condições tecnológicas para assistir recém-nascidos de baixo peso/prematuros (RNBP) daquele país¹⁻³. Surgiu como grande transformação na concepção e forma de assistir este público, seus pais e/ou cuidadores e tinha como elementos básicos a alta antecipada, aleitamento materno exclusivo, posição canguru para prover calor, educação/informação às mães e acompanhamento ambulatorial^{1,4}.

Devido ao seu relativo sucesso e técnica oriunda de países do terceiro mundo, foi motivo de muitas e procedentes críticas, o que levou à elaboração e condução de investigações^{5,6}. Após superação dessas críticas com mudanças metodológicas do seu formato original e uma ampla comprovação, em diferentes países, das várias propostas de cuidado mãe canguru (contato precoce pele a pele), esse método consolidou-se como estratégia na atenção perinatal^{7,8}.

A Fundação Canguru, em Bogotá, na Colômbia, vem, desde 1989, modificando o modelo original e testando estas adaptações, sendo o atual modelo aplicado, baseado em três componentes: 1) *Posição Canguru*, que visa a manutenção da criança em contínuo contato com o seio da mãe (entre as mamas), ou sobre o tórax do pai ou outra pessoa adequada, na posição vertical ou semi-vertical, usando somente fralda, touca e meia, sendo essa posição mantida até que a criança possa regular sua própria temperatura; 2) *Alimentação no Canguru*, que deve ser baseada exclusiva ou quase exclusivamente no leite materno, diretamente do seio materno, quando possível, ou por sonda ou copo. Se o ganho de peso está inadequado (<15 gramas por kg/dia), a dieta poderá ser complementada com uma fórmula de alta caloria; 3) *Alta do Canguru e acompanhamento ambulatorial*: onde qualquer criança, independentemente do seu peso ou idade gestacional, se torna candidata para alta na posição canguru tão logo ela estiver clinicamente estável, ter adaptado na posição e poder sugar, tolerar e respirar de maneira coordenada. Nesta fase, a posição canguru deve ser mantida enquanto for capaz e desejada para completar o programa, incluindo um rigoroso atendimento e visitas de acompanhamento, sendo esse, duas vezes por semana até recuperação adequada do peso para idade e ganho de peso mínimo de 15 gramas por Kg/dia⁹.

Desde 1984, a UNICEF vem divulgando esse método a vários países, como estratégia de humanização do atendimento neonatal¹⁰. Atualmente, ele é aplicado em vários países e

apresenta variações de acordo com as características sociais e culturais e com a disponibilidade de recursos humanos, materiais e tecnológicos de cada região. As principais diferenças em sua aplicação estão relacionadas com sua abrangência, tempo de início e permanência na posição canguru^{8,11}. Em países com recursos escassos para uma assistência neonatal de qualidade, o MC ainda vem sendo utilizado como alternativa à assistência tradicional e, em países desenvolvidos, ele é aplicado como complementar incorporando a humanização na assistência^{1,8}.

Atualmente, estudos apontam várias vantagens da aplicação do Método Canguru, principalmente o aumento da prevalência do aleitamento materno na alta hospitalar e até o sexto mês de vida^{12,13}, redução da mortalidade neonatal¹⁴, melhor controle da dor^{15,16}, do sono¹⁷ e temperatura^{13,18,19}, melhor crescimento com redução da morbidade em recém-nascido de baixo peso^{14,18} e maior empoderamento materno com repercussões no cuidado ao bebê².

No Brasil, esse método foi introduzido na década de noventa, por iniciativa própria de algumas maternidades² e, a partir daí, o Ministério da Saúde iniciou um amplo processo de sua disseminação, através de um conjunto de medidas com o objetivo de estimular a ampliação e a melhoria da qualidade da assistência obstétrica e neonatal no setor público, tornando-o uma política pública^{2,20}. Dentre essas medidas destacou-se a Portaria MS/GM 693²¹, publicada no ano de 2000 que estabeleceu a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (AHRNBP-MC), normatizando tal cuidado. Essa Portaria, após revisão em 2007, foi substituída pela Portaria 1.693/GM²². Ambas estabeleceram as diretrizes para sua implantação no Brasil, reunindo particularidades acerca das necessidades físicas, biológicas, psicológicas e necessidades especiais das puérperas, do recém-nascido de baixo peso (RNBP) e suas famílias².

A partir da publicação da norma, em 2000, o MS, através da Área Técnica de Saúde da Criança, iniciou um amplo processo de disseminação nacional do MC, como proposta de humanização da assistência neonatal apoiada em quatro princípios: acolhimento do bebê e sua família, respeito às singularidades, promoção do contato pele a pele o mais precoce possível e o envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê^{2,3}.

A difusão dessa proposta foi apoiada por parceiros como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e Fundação ORSA, além de um grupo de especialistas na área neonatal, o que possibilitou a estruturação de um Curso de Capacitação, apoiado por material técnico (manual e vídeo). Esse programa de capacitação tinha como meta atingir as 255 Unidades Hospitalares de Atenção à Gestante de Alto Risco, pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS)²³. Assim, no período entre 2000 e 2003, segundo dados de arquivo da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, foram treinados 1.685 profissionais de 293 maternidades, em 53 cursos realizados pelos Centros de Referência definidos pelo Ministério da Saúde, nas diferentes regiões brasileiras.

Após esse primeiro período de disseminação, o Ministério da Saúde, visando avançar no processo de avaliação da implantação do MC, organizou dois grupos de trabalho para avaliar a proposta brasileira. O primeiro grupo dedicou-se a avaliar os resultados clínicos neonatais por meio de uma coorte, comparando recém-nascidos internados em unidades neonatais públicas, assistidos ou não pelo MC, que foram acompanhados desde o nascimento até a alta¹². Participaram desse estudo 985 recém-nascidos com peso ao nascer entre 500g e 1.749 g. Esse estudo identificou que a proposta de MC, adotada pelo MS, é uma alternativa segura e uma boa estratégia para a promoção do aleitamento materno¹².

Ao segundo grupo, solicitou-se a avaliação do processo de implantação do método nas instituições capacitadas, sendo este o objeto dessa Tese. Diante desse quadro, essa Tese, buscou verificar se o processo de implantação do MC, desenvolvido pelo MS, ou seja, a criação e divulgação da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, e a realização dos Cursos de Capacitação foram efetivos na implantação e consolidação dessa prática no Brasil. Esse estudo, também analisou aspectos que influenciaram nessa implantação, do ponto de vista dos atores envolvidos (gestores, profissionais e mães participantes do MC), além dos fatores que possam ter interferido no sucesso da implantação da experiência brasileira. Essa demanda tornou-se mais premente, quando se constata que o método é difundido como uma política pública, inclusive com financiamento para a sua expansão e consolidação.

3 – Objetivos

Avaliar a implantação da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de baixo peso – Método Canguru, no Brasil, nas maternidades capacitadas até 2003.

Objetivos Específicos

- Caracterizar as maternidades que tiveram profissionais capacitados na Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de baixo peso – Método Canguru (*Artigo 1*)
- Descrever as práticas neonatais e estruturas existentes nessas maternidades (*Artigo 1*).
- Compreender dificuldades e facilidades da implantação e funcionamento da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de baixo peso – Método Canguru (*Artigo 2*).
- Verificar a influência de fatores que possam ter interferido no sucesso da implantação da experiência brasileira (*Artigo 3*).

4. Método

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo de avaliação fundamentado tanto em aspectos clássicos da avaliação normativa²⁴, (estrutura, processo e resultado), como na utilização de métodos que integrem aspectos quantitativos e qualitativos. O uso combinado de métodos permite ao avaliador uma variedade de enfoques para examinar diferenças sutis que, de outra maneira, escapariam da sua atenção. Utilizou-se a abordagem qualitativa para conhecer a ótica dos diferentes atores (gestores, profissionais e mães participantes do método) envolvidos na implantação e funcionamento do MC. Além disso, aumenta a legitimidade do estudo e a possível utilização dos resultados²⁵.

A avaliação normativa busca estudar cada um dos componentes de uma intervenção, neste caso, o Método Canguru, comparando-os com critérios e normas. Todas as avaliações normativas se apoiam na premissa de que há uma forte relação entre o respeito aos critérios e normas definidas e os efeitos reais do programa²⁶. Utilizamos como referência os critérios e normas estabelecidas pela Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru²³ do Ministério da Saúde que objetiva a padronização desse tipo de atendimento em nosso país.

4.2 População de estudo

Foram identificados 293 hospitais maternidades, segundo relatório do Ministério da Saúde, capacitados para implantação da “Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru”, no Brasil, no período de 2000 a 2003, em 53 cursos realizados pelos Centros de Referência, definidos pelo MS nas diferentes regiões brasileiras. Esse estudo foi dividido em duas fases.

4.3 Primeira fase do estudo

Consistiu na avaliação do conjunto das maternidades capacitadas e ocorreu durante os anos de 2004 e 2005. Nessa fase, foi enviado para essas 293 maternidades identificadas, questionário postal (ANEXO A), dirigido ao coordenador desta prática ou da unidade neonatal, contendo

questões relativas à: a) estrutura das maternidades; b) avaliação de práticas de humanização; c) resultados alcançados com a implantação da atenção humanizada ao recém-nascido baixo peso – Método Canguru.

Esse questionário foi enviado por correio, fax e email, no mínimo três vezes, para cada hospital maternidade (HM), com reforço de contato por telefone. Foram também realizados contatos com os centros de referências e secretarias estaduais e municipais de saúde, solicitando ajuda no contato com as maternidades que ainda não haviam respondido o questionário, resultando em uma amostra final de 176 (60,1%) maternidades respondentes.

4.3.1 – Variáveis utilizadas na primeira fase

O questionário postal, enviado apresentava questões relativas à:

- **Estrutura:** como identificação, tipo de serviço, existência de banco de leite humano, distribuição de leitos, número de incubadoras e equipamentos disponíveis para uso, número de profissionais (neonatologistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, dentre outros), acesso a serviços (especialidades médicas, exames de imagem, procedimentos cirúrgicos) existência de UTIN;
- **Processos:** como presença de práticas humanizadoras existentes (rotina escrita, visitas da mãe, acesso dos pais e familiares, redução de luz e sons), início das atividades, época e carga horária da capacitação, Centro de Referência que capacitou a equipe, práticas de nutrição enteral mínima, tipo de leite utilizado na prática de nutrição enteral, existência de capacitação das mães sobre ordenha, existência de registro da assistência no Método Canguru, alimentação do Sistema de Informação do Método Canguru/MS;
- **Resultados:** como implantação das três fases do MC, número de recém nascidos (RN) assistidos pelo MC, proporção de partos cesáreos, proporção de aleitamento materno exclusivo na alta.

Além das variáveis descritas acima, utilizou-se ainda, para avaliar fatores associados à implantação do Método Canguru, o número de partos anuais além do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e incidência de Pobreza do município onde está sediada a maternidade. O IDH e incidência de pobreza da cidade foram colhidas na base de dados do

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o número de partos anuais, para o ano de 2004, na base de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

4.3.2 *Análise de dados da primeira fase*

Após revisão dos questionários, para erros de preenchimento, os dados foram transferidos para meio magnético com digitação em duplicata, utilizando-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 16.0. Avaliou-se o banco de dados em relação à duplicidade, erros de digitação e inconsistências. Para estimar a confiabilidade da variável “implantação das etapas do método”, entre o questionário postal e visita local, utilizou-se o teste de kappa. Os resultados foram 0,55, 0,64 e 0,78 para a primeira, segunda e terceira etapas, respectivamente, indicando concordância moderada para a primeira e substancial para a segunda e a terceira etapas.

Realizou-se análise descritiva e, para avaliar os fatores associados à implantação do Método Canguru, análise multivariada, utilizando modelo de regressão logística multinomial. Para entrada das variáveis no modelo, considerou-se um valor de p menor que 0,25 na análise univariada e utilizado o critério *forward*, com entrada das variáveis no modelo, uma a uma, de acordo com sua significância. Para permanência no modelo final foi considerado um nível de significância de 5%. Estimou-se os valores de *odds ratio* com respectivos intervalos de 95% de confiança. O ajuste do modelo foi avaliado por meio da estatística *Deviance*.

4.4 – *Segunda fase do estudo*

A segunda fase consistiu na avaliação “*in loco*” de amostra das maternidades capacitadas, onde foram aplicados diversos instrumentos de coleta de dados. As visitas *in loco* ocorreram em 2005, conduzidas por profissionais especialmente treinados, que utilizaram instrumento de coleta de dados e observação não participante.

4.4.1 – *Definição da amostra*

A partir do universo das 293 maternidades, identificadas na primeira fase, construiu-se a amostra para a segunda fase. Participaram dessa amostra as maternidades que atendiam aos seguintes critérios:

1. Não ser maternidade de referência para treinamento;
2. Ter realizado um número mínimo de 2.000 partos em 2002, esperando-se a ocorrência de, aproximadamente, 100 partos de recém-nascidos vivos, com peso menor que 2.000 gramas. Essa estratégia visava propiciar número mínimo de mães presentes no hospital no período de coleta de dados.

Para o cálculo do item 2, utilizou-se a base de dados nacional do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do ano de 2002, último ano disponível no momento da obtenção da amostra. Das 293 maternidades, 81 (27,6%) preenchiem os critérios acima.

Devido ao baixo número de maternidades que atendiam aos critérios de inclusão, foi inviável a obtenção de amostra probabilística estratificada de acordo com a região geográfica. Além disso, 57 destas maternidades localizavam-se nas capitais dos estados. Então, optou-se por usar como critério para a amostra final, a maternidade estar localizada em capitais e/ou grandes centros urbanos devido a condições logísticas para acesso. Vinte e nove maternidades compuseram a amostra final (Tabela 1).

Tabela 1. Número de hospitais maternidades capacitadas e visitadas na avaliação da implantação do Método Canguru no Brasil, 2004.

<i>Região</i>	<i>Maternidades capacitadas</i>	<i>Maternidades visitadas</i>	
		<i>n</i>	<i>%</i>
Norte	20	3	15,0
Nordeste	87	9	10,3
Centro oeste	29	3	10,3
Sudeste	102	9	8,8
Sul	55	5	9,1
Total	293	29	9,9

O número de maternidades a ser visitado, em cada estado, foi diretamente proporcional ao número destas naquele estado, em relação ao total de maternidades capacitadas no país. Procurou-se assegurar que todas as regiões estivessem representadas na amostra final, representadas por 20 Unidades Federadas. Os demais estados (Acre, Amazonas, Amapá, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Rio Grande do Norte e Roraima) foram excluídos, por não

preencherem o segundo critério para inclusão. A amostra final por região pode ser vista na tabela 1.

4.4.2 – Coleta de dados

Para esta etapa foram desenvolvidos 08 (oito) instrumentos de coleta de dados, sendo 3 fichas de observação (ANEXO B) e 5 roteiros de entrevista (ANEXO C), assim denominados:

- 1 – Entrevista com o profissional responsável pelo método na instituição
- 2 – Entrevista com o profissional da equipe atuando na primeira/segunda etapas
- 3 – Entrevista com o profissional da equipe atuando na terceira etapa
- 4 – Entrevista com a mãe na primeira/segunda etapas
- 5 – Entrevista com a mãe na terceira etapa
- 6 – Ficha de observação na primeira etapa
- 7 – Ficha de observação na segunda etapa
- 8 – Ficha de observação na terceira etapa

Esses instrumentos tiveram como referência o Guia de Avaliadores Externos da Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru²⁷ e foi aplicado quando da visita às maternidades incluídas na amostra. Toda coleta de dados nas 29 maternidades, foi realizada por pesquisadores que participaram da elaboração dos instrumentos de coleta de dados, sendo cada maternidade visitada por dois pesquisadores. Os roteiros semi-estruturados consistiam de questões norteadoras aos profissionais e gestores, sobre a implantação do método e seu envolvimento na proposta, e às mães, sobre a satisfação com o serviço e os resultados do Método Canguru.

Realizou-se pré-teste em duas maternidades (não participantes da amostra estudada) de Belo Horizonte, tendo como objetivo: a) avaliação dos instrumentos de coleta de informação; b) legitimidade e aceitação do estudo e sua metodologia em amostra presumivelmente semelhante àquela que seria incluída no estudo; c) adequação do questionário, em relação a sequência das questões, sua forma e clareza; e, d) treinamento, objetivando familiarizar a equipe de campo com a metodologia do estudo e o preenchimento adequado do questionário e demais procedimentos.

Da amostra de 29 maternidades capacitadas e que receberam visita *in loco*, 10 implantaram o MC totalmente e outras 10 instituições não o fizeram. Nessas maternidades, realizou-se um total de 135 entrevistas com os diferentes atores envolvidos (Tabela 2). Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Tabela 2. Número de entrevistas realizadas em maternidades, por categoria de entrevistado, segundo grau de implantação do Método Canguru no Brasil.

<i>Entrevistados</i>	<i>Maternidades que implantaram o Método Canguru</i>	<i>Maternidades que não implantaram o Método Canguru*</i>
Gestores	06	08
Profissionais da etapa I e/ou etapa II	28	43
Profissionais da etapa III	09	0
Mães na etapa I e/ou etapa II	14	22
Mães na etapa III	05	0
Total	62	73

* Nas maternidades que não haviam implantado o MC foram entrevistados profissionais e mães que estavam na UTIN

Para a observação não participante e sistemática utilizou-se um roteiro estruturado (ficha de observação) para cada etapa do MC. Essa observação feita nos ambientes onde era realizado o MC, durava o tempo mínimo de 1 hora em cada etapa. Tinha a finalidade de observar o funcionamento das três etapas e definir quais delas estavam plenamente implantadas.

4.4.3 Análise dos dados da segunda fase

Utilizamos para análise qualitativa do material coletado nas entrevistas, a análise estrutural de narração²⁸, apoiada na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)^{29,30}. Para identificar as interpretações dos sujeitos, a análise das entrevistas foi dividida em três fases³¹. A primeira correspondeu à análise de cada entrevista, separadamente. Nessa fase, o primeiro momento é o de leitura vertical, buscando o sentido global, para se conhecer o “tom” da entrevista. O investigador sintetiza os assuntos tratados, em uma primeira aproximação dos conteúdos. Nessa fase, realizou-se, ainda, o processo de “desconstrução” textual, desvelando-se os enunciados que explicitam o campo de significados para a pessoa que fala em torno de cada objeto do discurso³².

Na segunda fase, realizou-se a “reconstrução” da entrevista, quando os objetos, explicações e pontos de vista do sujeito foram reagrupados, formando, assim, as categorias de análise. Essas categorias foram identificadas e agrupadas de acordo com o assunto abordado na totalidade do relato, para se encontrar, acompanhar e reproduzir o trabalho de categorização que o próprio entrevistado realizou. A reconstrução em torno dos objetos é necessária, porque esses se encontram espalhados ao longo da fala, sendo o processo discursivo sempre de idas e vindas para apresentá-los e justificá-los^{29,32}.

A terceira fase dessa análise consistiu em encontrar o que é comum e discordante nas categorias explicitadas pelo conjunto de entrevistados. Fez-se a categorização dos significados explicitados sobre os objetos em foco, numa leitura chamada de transversal³¹. Em seguida, passou-se à teorização, na qual as categorias surgidas na análise das entrevistas foram ponderadas por leituras e reflexões teóricas do pesquisador, permitindo o confronto com outros achados e teorias de outros pesquisadores²⁹.

Foram duas as categorias centrais identificadas nas falas dos entrevistados: a) importância do método para a assistência ao recém-nascido e; b) importância do apoio institucional para a sustentabilidade do método.

Optou-se pelo uso da TFD devido ao fato dela não partir de teorias já existentes, mas sim, fundamentar-se a partir de dados da própria cena social sem a pretensão de refutar ou aceitar seus achados. Algumas considerações são essenciais quanto às especificidades dessa abordagem em relação às demais de cunho qualitativo como: a revisão de literatura não ser o passo inicial do processo, uma vez que emergirá da coleta e análise dos dados e são esses que direcionarão o pesquisador para obter mais informações na literatura e; os dados são coletados e analisados concomitantemente, descrevendo, portanto, as primeiras reflexões no início da fase de coleta^{29,30}.

4.5 – Questões éticas

Esse estudo obedeceu aos princípios éticos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, parecer ETIC 168-04 (ANEXO D).

Referências

1. World Health Organization. Kangaroo mother care: A practical guide. Geneva: World Health Organization Library; 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2009
3. Henning MA, Gomes MA, Gianini NO. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru". Rev. bras. saúde mater. Infant (Online) [periódico na internet]. 2006 [acesso em: 12 mar. 2012];6(4):427-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000400010&script=sci_abstract&tlng=pt.
4. Charpak N, Ruiz JG, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R, Cristo M, Anderson G, Ludington S, Mendoza S, Mokhachane M, Worku B. Kangaroo Mother Care: 25 years after. Acta Paediatr. 2005;94:514–22.
5. Whitelaw A, Sleath K. Myth of marsupial mother: home care of very low birth weight infants in Bogota, Colombia. Lancet. 1985;1:1206-8.
6. Diaz-Rosseló JL. Caring for the mother and preterm infant: kangaroo care. Birth. 1996;23:108-11.
7. Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Figueroa de Calume Z, Charpak Y. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants \leq 2000 grams: a randomized controlled trial. Pediatrics. 1997;100:682-8.
8. Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, et al. State of the art and recommendations Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. Acta Paediatr. 2010;99(6):812-9.
9. Charpak N, Ruiz-Pelaez JG. Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. Acta Paediatr. 2006;95:529-34.
10. Barros DCC, Pereira EDA, Cavalcante MCV, Nunes MV, Marques PF, Fernandes RT, Lamy ZC. Utilização da posição canguru na unidade neonatal do Hospital Universitário Materno Infantil. Rev Pesq Saúde [periódico na internet]. 2010 [acesso em: 10 mar. 2012];11(2):44-8. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/552/303>
11. Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Hennig MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2005 [acesso em: 28 ago. 2009]; 10(3):659-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3.pdf>.
12. Lamy Filho F, Silva AA, Lamy ZC, Gomes MA, Moreira ME; Grupo de Avaliação do Método Canguru. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. J. pediatr (Rio J.) [periódico na internet]. 2008 [acesso em: 15 jun. 2009];84:428-35.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572008000600009&script=sci_arttext

13. Almeida H, Venancio SI, Sanches MTC, Onuki D. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. *J. pediatr. (Rio J.)* [periódico na internet]. 2010 [acesso em: 21 jan. 2011]; 86(3):250-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572010000300015&script=sci_arttext.
14. Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. Kangaroo mother care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *Int. j. epidemiol.* [periódico na internet]. 2010 [acesso em: 26 jun. 2011];39:144–54. Disponível em: http://ije.oxfordjournals.org/content/39/suppl_1/i144.full.pdf+html.
15. Johnston CC, Fillion F, Campbell-Yeo M, Goulet C, Bell L, McNaughton K, Byron J, Aita M, Finley GA, Walker CD. Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: A crossover trial. *BMC pediatr. (Online)*. [periódico na internet]. 2008 [acesso em: 26 jun. 2011];8(13):1-9. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2383886/pdf/1471-2431-8-13.pdf>
16. Freire NBS, Garcia, JBS, Lamy, ZC. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. *Pain*. 2008;139(1):28-33.
17. Lundington-Hoe SM. Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: preliminary results of a randomized, controlled trial of skin contact with preterm infants. *Pediatrics*. 2006;117(5):909-23.
18. Suman RP, Udani R, Nanavati R. Kangaroo Mother Care for Low Birth Weight Infants: A Randomized Controlled Trial. *Indian pediatr*. 2008;45(1):17-23.
19. **Azevedo VM, Xavier CC, Gontijo FO.** Safety of Kangaroo Mother Care in intubated neonates under 1500 g. *J. Trop Pediatr*. 2012;58(1):38-42.
20. Vêras RM, Traverso-Yépez M. The Kangaroo Program at a Brazilian maternity hospital: the preterm/lowweight babies' health-care under examination. *Nurs. Inq* [periódico na internet]. 2011 [acesso em: 18 mar. 2012];18(1):84–91. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/08/kangaroo.pdf>
21. Brasil. Portaria GM/MS n. 693 de 5 de julho de 2000. Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. *Diário Oficial da União* 2000; 6 jul.
22. Brasil. Portaria GM/MS n. 1.683 de 12 de julho de 2007. Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. *Diário Oficial da União* 2007; 12 jul.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
24. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. México: Instituto Nacional de Salud Publica; 1990.

25. Sulbrandt J. Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais. In: Kliksberg B, editor. Pobreza: uma questão inadiável. Brasília: ENAP, 1994. 365-408.
26. Clemenhagen C, Champagne F. Quality assurance as part of Program Evaluation: Guidelines for managers and clinical department heads. QRB Qual. rev. bull. 1986;12(11):383-7.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método mãe canguru – guia de avaliadores externos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
28. Demazière D, Dubar C. Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion. Paris: Essais & recherches; 1997.
29. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage Publications; 1990.
30. Strauss A, Corbin J. Grounded theory in practice. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.
31. Blanchet A, Gotman A. L'enquete et ses méthodes: l'entretien. Paris: Nathan; 1992.
32. Freitas MIF. A gestão do segredo na vida de casais após a infecção pelo HIV. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Cooperação Técnica SIDA Brasil – França; 1998.

ARTIGO ORIGINAL 1



Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns – the Kangaroo Method

Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso – método canguru

Tarcísio L. Gontijo¹, Adriana L. Meireles², Deborah C. Malta³,
 Fernando A. Proietti⁴, César C. Xavier⁵

Resumo

Objetivo: Avaliar a implantação do método canguru em hospitais capacitados pelo Ministério da Saúde (MS).

Método: Estudo transversal que avaliou 176 (60,1%) dos 293 hospitais maternidades (HM) capacitados entre 2000 e 2003 no Brasil. O estudo foi conduzido em duas fases. A primeira consistiu no envio de um questionário para os 293 HM, e a segunda fase realizou-se mediante visita *in loco* em uma amostra de 29 destes HM. O instrumento de coleta de dados da primeira fase foi enviado por correio, fax ou e-mail via Ministério da Saúde a todos os hospitais capacitados e abordava as dimensões da avaliação normativa: estrutura, processos e resultados. A segunda fase consistiu exclusivamente na avaliação de processo utilizando-se roteiro de observação não participante e estruturado. Para estimar a confiabilidade da variável "implantação das etapas do método", entre o questionário e a visita local utilizou-se o teste de kappa.

Resultados: A primeira etapa do método canguru foi implantada em 84,9% dos hospitais, porém apenas 47,3% implantaram as três etapas conforme regulamenta a norma brasileira. Os resultados do teste de kappa indicam concordância moderada para a primeira etapa e substancial para a segunda e terceira etapas do método.

Conclusão: A capacitação foi importante para o início do processo de implantação do método canguru, mas não suficiente para promover a implantação das três fases do método.

J Pediatr (Rio J). 2010;86(1):33-39: Método mãe canguru, recém-nascido de baixo peso, avaliação de serviços de saúde.

Abstract

Objective: To evaluate the implementation of the kangaroo mother method in hospitals trained by the Brazilian Ministry of Health.

Method: Cross-sectional study, evaluating 176 (60.1%) out of 293 hospitals that were trained by the Ministry of Health from 2000 to 2003 in Brazil. This study was conducted in two phases. The first phase consisted of sending a questionnaire to 293 hospitals; in the second phase an *in loco* visit was made in a sample of 29 among those hospitals. The instrument for data collection was sent to all hospitals by mail, fax or e-mail through the Ministry of Health and they addressed the three dimensions of the normative assessment: structure, processes, and results. The second phase consisted of an evaluation of the process, using a structured guide of non-participant observation. To estimate the reliability of the variable "deployment of the steps of the method" between questionnaire and site visit, we used the kappa test.

Results: The first stage of the kangaroo mother method was implemented in 84.9% of the hospitals, but only 47.3% of them implemented the three stages according to the Brazilian norm. The kappa test results indicated a moderate agreement for the first stage, and substantial for the second and third stages of the method.

Conclusion: Hospital training was important for triggering the implementation process of the kangaroo mother method. However, they were not enough to promote the implementation of the three phases of the method.

J Pediatr (Rio J). 2010;86(1):33-39: Kangaroo mother method, low birth weight infant, health services evaluation.

1. Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. Professor assistente, Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), campus Divinópolis, MG.
2. Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/Epidemiologia, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG.
3. Doutora. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Professora adjunta I, Escola de Enfermagem, UFMG, Belo Horizonte, MG.
4. Doutor. Professor associado, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG.
5. Doutor. Professor associado, Departamento de Pediatria, Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Como citar este artigo: Gontijo TL, Meireles AL, Malta DC, Proietti FA, Xavier CC. Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns – the Kangaroo Method. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(1):33-39.

Artigo submetido em 24.08.09, aceito em 07.12.09.

doi:10.2223/JPED.1968

Introdução

O método canguru (MC) consiste em uma tecnologia de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso (RNBP) de forma crescente pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido¹. Este método é aplicado em vários países de diferentes maneiras, de acordo com as características sociais e culturais e a disponibilidade de recursos humanos, materiais e tecnológicos².

O MC foi introduzido no Brasil na década de 1990 por iniciativa própria de algumas maternidades e expandiu-se rapidamente em todo o país³. A partir do reconhecimento desta prática como técnica de humanização da assistência neonatal, o Ministério da Saúde (MS) iniciou um amplo processo de disseminação do método por meio de medidas para estimular e ampliar a melhoria da qualidade da assistência neonatal no setor público. Essas medidas foram promulgadas na edição da Portaria MS/GM 693, publicada no ano de 2000, que estabeleceu a Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru (AHRNBP-MC) e a organização e realização, entre 2000 e 2003, de cursos de capacitação para profissionais que atendem alto risco em Neonatologia. Esses cursos foram desenvolvidos nos nove centros de referência em MC credenciados pelo MS.

Visando avançar no processo de avaliação da implantação do MC no país, o MS, por meio da Área Técnica de Saúde da Criança, criou dois grupos de trabalho. Um grupo dedicou-se a avaliar os resultados clínicos neonatais por meio de uma coorte comparando recém-nascidos internados em unidades neonatais públicas, assistidos ou não pelo MC, que foram acompanhados desde o nascimento até a alta⁴. E ao presente grupo coube avaliar a implantação do método nas instituições capacitadas.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal conduzido em 2004 e 2005 que teve como objetivo avaliar a implantação do MC nos 293 hospitais maternidades (HM) capacitados pelo MS mediante cursos ministrados pelos seguintes centros colaboradores: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Recife (PE), Maternidade Escola Assis Chateaubriand e Hospital César Cals, Fortaleza (CE), Hospital Universitário do Maranhão, São Luis (MA), Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Hospital Universitário de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Hospital Regional de Taguatinga, Taguatinga (DF), Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo, São Bernardo do Campo (SP), e Hospital Geral de Itapeçerica da Serra, Itapeçerica da Serra (SP).

Os cursos tinham duração de 40 horas e contavam com a participação de no máximo cinco profissionais de nível superior por maternidade, sendo eles escolhidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Esta política de capacitação teve como meta contemplar as maternidades que fazem parte do sistema de atendimento hospitalar à gestante de alto risco e contou com a parceria do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e a Fundação ORSA.

Os profissionais eram capacitados para a utilização do MC, segundo a norma do MS, numa perspectiva interdisciplinar, sendo habilitados para a humanização dos cuidados hospitalares e ambulatoriais à gestante, à puérpera e ao recém-nascido de risco. A norma regulamenta que o MC deve ser desenvolvido em três etapas:

- Etapa 1 - Identificação do trabalho de parto prematuro e peso do recém-nascido inferior a 2.500 gramas. O método é aplicado principalmente em bebês menores de 1.500 gramas que, impossibilitados de ir para o alojamento conjunto, necessitam ficar internados em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Neste período, mãe e família devem ser orientadas quanto às condições da criança, ressaltando a importância do MC.

- Etapa 2 - O recém-nascido em condições clínicas estáveis é transferido para a enfermaria canguru, onde ficará acompanhado de sua mãe e, realmente, assumirá a posição canguru pelo maior tempo possível, sendo estimulado a permanecer 24 horas/dia na posição, funcionando este como um período de adaptação da mãe e do filho para a alta.

- Etapa 3 - Consiste no acompanhamento ambulatorial até o recém-nascido atingir o peso de 2.500 gramas, sendo posteriormente encaminhado para o acompanhamento em unidades primárias de saúde¹.

Para este estudo conduzimos uma avaliação normativa, método que consiste em avaliar uma intervenção comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços prestados (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas⁵⁻⁷. Foram utilizados como referência os critérios estabelecidos pela norma AHRNBP-MC do MS¹. O estudo foi conduzido em duas fases: inicialmente, foi enviado questionário para os HM, e, posteriormente, realizou-se visita *in loco* em uma amostra desses hospitais.

Primeira fase

Nesta fase, o instrumento de coleta de dados abordava as seguintes dimensões da avaliação normativa⁵:

a) Estrutura das maternidades: número de leitos, número de pediatras/neonatólogos pertencentes à equipe, serviços disponíveis 24 horas/dia: laboratório, radiologia, tomografia computadorizada, ultrassom transfontanela, ressonância magnética, procedimentos cirúrgicos menores, acesso a especialidades e cirurgias, ambulatório especial para os recém-nascidos de alta da enfermaria canguru e local adequado para permanência dos pais.

b) Processos: uso de protocolos [redução de transmissão vertical síndrome da imunodeficiência adquirida (*acquired immunodeficiency syndrome*, AIDS), tratamento para icterícia, prevenção e tratamento de sífilis congênita, esteroides antenatais, nutrição parenteral precoce, prevenção da septicemia por *Estreptococos β hemolítico*]; avaliação das práticas de humanização: cuidado com o posicionamento do recém-nascido, prática de ordenha, diminuição da intensidade de luz e ruído, livre acesso aos pais, estratégias facilitadoras à presença dos pais (alojamento, vale-transporte, refeições), contato pele a pele na UTIN e de incentivo aos cuidados com o recém-nascido, individualização do recém-nascido (nome,

roupas, brinquedos), estratégias para abordagem da dor e desconforto, grupo de pais, busca ativa da Secretaria Municipal de Saúde/Programa de Saúde da Família (SMS/PSF).

c) Resultados alcançados com a implantação da AHRNBP-MC: proporção de aleitamento materno exclusivo na alta e de partos cesáreos por maternidade.

Foi solicitado aos respondentes que utilizassem como fonte de dados para o preenchimento destas informações os registros hospitalares de todos os atendimentos do ano anterior de cada HM.

O questionário foi enviado no mínimo três vezes para todos os HM por correio, fax e e-mail via MS. A solicitação do preenchimento foi dirigida ao coordenador do MC ou da unidade neonatal. Os envios foram precedidos por contato telefônico com os serviços, avisando e sensibilizando para o preenchimento. Por último, quando não havia retorno dos questionários, os centros colaboradores e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde entravam em contato com os HM reforçando a importância do preenchimento do instrumento de coleta e participação na pesquisa. Os questionários foram devolvidos por correio em envelopes previamente etiquetados.

Segunda fase

Por limitações operacionais, de tempo e orçamentárias, não foi possível visitar todos os HM. Diante disso, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: não ser maternidade de referência para capacitação, ter realizado no mínimo 2.000 partos no ano anterior, ter realizado no mínimo 100 partos de recém-nascido com peso inferior a 2.000 gramas e estar localizada em grandes centros urbanos. Vinte e nove HM, distribuídos em 20 estados, preenchiam todos os critérios de inclusão.

A visita *in loco* foi conduzida por profissionais especialmente treinados, que utilizaram instrumento de coleta de informações não participante e estruturado que contemplava a dimensão de processos. Ele foi adaptado para este estudo a partir do guia de avaliadores externos do MS⁸ e Costa et al.⁹.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (168/04), tendo todos os respondentes assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Inicialmente, 43,2% (130/293) dos HM retornaram o questionário respondido. E após contato dos centros de referências, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o total de HM respondentes alcançou 60,1% (176/293).

Em relação à distribuição por estados, identificou-se que todos os HM do Amazonas, Pernambuco, Espírito Santo e Roraima responderam ao questionário postal. Seis estados (DF, MG, PI, PB, SE e SP) tiveram resposta acima de 70%, e em 13 estados a proporção de respondentes foi inferior a 50%. Os dois HM capacitados no Amapá não retornaram os questionários.

Em relação ao tipo de organização, 31,8% (56) dos HM são estaduais, 23,4% (41) são filantrópicos, 15,9% (28) são municipais, 14,8% (26) são universitários, 3,4% (6) são privados, 3,9% (7) não se enquadram nas organizações descritas e 6,8% (12) não responderam.

Na Tabela 1, são apresentadas as etapas do MC implantadas nas maternidades em estudo segundo dados do questionário postal e da visita *in loco*. Identifica-se que, de acordo com os questionários, 47,3% (79) dos HM avaliados implantaram totalmente o método conforme regulamentação a norma brasileira, enquanto 14,2% (25) não implantaram nenhuma das etapas. A concordância entre os dois instrumentos (postal e visita local), para a variável "implantação das etapas do método canguru" foi de 0,55, 0,64 e 0,78 para a primeira, segunda e terceira etapas, respectivamente, indicando concordância moderada para a primeira etapa e substancial para a segunda e a terceira etapas¹⁰.

Tabela 1 - Distribuição de frequência das etapas implantadas do método canguru segundo questionário postal e visita *in loco* nos hospitais maternidades capacitados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004-2005)

Etapas do método canguru*	Questionário postal, n (%)	Visita <i>in loco</i> , n (%)
Etapa 1	141 (84,9)	19 (65,5)
Etapa 2	104 (63,0)	18 (62,1)
Etapa 3	79 (47,3)	10 (34,5)
Nenhuma etapa	25 (14,2)	10 (34,5)

* Sem informação para 5,1 a 6,5% dependendo da etapa.

Na Tabela 2, são mostrados os itens que compõem a avaliação de estrutura para os HM. Foram identificados 366 leitos neonatais, sendo apenas 21% (77) de enfermaria canguru. Vale ressaltar o baixo número de HM com local adequado para permanência dos pais enquanto seus filhos estão internados, e que 34,1% (58) dos HM não dispõem de posto de coleta/banco de leite.

Um total de 92 (59%) dos HM reportou não possuir nenhum sistema de registro sobre crianças assistidas pelo MC, e 88,6% (140) relataram não utilizar o sistema de informação oficial disponibilizado pelo MS para o MC.

Na Tabela 3, estão descritas as práticas/processos assistenciais e humanizadores existentes. Observa-se em elevada proporção a existência de estruturas tecnológicas nas unidades neonatais, com exceção da ressonância magnética, do protocolo para prevenção da septicemia por *Streptococcus* β hemolítico e do acesso ao anestesista pediátrico. As demais práticas analisadas foram relatadas em mais de 60% dos HM.

Uma prática pouco encontrada foi a realização de grupo de pais em apenas 40,1% (65) dos HM. Em contrapartida, algumas práticas como a ordenha durante a internação do recém-nascido na UTIN, cuidados com o posicionamento e livre acesso dos pais, foram reportadas por mais de 90% das maternidades (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de frequência da estrutura existente nas unidades neonatais de 176 hospitais maternidades capacitados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004-2005)

Estruturas existentes	n (%)
Leitos neonatais (n = 366)	
Cuidados intensivos neonatal	132 (36,1)
Cuidados intermediários	157 (42,9)
Enfermaria canguru	77 (21,0)
Existência de posto de coleta/banco de leite	
Sim	112 (65,9)
Não	58 (34,1)
Pediatra/neonatologista 24 horas/dia na semana	160 (95,3)
Serviço de Laboratório 24 horas/dia na semana	157 (94,0)
Serviço de Radiologia 24 horas/dia na semana	150 (89,3)
Acesso a procedimentos cirúrgicos menores	143 (87,2)
Acesso a tomografia computadorizada	125 (77,3)
Ultrassom transfontanela	128 (77,3)
Acesso imediato a especialidade e cirurgias	
Oftalmologia	106 (63,9)
Cardiologia	115 (69,3)
Neurologia	117 (70,9)
Cirurgião pediátrico	124 (74,3)
Anestesista pediátrico	88 (53,0)
Ambulatório especial para os recém-nascidos de alta da enfermaria canguru	102 (61,5)
Local adequado (solário, área descoberta) para permanência dos pais enquanto os bebês estão internados na UTIN/alto risco	49 (29,2)

UTIN = unidade de tratamento intensivo neonatal.

Em relação aos aspectos nutricionais das crianças assistidas pela AHRNBP-MC, 83,3% (135) dos HM relataram a realização da prática de nutrição enteral mínima antes das 72 horas de vida, sendo que 78,9% (127) afirmaram iniciar esta prática utilizando leite da própria mãe ou pasteurizado e 97,6% (162) relataram oferecer orientações e treinamento às mães sobre a ordenha.

Na Tabela 4, são apresentados alguns processos de trabalhos analisados nos HM visitados. Identifica-se que aproximadamente 90% (15) implantaram enfermaria canguru para o desenvolvimento da segunda etapa do método, como recomenda a norma¹. Também foi observado que em 62,1% (18) dos HM houve repasse do treinamento às equipes.

Em relação à proporção de recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo no momento da alta, observou-se que em 24,2% (22) das maternidades a proporção foi menor a 70%; 62,7% (57) situou-se entre 70 e 99%, enquanto que 30,8% (28) dos HM informaram que 100% dos bebês estavam em aleitamento materno exclusivo no momento da alta.

Discussão

A avaliação de implantação do MC após a normatização pelo MS através da norma AHRNBP-MC constituiu oportunidade

única para verificar a difusão de práticas de humanização ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS) e a capacidade de indução do MS.

A disseminação do MC no Brasil caminha lentamente, porém já apresenta mudanças significativas, no que diz respeito à incorporação de determinadas práticas humanizadoras. É preciso destacar que o método idealizado para nosso país difere muito das experiências já concretizadas em outros países. A norma publicada em 2000 deu início aos cursos de capacitação, demonstrando que é necessária a manutenção de uma proposta efetiva de disseminação, uma vez que a proposta brasileira é uma alternativa segura, pois apresentou resultados clínicos semelhantes aos do tratamento convencional e uma boa estratégia de promoção do aleitamento materno⁴, além de seu custo ser aproximadamente de um terço do valor quando comparado com os custos da assistência tradicional¹¹.

Implantação das etapas do método canguru

A alta proporção (84,9%) de HM que implantaram a primeira etapa demonstra relativo sucesso, principalmente no que diz respeito à utilização das práticas humanizadoras nesses ambientes, ressaltada pelo contato pele a pele dos pais, que parece ter sido incorporado à rotina dos serviços.

Tabela 3 - Distribuição de frequência das práticas assistenciais existentes nas unidades neonatais dos 176 hospitais maternidades capacitados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004-2005)

Práticas existentes	n (%)
Protocolo redução transmissão vertical AIDS	158 (95,2)
Tratamento para icterícia – protocolo	158 (94,6)
Protocolo prevenção e tratamento de sífilis congênita	154 (92,8)
Nutrição enteral mínima precoce	151 (89,9)
Esteroides antenatais	136 (85,0)
Nutrição parenteral precoce	129 (77,3)
Protocolo para prevenção da septicemia por <i>Estreptococos</i> β hemolítico	69 (46,0)
Ressonância magnética	62 (37,8)
Cuidado com o posicionamento do bebê	165 (98,2)
Prática de ordenha durante a internação do bebê na UTIN/alto risco	157 (94,0)
Livre acesso aos pais	152 (91,0)
Estratégias facilitadoras para a presença da mãe (alojamento, vale-transporte, refeições)	148 (89,7)
Práticas de contato pele a pele dos pais na UTIN	144 (88,3)
Prática para a diminuição da intensidade de luz	138 (82,6)
Mãe participa dos cuidados com o bebê na UTIN/alto risco	131 (78,4)
Prática de individualização do bebê (nome, roupas, brinquedos)	130 (78,3)
Prática para a minimização do ruído	121 (72,9)
Estratégia para abordagem da dor e desconforto	122 (72,6)
Prática de toque/contato pele a pele com o recém-nascido de alto risco na sala de parto	97 (58,1)
Práticas de contato pele a pele do pai no alojamento canguru	95 (57,9)
Grupo de pais	65 (40,1)
Prática de busca ativa da SMS/PSF em relação aos RNPT que permanecem internados por períodos prolongados	48 (29,5)

AIDS = síndrome da imunodeficiência adquirida (*acquired immunodeficiency syndrome*); RNPT = recém-nascido pré-termo; SMS/PSF = Secretaria Municipal de Saúde/Programa de Saúde da Família; UTIN = unidade de terapia intensiva neonatal.

Tabela 4 - Distribuição de frequência para 29 hospitais maternidades de acordo com características selecionadas do serviço (Brasil, 2004-2005)

Característica	n (%)
Disponibilidade da rotina (do MS ou própria)	
Sim	17 (58,6)
Não	12 (41,4)
Treinamento da equipe na instituição	
Sim	18 (62,1)
Não	11 (37,9)
Observou alguma medida de manejo da dor*	
Sim	7 (28,0)
Não	18 (72,0)
Há pais presentes na unidade neonatal (1ª etapa)*	
Sim	24 (85,7)
Não	4 (14,3)
Havia penumbra para toda a unidade ou individual*	
Sim	8 (28,6)
Não	20 (71,4)
A cobertura na cúpula da incubadora é adequada*	
Adequada	15 (53,6)
Insuficiente/inadequada	6 (21,4)
Não existe	7 (25,0)
Tipo de alojamento em que é desenvolvida a segunda etapa*	
Enfermaria mãe canguru	15 (88,2)
Alojamento conjunto	2 (11,8)

MS = Ministério da Saúde.

* Sem informação para alguns registros.

No entanto, identificou-se que apenas 47,3% (79) dos HM implantaram as três etapas conforme a norma brasileira, o que demonstra que o método não está plenamente implantado na maioria das instituições capacitadas pelo MS.

Observa-se que os percentuais de implantação das etapas diferem nas duas fases do estudo, sendo menores nas visitas locais. Mesmo estando os 29 HM visitados contidos no universo dos 176 que responderam ao questionário postal, os percentuais de implantação não são imediatamente comparáveis. Entretanto, cabe ressaltar a boa concordância refletida nos valores do teste de kappa.

Identificou-se que as maiores dificuldades na implantação do método estão na realização da segunda e terceira etapas, principalmente no que se refere ao ambulatório para seguimento especial. Charpak & Ruiz-Peláez, ao analisarem a implantação do MC em maternidades de 25 países em desenvolvimento, identificaram que a maior dificuldade encontrada foi a implementação do ambulatório para acompanhamento após a alta hospitalar seguida da resistência ao método dos profissionais, mães e famílias¹².

A seleção dos serviços e profissionais

O processo de capacitação realizado pelo MS e utilizado como estratégia de disseminação nacional desta proposta tinha como meta atingir as 255 maternidades que fazem parte do Sistema de Atendimento Hospitalar à Gestante de Alto Risco. Vale ressaltar a importância dos 293 HM capacitados na prestação de assistência ao parto, uma vez que foram responsáveis no ano de 2006, segundo dados do sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC), pela realização de mais de 1/3 (34,2%) dos partos de crianças com peso inferior a 2.500 gramas no país.

Para verificar se o critério de escolha das maternidades foi adequado do ponto de vista do atendimento ao recém-nascido de risco, analisou-se o SINASC, em 2006, e verificou-se que nasceram no Brasil 2.944.928 crianças, sendo que destas, 8,2% tinham peso ao nascer inferior a 2.500 gramas. Os 293 HM foram responsáveis, nesse período, pela realização de 22,7% dos partos no Brasil. Dentre os nascimentos de crianças com peso abaixo de 2.500, 1.499 e 999 gramas, as unidades capacitadas foram responsáveis por 32,8, 43,0 e 40,7%, respectivamente. Ressalta-se que os centros de referência em atendimento canguru estão incluídos neste universo. Portanto, o critério de seleção dos HM a serem capacitados foi adequado, cobrindo grande parte dos recém-nascidos de risco do país, potenciais beneficiários deste tipo de prática.

O que parece ter sido inadequado foi a metodologia de escolha dos profissionais indicados para participar do treinamento, que não foi clara, pois se imaginava, em princípio, que seriam profissionais ligados diretamente ao serviço e que poderiam coordenar a mudança das práticas para uma assistência humanizada ao recém-nascido de risco.

Análise da estrutura

Quanto aos pontos críticos da estrutura, destacam-se o grande percentual de HM sem local adequado para perma-

nência dos pais enquanto os recém-nascidos estão internados na UTIN, a ausência de uma maior integração dos HM com os serviços públicos de saúde, principalmente unidades primárias de saúde, e a não realização da busca ativa e acompanhamento dos recém-nascidos egressos. A presença de um espaço físico adequado para a permanência dos pais é importante, pois permite a conquista gradual de confiança em sua capacidade de cuidar e proteger seus filhos¹³.

A utilização do *software* desenvolvido pelo MS para registro do acompanhamento dos recém-nascidos assistidos no MC apresentou baixa adesão dos HM, o que impede a utilização das informações sobre a assistência prestada e a monitorização desses recém-nascidos nas unidades.

Análise de processo

Destacam-se alguns pontos positivos na organização da assistência neonatal nos HM, como o livre acesso dos pais, a presença de estratégias facilitadoras para a permanência da mãe na unidade hospitalar (alojamento, distribuição de vale transporte e oferta de refeições) e a alta proporção de unidades com prática de minimização de ruídos e intensidade da luz. Estes pontos evidenciam a preocupação das unidades em implantarem práticas humanizadoras aliadas à assistência neonatal.

Quanto aos pontos críticos, em 27,4% (46) dos HM não há adoção de estratégia para abordagem da dor/desconforto no recém-nascido de risco. O efeito da dor no recém-nascido pode refletir negativamente por meio de alterações orgânicas, fisiológicas e comportamentais, repercutindo no desenvolvimento do sistema nervoso central do neonato e na interação mãe-bebê¹⁴.

Na segunda fase, alguns dos destaques foram a alta proporção de HM que utilizam como espaço para a segunda etapa do método a enfermaria canguru e a presença de pais na unidade neonatal, mostrando a incorporação de práticas humanizadoras por estes serviços. Outra observação importante foi que em 37,9% dos HM não houve o repasse do treinamento para os demais profissionais, provavelmente contribuindo assim para os baixos índices de implantação da segunda e terceira etapas do método.

Análise de resultados

A elevada proporção de HM sem disponibilidade de posto de coleta/banco de leite humano pode interferir diretamente no início e continuidade do aleitamento materno, uma vez que diversos estudos¹⁵⁻¹⁹ evidenciaram que crianças assistidas no MC apresentam um aumento significativo na duração do aleitamento materno exclusivo. A presença do posto de coleta/banco de leite funciona como centro de orientação e suporte às mães com dificuldades para amamentar²⁰.

O presente trabalho encontrou proporções de aleitamento materno exclusivo no momento da alta da enfermaria muito elevadas, indicando outro grande sucesso da AHRNBP-MC. Entretanto, o fato de 30,8% (28) dos HM relatarem que 100% dos recém-nascidos no momento da alta estavam em aleitamento materno exclusivo sugere um viés de informação ou uma experiência com sucesso absoluto que requer

investigação mais detalhada. Resultados conflitantes com os de nosso estudo foram relatados por Lamy Filho et al.⁴, que encontraram no Brasil uma proporção de aleitamento materno na alta hospitalar de 69,2% entre as crianças assistidas pelos centros de referência para o método canguru do MS⁴, sendo 2,3 vezes mais frequente quando comparado com crianças assistidas no modelo convencional.

Limitações do estudo

No limite de nosso conhecimento, este é o único estudo publicado no Brasil avaliando os HM capacitados em todas as unidades da federação. Entretanto, algumas limitações devem ser mencionadas.

Uma delas é a proporção relativamente elevada de maternidades não respondentes (39,1%), apesar das inúmeras tentativas realizadas para minimizar as perdas de informação. Destaca-se na análise das perdas que a proporção de RNBP entre as maternidades não respondentes foi de 27,3% do total dos partos realizados pelas maternidades capacitadas e apenas de 9,3% dos partos de RNBP no Brasil. Uma hipótese para os serviços silenciosos consiste na possibilidade de não terem implantado o MC e, assim, terem optado por não participar. É possível que a proporção de serviços com a AHRNBP-MC plenamente implantada seja ainda menor, quando consideramos os resultados da visita *in loco*, o que pode ter resultado em superestimação da real implantação nos HM capacitados. É necessário ressaltar as limitações inerentes ao tipo de coleta de dados adotado na primeira fase, embora essa estratégia não seja incomum em estudos observacionais. Neste sentido, os resultados do teste de kappa indicam, em geral, concordância adequada entre as duas metodologias de coleta de dados.

Considerações finais

A capacitação foi importante para o início do processo; entretanto, não alcançou nível de indução suficiente para mudança de práticas na segunda e terceira etapas do método. Outros mecanismos certamente seriam necessários para atingir esse objetivo, como a sustentabilidade das práticas, supervisão, financiamento, material educativo, troca de experiências e seleção adequada dos profissionais para capacitação. Como o método aplicado no Brasil difere das práticas desenvolvidas em outros países, são necessárias novas investigações, uma vez que há apenas um estudo⁴ de avaliação desta tecnologia no Brasil.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Coordenação da Saúde da Criança do MS, em especial a Alexia Luciana Ferreira, a Catarina Schubert e a todos os coordenadores e profissionais das maternidades envolvidas. Agradecemos também a Celeste de Souza Rodrigues e a Ana Amélia Miglio pela participação na coleta dos dados e a Elysângela Dittz Duarte pela colaboração na criação dos instrumentos de coleta.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Norma de atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso – Método Canguru. Brasília: MS; 2000.
2. Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Figueroa de Calume Z. Current knowledge of Kangaroo Mother Intervention. *Curr Opin Pediatr*. 1996;8:108-12
3. Venancio SI, de Almeida H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:S173-80.
4. Lamy Filho F, Silva AA, Lamy ZC, Gomes MA, Moreira ME; Grupo de Avaliação do Método Canguru. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84:428-35.
5. Donabedian A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. *Perspectivas en Salud Publica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990. p. 72.
6. Malta DC, Merhy EE. A avaliação do Projeto Vida e do Acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. *Rev Min Enferm*. 2004;8:259-67.
7. Gontijo TL, Malta DC. Avaliação da implantação do método canguru: o caso de uma maternidade em Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil. *Rev Min Enferm*. 2008;12:189-94.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método mãe canguru – guia de avaliadores externos. Brasília: MS; 2002.
9. Costa JO, Xavier CC, Proietti FA, Delgado MS. Avaliação dos recursos hospitalares para assistência perinatal em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Saude Publica*. 2004;38:701-8.
10. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159-174.
11. Lima G, Quintero-Romero S, Cattaneo A. Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil. *Ann Trop Paediatr*. 2000;20:22-6.
12. Charpak N, Ruiz-Peláez JG. Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. *Acta Paediatr*. 2006;95:529-34.
13. Henning MA, Gomes MA, Gianini NO. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru". *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2006;6:427-36.
14. McGrath PJ, Unruh AM. The social context of neonatal pain. *Clin Perinatol*. 2002;29:555-72. Review.
15. Whitelaw A, Diaz-Rossello J, Anderson GC. In-hospital skin-to-skin contact for newborn infants and their mothers. *Cochrane Library*, Issue 3. Oxford, Update Software, 1998
16. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. Mãe canguru para reduzir morbidade e mortalidade em recém-nascidos com baixo peso ao nascer (Cochrane Review). In: *Resumos de Revisões Sistemáticas em Português*, Issue 2, 2007. Oxford: Update Software.
17. Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Figueroa de CZ, Charpak Y. A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics*. 2001;108:1072-9.
18. Sanches MTC. Fatores associados à amamentação exclusiva de recém-nascidos de baixo peso ao nascer integrantes do Método Mãe-Canguru [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
19. Penalva O, Schwartzman JS. Descriptive study of the clinical and nutritional profile and follow-up of premature babies in a Kangaroo Mother Care Program. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82:33-9.
20. Colameo AJ, Rea MF. O método mãe canguru em hospitais públicos do estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. *Cad Saude Publica*. 2006;22:597-607.

Correspondência:
Tarcísio L. Gontijo
Rua Piauí, 255 - Centro
CEP 35.502-031 - Divinópolis, MG
Tel.: (37) 9111.8540
E-mail: enftarcisio@yahoo.com.br

ARTIGO ORIGINAL 2

Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos

Evaluation of the implementation of Kangaroo Care by health administrators, professionals, and mothers of newborn infants

Tarcisio Laerte Gontijo ^{1,2}
César Coelho Xavier ²
Maria Imaculada de Fátima Freitas ³

Abstract

This was a qualitative evaluation study aimed at both shedding light on the challenges and facilitating implementation of Kangaroo Care in Ministry of Health-accredited maternity care facilities in Brazil, from the standpoint of healthcare professionals and administrators and mothers of low birth weight newborns. Semi-structured on-site interviews were conducted at the maternity centers. The study used structural narrative analysis with the data analysis method. Key evaluative focal points identified were the method's importance in neonatal care and institutional support for its sustainability. As for the findings, the theoretical concept of institutional analysis was essential for achieving more in-depth reflection. Despite some resistance, the method is being implemented effectively in maternity care facilities; however, the study shows the need for periodic training and more resource allocation to enable improvement in the service's infrastructure, thereby resulting in more effective humanization of care.

Low Birth Weight Infant; Humanization of Assistance; Health Services Evaluation

Introdução

Entendido como tecnologia de assistência neonatal que busca, além da melhoria na qualidade da assistência neonatal, a incorporação de práticas de humanização no atendimento a crianças nascidas pré-termo ou com baixo peso, o Método Canguru difundiu-se por diversos países que passaram a incorporá-lo de diferentes formas, de acordo com suas características sociais, econômicas e culturais ¹. Até o ano de 2004, somente no Instituto Materno Infantil de Bogotá, na Colômbia, maternidade pioneira na aplicação do método, equipes de 25 países foram capacitadas para aplicação do mesmo em diferentes partes do mundo ².

No Brasil, o Método Canguru difundiu-se rapidamente, a partir de 1990, sendo a proposta brasileira, mais ampla que a proposta originária da Colômbia, abrangendo questões como os cuidados técnicos com o bebê (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com luz, som, dor); o acolhimento à família; a promoção do vínculo mãe/bebê e do aleitamento materno; e o acompanhamento ambulatorial após a alta, configurando-se, assim, como estratégia de qualificação do cuidado neonatal ³.

A norma brasileira determina que o Método Canguru deve ser aplicado em três etapas distintas ⁴. A primeira etapa inicia-se no pré-natal de alto-risco, seguido da internação do recém-nascido na Unidade Neonatal. Nesse período,

¹ Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, Brasil.

² Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

³ Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Correspondência

T. L. Gontijo
Universidade Federal de São João del-Rei.
Rua Sergipe 1135, apto. 201,
Divinópolis, MG 35500-012,
Brasil.
enftarcisio@yahoo.com.br

mãe e família devem ser orientados quanto às condições da criança, ressaltando a importância do Método Canguru. Na segunda etapa, o recém-nascido, após estabilização das condições clínicas, é transferido para a enfermaria canguru, onde ficará acompanhado de sua mãe, que assumirá a posição canguru pelo maior tempo possível, o que permite aumentar a proximidade física e comunicação entre mãe e bebê e o empoderamento materno. Esta etapa funciona como período de adaptação da mãe e do filho para a alta. A terceira etapa começa quando o bebê recebe alta hospitalar e caracteriza-se pelo acompanhamento do bebê e da família no ambulatório e/ou domicílio até atingir o peso de 2.500 gramas. Após alcançar este peso o acompanhamento deve seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde. Nem todas as etapas fazem parte da rotina dos serviços públicos ou privados de assistência ao parto, no Brasil, e são vivenciadas diferenciadamente pelas mães, desde a disseminação do Método Canguru no país.

Essa disseminação foi proposta pelo Ministério da Saúde que editou e publicou a *Portaria Ministério da Saúde/GM 693/2000* ⁴, estabelecendo a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP-MC). A partir dela, o Ministério da Saúde realizou, até 2004, cursos de capacitação para profissionais que atendem alto risco em neonatologia. Os cursos foram organizados com 40 horas de duração e desenvolvidos nos Centros de Referência estruturados e organizados pelo Ministério da Saúde, nos quais participavam cinco profissionais de cada maternidade escolhida. Até o ano de 2004, foram capacitados 1.685 profissionais de 293 hospitais maternidade em todo país ⁵.

Após a realização desse processo de disseminação, o Ministério da Saúde, em 2006, reuniu dois Grupos de Trabalho para avaliar a experiência brasileira do Método Canguru. O primeiro grupo ⁶ dedicou-se a avaliar os resultados neonatais desta prática e, ao presente grupo, coube avaliar o processo de implantação do método nas maternidades capacitadas. Este último é o único estudo de abrangência nacional e foi executado em duas fases. Na primeira ⁵, buscou identificar o grau de implantação do Método Canguru nas maternidades brasileiras capacitadas e na segunda fase, foram analisados aspectos que interferiram nessa implantação. O presente artigo trata dos resultados dessa segunda fase.

Os achados referentes à primeira fase mostraram que apenas 34,5% das maternidades capacitadas em todo território nacional implantaram as três etapas do método, conforme recomenda a

norma brasileira ⁵, havendo baixa incorporação, sobretudo, da terceira etapa. Em outro estudo, que avaliou a implantação do método em maternidades do Estado de São de Paulo, foi identificado um percentual de 46,6% de implantação das três etapas ⁷.

Charpak & Ruiz-Peláez ², em trabalho inédito e singular, avaliaram a implantação do Método Canguru em maternidades de 15 países em desenvolvimento, sendo o único estudo internacional presente na literatura sobre avaliação da implantação do método em diferentes países. Com a análise dos resultados encontrados, identificou-se que o maior obstáculo era também a implantação do acompanhamento ambulatorial, correspondente à terceira etapa no Brasil, além da resistência dos profissionais de saúde, mães e famílias.

Dada a importância do Método Canguru na assistência neonatal, a sua baixa incorporação pelas maternidades brasileiras considerou-se necessário buscar a compreensão sobre aspectos facilitadores e dificultadores da implantação nas maternidades brasileiras capacitadas para este fim. Assim, foram analisados, do ponto de vista dos gestores, profissionais e mães, aspectos que influenciaram a implantação do Método Canguru. A importância do cuidado com a equipe profissional na implantação do Método Canguru não fez parte desta investigação, mesmo reconhecida sua importância.

Este estudo é integrante do projeto de avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso – Método Canguru no Brasil, financiado pelo Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde, a ótica dos gestores, profissionais e mãe está, portanto, no centro deste estudo.

Objetivo

Compreender dificuldades e facilidades da implantação do Método Canguru em maternidades brasileiras capacitadas pelo Ministério da Saúde, sob a ótica de profissionais de saúde, gestores e mães de recém-nascidos de baixo peso atendidos nesses serviços.

Método

Trata-se de estudo de avaliação qualitativa. Embora ainda existam debates acerca da adequação do uso de métodos quantitativos e qualitativos na avaliação de serviços de saúde, a abordagem qualitativa na análise de implantação é reconhecida por vários autores ^{8,9,10} como de grande

importância para a compreensão das relações entre o grau de implantação e o contexto político e organizacional.

Considera-se que a subjetividade na vivência dos sujeitos envolvidos na implantação tanto está incluída no processo, como implicará os resultados esperados devendo sempre ser incluída nas avaliações. As ideias e atitudes dos profissionais, como das mães participantes, são parte das representações sobre os cuidados e definem decisões sobre implicar-se, mais ou menos, na proposta.

Serviços e sujeitos participantes

Foi selecionada amostra de hospitais maternidades dentre os 293 capacitados pelo Ministério da Saúde no Brasil entre 2000 e 2003. Para definição dessa amostra adotaram-se os seguintes critérios: não ser maternidade de referência na capacitação do método; ter realizado, no mínimo, 2.000 partos no ano anterior, permitindo assim que, durante as visitas, fossem encontradas mães de recém-nascidos de baixo peso, além de ser localizada em grandes centros urbanos. Assim, obteve-se uma amostra de 29 hospitais maternidade, distribuídos em 20 estados da federação (Tabela 1).

Estes hospitais maternidades receberam visita *in loco*, no ano de 2005, de um grupo de pesquisadores que, primeiramente, os avaliou, utilizando roteiro estruturado e observação não participante, se a maternidade havia ou não implantado o Método Canguru conforme estabelece a norma brasileira ⁴. O método considerou-se como não implantado nas maternidades que não desenvolviam nenhuma etapa; como implantado, naquelas que desenvolviam as três etapas; e, parcialmente implantado naquelas que implantaram apenas uma ou duas etapas.

Tabela 1

Número de hospitais maternidades capacitadas e visitadas na avaliação da implantação do Método Canguru no Brasil.

Região	Maternidades capacitadas	Maternidades visitadas	
		n	%
Norte	20	3	15,0
Nordeste	87	9	10,3
Centro-oeste	29	3	10,3
Sudeste	102	9	8,8
Sul	55	5	9,1
Total	293	29	9,9

Assim, entre os 29 hospitais maternidades visitados, identificou-se que 10 (34,5%) implantaram o método; 10 (34,5%) não o implantaram e os outros 9 (31%) o implantaram parcialmente. A fim de permitir uma adequada avaliação, neste estudo foram analisadas as entrevistas de profissionais, gestores e mães dos hospitais maternidades que implantaram o método e as entrevistas dos mesmos sujeitos naqueles hospitais maternidades que não o implantaram. Para manutenção e garantia do anonimato dos entrevistados, os profissionais foram identificados como P1, P2, P3..., os gestores por G1, G2, G3..., e as mães por M1, M2 e M3...

Instrumento e coleta de dados

Utilizaram-se cinco diferentes roteiros de entrevistas, devido ao fato de o método ser desenvolvido em diferentes etapas. Para os profissionais atuantes, na primeira e segunda etapa, utilizou-se um roteiro, e outro para os que atuavam na terceira. Para as mães, um roteiro para participantes da primeira e da segunda etapas e outro para aquelas que participavam da terceira etapa. Por último, houve um roteiro para a entrevista com os gestores, sendo estes os responsáveis pelo método na instituição.

Os roteiros semiestruturados consistiam de questões norteadoras aos profissionais e gestores, sobre a implantação do método e seu envolvimento na proposta, e às mães, sobre a satisfação com o serviço e os resultados do Método Canguru. As entrevistas foram realizadas durante a visita *in loco* às maternidades e conduzidas por profissionais especialmente treinados, sendo as mesmas gravadas e transcritas posteriormente.

Análise dos dados

A análise estrutural de narração ¹¹, apoiada na Teoria Fundamentada nos Dados ^{12,13}, embasou o procedimento de análise do material coletado nas entrevistas.

Considerou-se que tudo, em uma narrativa, tem significado ¹⁴. Nela, o sujeito apresenta fatos, justifica-os, se expõe, retoma ideias e se contradiz, estruturando sua reflexão, ao longo da fala. Desse modo, por mais completa que seja uma análise do conjunto vertical do discurso, para ser eficiente, faz-se necessário realizá-la horizontalmente, uma vez que o sentido não está no fim da narrativa, ele a perpassa ¹⁴. Para identificar as interpretações dos sujeitos, a análise das entrevistas foi dividida em três etapas ¹⁵.

A primeira etapa correspondeu à análise de cada entrevista, separadamente. Nessa etapa, o primeiro momento é o de leitura vertical, bus-

cando o sentido global de cada uma, permitindo conhecer o “tom” da entrevista. Nesse momento, o investigador sintetiza os assuntos tratados, em uma primeira aproximação dos conteúdos. Em um segundo momento da primeira etapa, intitulado “leitura horizontal”, o texto de cada entrevista foi dividido em sequências numeradas em ordem crescente, num processo de “desconstrução” textual, desvelando-se os enunciados que explicitam o campo de significados para a pessoa que fala em torno de cada objeto do discurso ¹⁶.

Na segunda etapa, realizou-se a “reconstrução” da entrevista, quando os objetos, explicações e pontos de vista do sujeito foram reagrupados, considerando-se o mesmo assunto abordado na totalidade do relato, para encontrar, acompanhar e reproduzir o trabalho de categorização que o próprio entrevistado realizou. A reconstrução em torno dos objetos é necessária, porque estes se encontram espalhados ao longo da fala, sendo o processo discursivo sempre de idas e vindas para apresentá-los e justificá-los ^{11,16}.

A terceira etapa do trabalho consistiu, no primeiro momento, em encontrar o que é comum e discordante nas categorias explicitadas pelo conjunto de entrevistados, aprofundando a categorização dos significados explicitados sobre os objetos em foco, numa leitura chamada de transversal ¹⁵. Em um segundo momento, passou-se à teorização, na qual as categorias surgidas na análise das entrevistas foram aprofundadas por leituras e reflexões teóricas do pesquisador, permitindo o confronto com outros achados e teorias de outros pesquisadores ¹¹.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Ge-

rais, constante do parecer nº. 168/04, e o consentimento da participação foi obtido pela leitura, esclarecimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e discussão

Da amostra de 29 hospitais maternidade no universo de 293 capacitadas para o Método Canguru pelo Ministério da Saúde, encontraram-se 10 que o haviam implantado totalmente e outras 10 instituições que não o implantaram. As entrevistas, com questões abertas e gravadas foram realizadas, conforme a distribuição apresentada na Tabela 2, totalizando 135 entrevistas gravadas em áudio e transcritas em seguida.

Foram duas as categorias centrais identificadas nas falas dos entrevistados: (a) importância do método para a assistência ao recém-nascido; (b) importância do apoio institucional para a sustentabilidade do método. Os discursos dos profissionais e gestores mostraram-se complementares; os das mães, em alguns aspectos, diferenciados desses pelas suas vivências e o lugar que ocupam como atores na institucionalização do Método Canguru.

Importância do método para a assistência ao recém-nascido

O desenvolvimento de novas tecnologias na neonatologia tem provocado grande impacto na assistência à saúde, nesta área. Por outro lado, gera grande preocupação com a separação precoce e prolongada entre mãe, bebê e família. Assim, a disseminação do Método Canguru, realizada pelo Ministério da Saúde, teve como finalidade sensibilizar profissionais atuantes

Tabela 2

Número de entrevistas realizadas em hospitais maternidades, por categoria de entrevistado, segundo grau de implantação do Método Canguru no Brasil.

Entrevistados	Maternidades que implantaram o Método Canguru	Maternidades que não implantaram o Método Canguru
Gestores	6	8
Profissionais da etapa I e/ou etapa II	28	43
Profissionais da etapa III	9	0
Mães na etapa I e/ou etapa II	14	22
Mães na etapa III	5	0
Total	62	73

ia assistência neonatal para o alcance de uma prática humanizadora na assistência ao recém-nascido de baixo peso ⁴.

Nesse sentido, profissionais e gestores julgam-no como uma tecnologia humanizadora, a qual se implicaram, vivenciando-a a partir da formação e implantação, o que foi mostrado, sobretudo, pela incorporação de conceitos e técnicas de humanização nas maternidades visitadas. naquelas em que o Método Canguru não foi implantado, mas houve, obviamente, treinamento de profissionais, os discursos também apresentam o reconhecimento da sua importância na assistência ao recém-nascido de baixo peso. Para as mães, a certeza de sua importância para o bebê eio com suas experiências.

“Então, essa questão do vínculo, do apego, o contato pele a pele que garante mais tempo de amamentação (...) também um reforço maior do vínculo...” (G-8).

“Maior afetividade mãe e filho e maior envolvimento entre o binômio mãe e filho. Pra melhoria do desenvolvimento da criança, desenvolvimento afetivo, físico e desenvolvimento até intelectual” (P-25).

Estes relatos estão presentes no discurso dos profissionais, independente da implantação ou não do método na instituição onde atuam, e é o mesmo dentro as falas das mães, apontando, assim, a implicação dos sujeitos no processo de reconhecimento e implantação do Método Canguru como uma nova instituição que vai ganhando corpo na assistência neonatal. Explicitou-se o reconhecimento de que o método traz benefícios importantes para o bebê por meio da interação com sua família, propiciando aumento de vínculo mãe-filho e seu maior desenvolvimento. A implicação ^{17,18,19} resulta de condições objetivas tais como estrutura, formação, capacitação, apoio institucional, recursos tecnológicos presentes no projeto, e, também, o que Castoriadis ²⁰ denomina “imaginário social”, que é a parte subjetiva das escolhas dos sujeitos, compartilhadas socialmente.

Monceau ¹⁹ afirma que a implicação deve ser efetiva de uma forma mais abrangente, como a relação que os indivíduos desenvolvem com a instituição, independentemente de ser uma postura crítica, afastada ou inibida, sendo que qualquer uma destas tem efeitos sobre ela. Toda relação com a instituição é, portanto, implicação, sendo que o sujeito decide, mais ou menos, a modalidade e grau de seu envolvimento.

Permeados pelo imaginário social, os indivíduos desenvolvem mecanismos de implicação, objetivados em suas formas de agir e pensar a realidade, aceitando ou recusando o novo, prendendo com e sobre ele ou se alienando, cri-

ticando e/ou integrando-o à sua vida. No caso da implantação do Método Canguru, pressupõe-se que os aspectos subjetivos de aceitação ou recusa dos profissionais de saúde e das mães são tão importantes quanto os funcionais e organizacionais para se levar adiante e haver integração deste nas maternidades brasileiras.

Os profissionais, sobretudo os que estão diretamente ligados ao desenvolvimento das atividades da aplicação do método nas maternidades, apresentam argumentos para reafirmá-lo como proposta viável de assistência neonatal, narrando experiências exitosas e suas vantagens. Dentre estas, sobressaem aquelas relacionadas ao aumento do vínculo entre recém-nascido e família, maior ganho de peso e maior tempo de amamentação exclusiva. Destaca-se que a divulgação dessas vantagens é um dos principais argumentos utilizados pelos profissionais para maior adesão dos pais à proposta, principalmente aquelas referentes ao maior ganho de peso e a alta precoce.

“Porque a gente sempre fala pra colocar no canguru, que é bom, ele vai ganhar peso, que ele vai ficar juntinho de você” (P-41).

“...ela [mãe] fica menos tempo ...o bebê vai ganhar peso, vai sair rápido. São coisas que a gente tem de orientar” (P-4).

Estudos de avaliação tecnológica (observacionais e randomizados), apresentados na literatura internacional, demonstram que o Método Canguru constitui prática segura, trazendo como benefícios a diminuição do tempo de internação, maior ganho de peso diário, maior empoderamento das mães no cuidado ao filho, redução da morbimortalidade, e redução dos custos da internação ^{21,22,23,24,25,26}.

Como a forma de aplicação do Método Canguru está estreitamente relacionada com características sociais, econômicas e culturais de cada país e como a proposta brasileira difere da proposta original ¹, tomamos como referência estudos nacionais sobre a efetividade e aplicabilidade do método que levam em consideração as características brasileiras. Neste sentido, encontram-se poucos estudos na literatura nacional que incluem avaliação de resultados neonatais da aplicação do Método Canguru ^{6,27,28,29}. Além disso, todos eles são do tipo observacionais e a vantagem associada foi maior prevalência do aleitamento materno na alta hospitalar. Os argumentos dos profissionais sobre maior ganho de peso e alta precoce do RN não foram, portanto, ainda confirmados.

No entanto, as representações constantes do imaginário social dos profissionais treinados pelo Ministério da Saúde, aliadas ou não à experiência do dia-a-dia do trabalho, conferem

significado instituinte ao método na atenção ao recém-nascido de baixo peso, também no Brasil. As ideias instituintes são aquelas inovadoras, que propiciam mudanças ou incremento de tecnologias ou de reorganização social e que serão, aos poucos, aceitas ou rejeitadas nas instituições sociais existentes, como é o caso da implantação do Método Canguru. À luz das teorias da análise institucional^{17,19,20}, que incluem noções sociológicas e psicanalíticas para a compreensão das mudanças institucionais na sociedade e em suas organizações, pode-se afirmar que o Método Canguru surgiu como inovação tecnológica, buscando instituir uma prática simples de caráter humanizador, em face da utilização cada vez maior de tecnologias duras instituídas nos ambientes hospitalares de neonatologia. Ao mito das tecnologias duras, fundado na crença de que são as únicas resolutivas, com equipamentos e cuidados clínicos de elevada complexidade, surge, portanto, uma tecnologia leve, fundada na interação humana, como também capaz de contribuir para a recuperação e desenvolvimento de recém-nascidos de baixo peso.

Esta força instituinte está presente em análises de outros pesquisadores^{2,30} realizadas em outros contextos, e é expressiva nas falas de profissionais e mães entrevistadas, sensibilizados sobre a pertinência dessa tecnologia na atenção ao recém-nascido de baixo peso, seja pelas capacitações e experiências, no caso dos profissionais e gestores, seja pelas informações recebidas e experiências, no caso das mães. Porém, a implementação das práticas do Método Canguru na assistência ao neonato de baixo peso, no Brasil, não ocorreu com esta mesma intensidade, visto que a implantação do método se deu em apenas 34,5% das maternidades capacitadas pelo Ministério da Saúde⁵.

Assim, podemos afirmar que, apesar de o conhecimento teórico sobre a atenção humanizada estar difundido entre os profissionais, ele não foi incorporado plenamente na prática assistencial, mostrando a existência de lacunas entre conhecer e aplicar as mudanças propostas pelo Método Canguru. Tal fato reitera achado de estudos já citados^{2,30} que incluem a disjunção entre teoria e prática, também em outros países.

Mesmo em face da constatação de que a prática nas maternidades, em geral, não incorporou a aplicação do Método Canguru, o que aponta para um lugar marginal de sua posição no cuidado ao recém-nascido no país, a análise dos dados confirma o desejo e a percepção de um maior empoderamento dos familiares no cuidado com o bebê. As mães relatam que a experiência de vivenciarem o método na segunda etapa traz maior tranquilidade no manuseio com o bebê,

explicitada, sobretudo, nos cuidados posteriores à alta hospitalar, nos casos de maternidades que já haviam implantado a terceira etapa do método. Diversos autores^{4,21,28,31,32,33} também apontam que o Método Canguru proporciona maior aquisição, por parte dos pais, de competência e confiança no manuseio de seu filho após a alta.

“Eu acho bom a mãe ir pra casa aprendendo o que eles ensinam porque quando chegar lá não vai ter o médico o tempo todo comigo. Então isso aí pra mim é fundamental, a gente já ir sabendo de tudo” (M-3).

“A gente fica mais tranquila, sabe o que está fazendo. Quando traz o neném para cá [ambulatório], sabe que fez o melhor, né?” (M-18).

A aplicação do Método Canguru envolve, além das questões técnicas, o desenvolvimento de uma proposta de humanização da assistência ao recém-nascido de baixo peso com o intuito de minimizar os efeitos negativos da internação sobre os bebês e suas famílias. Este é um dos motivos da adoção do Método Canguru pelo Ministério da Saúde como uma Política Nacional de Saúde³.

As políticas de atenção materno-infantil têm explicitado, cada vez mais, a importância de práticas humanizadoras, visando estabelecer mudanças na atenção ao recém-nascido de baixo peso que promovam melhoria da atenção a ele e à família em busca da melhor qualidade e do vínculo estabelecido entre profissionais e usuários. A incorporação de práticas humanizadoras na assistência neonatal foi outro destaque no discurso dos gestores e profissionais, reforçando o reconhecimento do método como importante para a assistência neonatal.

“É super interessante essa parte da humanização, principalmente. O que a gente puder ajudar pra facilitar esse vínculo da mãe com o bebê. Diminuir essa angústia que é um terror, né?” (G-1).

“A criança tem contato com a voz da mãe, cheiro da mãe, então tudo isso vai favorecer muito a recuperação dessa criança e o equilíbrio emocional dessa criança. A confiança na relação conosco cresce e fica mais fácil para todos nós” (P-29).

A incorporação da humanização traz reflexos significativos na satisfação do cuidado recebido, também do ponto de vista das mães.

“Me senti a mãe mais presente pro filho” (M-1).

“Ah, a proximidade, com certeza, quando boto ele no canguru, eu tenho a certeza de que ele tá cada vez melhor. A gente fica com mais confiança que o que eles [os profissionais] tão dizendo é o certo” (M-2).

Porém, mesmo desvelando-se grande incorporação das vantagens do Método Canguru no discurso dos profissionais, identificam-se profis-

sionais que resistem à adesão da proposta, que o criticam e não o querem implantado, efetivamente, no serviço. Tais posturas são avaliadas por aqueles que têm o sentimento de “abraçar uma causa”, mas não se sentem apoiados e convivem com a descontinuidade dos procedimentos na mesma unidade.

“As pessoas [profissionais] não acreditam que o canguru funcione e às vezes bloqueia um pouco o procedimento... Então, no tal plantão não vai ter canguru, porque não quer complicação com a criança. Então resiste, tanto com médico como enfermagem tem que tentar vencer essas posturas e tentando passar pras pessoas a necessidade do procedimento, porque se você faz e o restante não, a mãe às vezes até cobra” (P-3).

“Eu acho é que tem muitos funcionários que tem atenção, mas, ao mesmo tempo, tem muitos despreparados, que nem querem aprender” (P-28).

Estudos regionais também apontam como uma das maiores dificuldades na implantação do Método Canguru, a adesão das equipes de saúde que atuam com recém-nascidos pré-termo^{7,34}. A força instituinte de alguns se confronta com a dificuldade de aceitação do novo, com as posturas instituídas no trabalho que deixam o profissional mais confortável e “cientificamente embasado”, sobretudo, porque, não houve, com raras exceções, um grande investimento dos hospitais maternidade, para que o método seja normalizado como regra na atenção ao recém-nascido de baixo peso.

Os profissionais que foram capacitados e investiram para a implantação do método em suas unidades, formularam estratégias fundadas na representação de que o interesse dos demais aconteceria devido às vantagens e facilidades do próprio método: *“eu faço, os outros se interessarão e vão querer se capacitar também, agregando-se com o tempo às atividades”*, além de lutarem, com frequência, pelo apoio material funcional da instituição hospitalar para a adequação em prol do melhor funcionamento do método. Percebe-se, portanto, que mesmo reconhecendo, em seus discursos, vantagens da aplicação do método, alguns profissionais ainda são resistentes às mudanças de rotinas. Uma maior adesão pode ser facilitada com a consolidação de evidências sobre a eficácia do Método Canguru e com a manutenção de capacitações contínuas e discussão aberta entre os próprios profissionais e com seus gestores.

Apoio institucional

Estudos apontam a importância do envolvimento dos colaboradores da instituição e a adequação

dos recursos físicos e materiais para a implantação do método^{7,35,36}. Porém, a falta de apoio institucional é um dos aspectos dificultadores mais presentes no discurso dos profissionais e gestores.

“...toda a enfermagem foi feita através de doação externa, doação particular. A gente não teve nem a cama de hospital fornecida pelo próprio hospital” (P-44).

“As dificuldades, eu acho que é a falta de apoio institucional” (G-8).

Nas maternidades que implantaram o método, mães e profissionais que o realizam não apresentam críticas à aplicação do mesmo, conferindo-lhe importância no cuidado ao recém-nascido, como apresentado anteriormente, porém, apontam deficiências nas condições em que o cuidado é oferecido. Entre as principais deficiências apontadas está a falta de espaço físico para adequação do ambiente às necessidades da mãe e bebê, o que acarreta desconforto, além de falta de espaço de convivência.

“...organizar um cantinho que fosse pelo menos adequado, né. Onde a mãe pudesse ter um certo conforto...” (P-19).

“...é a nossa área física que não tá contribuindo. Dentro da área que nós temos real, nós fazemos milagre” (G-6).

A mesma inadequação da estrutura física também foi encontrada em outros estudos, demonstrando a dificuldade de implementação de uma prática assistencial de qualidade^{29,37}.

No Brasil, a média de dias de internação da mãe e bebê no Método Canguru varia de 20 a 30 dias^{6,27,28,32}. Este tempo prolongado de permanência hospitalar requer a utilização de espaços confortáveis e o desenvolvimento de atividades ocupacionais. Devido a esse período prolongado de permanência hospitalar é recomendado pelo Ministério da Saúde⁴, oferecer às mães e familiares, oportunidades de atividades educativas e de lazer, lúdicas e pedagógicas, direcionadas não só à orientação materna acerca do cuidado com o filho, mas à possibilidade de se integrar aos espaços que são também dela e de seus familiares, associado a um maior conforto. Essas atividades podem amenizar o cansaço materno e otimizar a assistência prestada³⁸. Porém, uma das principais deficiências apontadas pelas mães é exatamente, a falta desses espaços e atividades durante a internação.

“Eu achava bom que tivesse alguma atividade pra gente, porque ia ajudar muito, alguma coisa que a gente pudesse fazer” (M-14).

“A única coisa que a gente faz é juntar as mães ali [apontando cadeiras no corredor], às vezes, e ficar conversando com a outra pra distrair um pouco” (M-18).

A presença de espaços de convivência para que as dúvidas, conflitos e expectativas sejam ouvidos e discutidos entre as mães e com profissionais contribui significativamente para a uma melhor ambientação e permanência da mãe, além da diminuição dos efeitos estressantes durante a internação³⁰. Os espaços não devem ser pensados somente como físicos, mas de interação, com rodas de conversas com participação dos profissionais e abordagens variadas de temas ou para receber os familiares, para ler, ver filmes ou para entretenimento na televisão, além, ainda, de espaços de recolhimento, nos momentos de ficar sozinha, ou de descansar. Além disso, deve contar com maior participação dos profissionais de saúde, rompendo com o padrão encontrado de institucionalização do método como um serviço nas margens dessas instituições de atenção ao recém-nascido de baixo peso.

Os resultados obtidos no presente estudo referem-se à fase de implantação do Método Canguru no Brasil que ocorreu até o ano de 2005. Atualmente, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo um novo conjunto de ações para sua consolidação como a criação de Centros de Referência Estaduais, encontro nacional de gestores e financiamento do leito canguru.

Considerações finais

A análise dos discursos permite afirmar que, nas diferentes regiões do país, houve concordância nas representações de mães, gestores e profissionais de saúde de hospitais maternidade sobre a importância da mãe e familiares como parte ativa no processo de recuperação do recém-nascido de risco propiciado pelo Método Canguru. Tal afirmação aponta o fato de que houve disseminação da proposta com as capacitações promovidas pelo Ministério da Saúde. Porém, é importante destacar que há, ainda, enormes desafios a serem enfrentados para que o Método Canguru se torne um instrumento forte nas ações de saúde para o recém-nascido de baixo peso nas maternidades brasileiras. Dentre eles, destaca-se a necessidade de maior apoio institucional, que pode ocorrer com a criação de protocolos pelos próprios profissionais, para o acompanhamento das etapas do método, melhoria da estrutura física e de recursos organizacionais e de pessoal, adequados para uma boa prática.

Os desafios incluem, ainda, as necessidades das mães e familiares no convívio, por vezes prolongado, no interior do serviço hospitalar, e uma assistência social que organize a resposta às necessidades dos demais filhos e familiares enquanto a mãe está ausente. Sem esquecer e colocar no centro das tarefas e de forma contínua, políticas e ações para aumentar a adesão profissional.

Como o Método Canguru é uma política do Ministério da Saúde, o processo de disseminação inicial teve seu foco principal nos profissionais de saúde, buscando habilitá-los como agentes do processo de implantação. É preciso destacar que estes profissionais, na maioria das vezes, não são os tomadores de decisão dentro das instituições. Assim, a sensibilização de gestores é imperiosa, paralelamente à alocação de maiores recursos que permitam melhorar a infraestrutura dos serviços, o que refletirá na humanização do cuidado de forma mais efetiva.

Faz-se necessário, portanto, manter capacitações formais e periódicas para trabalhadores de todos os níveis, inclusive de gestores. Essas capacitações não devem preocupar-se apenas em difundir conhecimentos sobre a aplicação do método ou apenas sensibilizar as equipes para sua importância. Elas devem criar condições para a construção coletiva de projetos efetivos nos serviços, com desenvolvimento de responsabilidades e habilidades que incluam a expressão das subjetividades e julgamentos de valor, para que o conhecimento compartilhado leve à mudança de práticas dos que atuam na assistência ao recém-nascido de baixo peso.

Ressalta-se, ainda, que o Método Canguru, além das vantagens clínicas para o bebê, é uma prática segura e prazerosa para mães e familiares, além de propiciar vantagens sociais e psicoafetivas que se encontram no imaginário da institucionalização do método e na experiência das mães quando adequadamente acompanhadas. Tais constatações exigem estudos que possam fundamentar e construir evidências, com parâmetros objetivos, também dessas relevâncias, com monitoramento do Método Canguru no Brasil.

Por último, vale destacar, a necessidade de realização de novos estudos de avaliação dos resultados neonatais considerando a proposta brasileira, consolidando assim, cada vez mais as vantagens da aplicação do Método Canguru em nosso país para a sua efetiva implantação.

Resumo

Trata-se de estudo de avaliação qualitativa que buscou compreender dificuldades e facilidades da implantação do Método Canguru em maternidades brasileiras capacitadas pelo Ministério da Saúde sob a ótica de profissionais de saúde, gestores e mães de recém-nascidos de baixo peso atendidos nesses serviços. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas durante visita in loco as maternidades. Utilizou-se a análise estrutural de narração como método de análise dos dados. Os principais núcleos avaliativos centrais identificados foram: importância do método para a assistência ao recém nascido; importância do apoio institucional para a sustentabilidade do método. Para o aprofundamento da reflexão sobre os resultados encontrados, o referencial teórico da análise institucional foi fundamental. Apesar das resistências, a institucionalização do método está sendo realizada nas maternidades, porém, há necessidade de se manter capacitações periódicas e de se alocar maiores recursos que permitam melhorar a infraestrutura dos serviços, refletindo na humanização do cuidado de forma mais efetiva.

Recém-Nascido de Baixo Peso; Humanização da Assistência; Avaliação de Serviços de Saúde

Colaboradores

T. L. Gontijo contribuiu para a concepção, coleta e análise dos dados e aprovou a versão final. C. C. Xavier contribuiu para a concepção, aquisição e análise dos dados, realizou a revisão crítica do conteúdo e aprovou a versão final. M. I. F. Freitas contribuiu para a concepção e análise dos dados, realizou a revisão crítica do conteúdo e aprovou a versão final.

Agradecimentos

Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde.

Referências

1. Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Figueroa de Calume Z. Current knowledge of Kangaroo Mother Intervention. *Curr Opin Pediatr* 1996; 8:108-12.
2. Charpak N, Ruiz-Peláez JG. Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. *Acta Paediatr* 2006; 95:529-34.
3. Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Hennig MA. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:659-68.
4. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 693, de 5 de julho de 2000. Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. *Diário Oficial da União* 2000; 6 jul.
5. Gontijo TL, Meireles AL, Malta DC, Proietti FA, Xavier CC. Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns – the Kangaroo Method. *J Pediatr* 2010; 86:33-9.
6. Lamy Filho F, Silva AA, Lamy ZC, Gomes MA, Moreira ME. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. *J Pediatr* 2008; 84:428-35.
7. Colameo AJ, Rea ME. O método mãe canguru em hospitais públicos do estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:597-607.
8. Denis J, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 49-88.
9. Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos A, Leal MC. Avaliação do programa materno infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 89-131.
10. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
11. Demazière D, Dubar C. *Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion*. Paris: Essais & Recherches; 1997.

12. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage Publications; 1990.
13. Strauss A, Corbin J. Grounded theory in practice. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.
14. Barthes T. A aventura semiótica. São Paulo: Editora Martins Fontes; 2001.
15. Blanchet A, Gotman A. L'enquete et ses méthodes: l'entretien. Paris: Nathan; 1992.
16. Freitas MIF. A gestão do segredo na vida de casais após a infecção pelo HIV. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais/Programa de Cooperação Técnica SIDA Brasil – França; 1998.
17. Lourau R. L'analyse institutionnelle. Paris: Éditions de Minuit; 1970.
18. Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Paris: Éditions du Seuil; 1977.
19. Monceau G. Implicação, sobre implicação e implicação profissional. *Fractal Rev Psicol* 2008; 20: 19-26.
20. Castoriadis C. L'institution imaginaire de la société. Paris: Éditions du Seuil; 1975.
21. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (3):CD002771.
22. Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics* 2002; 19:16-26.
23. Feraudy PY. Manejo ambulatorio del recién nacido de bajo peso – Madre Canguru. *Rev Soc Boliv Pediatr* 2001; 30:68-75.
24. Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Figueroa de Calume Z, Charpak Y. A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics* 2001; 108:1072-9.
25. Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Figueroa de Calume Z, Charpak Y. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants \leq 2000 grams: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1997; 100:682-8.
26. Bell RP, McGrath JM. Implementing a research based Kangaroo care program in the neonatal intensive care unit. *Nurs Clin North America* 1996; 31:387-403.
27. Brito MHA. Modelos de assistência neonatal: comparação entre o método mãe canguru e método tradicional [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
28. Rodrigues MAG, Cano MAT. Estudo do ganho de peso e duração da internação em recém-nascido pré-termo de baixo peso com a utilização do método canguru. *Rev Eletrônica Enferm* 2006; 8:185-91.
29. Freire NB, Garcia JB, Lamy ZC. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. *Pain* 2008; 139:28-33.
30. Henning MAS, Gomes MASM, Giannini NOM. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006; 6:427-35.
31. Cabral IV, Rodrigues EC. O método mãe canguru em uma maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: necessidades da criança e demanda de educação em saúde para os pais. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15:629-36.
32. Toma TS. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:233-42.
33. Javorski M. Os significados do aleitamento materno para as mães de prematuros em cuidado canguru [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1997.
34. Rodrigues MAG, Cano MAT. Estudo do ganho de peso e duração da internação em recém-nascido pré-termo de baixo peso com a utilização do método canguru. *Rev Eletrônica Enferm* 2006; 8: 185-91.
35. Parisi TCH, Coelho ERB, Melleiro MM. Implantação do método mãe canguru na percepção de enfermeiras de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm* 2008; 21:575-80.
36. Costa R, Monticelli M. O método mãe canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal. *Rev Bras Enferm* 2006; 59:578-82.
37. Neves FAM, Orlandi MHF, Sekine CY, Skalinski LM. Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em hospital universitário. *Acta Paul Enferm* 2006; 19:349-53.
38. Furlan CEFB, Scochi CGS, Furtado MCC. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. *Rev Latinoam Enferm* 2003; 11:444-52.

Recebido em 22/Ago/2011

Versão final reapresentada em 17/Jan/2012

Aprovado em 02/Fev/2012

ARTIGO ORIGINAL 3

Fatores associados com a implantação do Método Canguru no Brasil

Tarcísio Laerte Gontijo

Mery Natali Silva Abreu

Fernando Augusto Proietti

César Coelho Xavier

Resumo

Objetivo: Esse artigo analisou fatores que possam ter interferido na implantação do Método Canguru nas maternidades brasileiras capacitadas pelo Ministério da Saúde até o ano de 2003.

Método: Trata-se de estudo observacional que analisou 176 (60,1%) das 293 maternidades capacitadas pelo Ministério da Saúde. Realizamos análises estatísticas de regressão linear univariada e multivariada.

Resultados: Identificaram-se associações positivas com significância estatística quanto às maternidades públicas e as que possuíam Banco de Leite Humano. Variáveis, como disponibilidade de estruturas tecnológicas, número anual de partos, percentual de cesáreas, número de leitos, profissionais capacitados, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e incidência de pobreza do município, onde está sediada a maternidade, não mostraram associações.

Conclusões: Os resultados apontam que o Método Canguru ainda não está amplamente implantado no Brasil, sendo necessária a discussão da estratégia de disseminação.

Palavras chave: Método Mãe-Canguru, *Humanização da Assistência*, Recém-Nascido de Baixo Peso

Abstract

Objective: This article examined factors that may have interfered with the implementation of Kangaroo Mother Care in Brazilian maternity hospitals trained by the Ministry of Health by the year 2003.

Method: This was an observational study that examined 176 (60.1%) of 293 maternity units trained by the Ministry of Health conducted the statistical analyzes of univariate and multivariate linear regression.

Results: We identified statistically significant positive associations with regard to public hospitals and those that had a Human Milk Bank. Variables such as availability of the technological structure, the annual number of births, rates of cesarean sections, number of beds, trained professionals, Human Development Index and incidence of poverty in the city where it is based maternity showed no associations.

Conclusion: The results indicate that the Kangaroo method is not yet widely deployed in Brazil, requiring the discussion of the dissemination strategy

Key words: Kangaroo Mother Care, Humanization of Assistance, Infant, Low Birth Weight

Introdução

Em 2000, o Método Canguru (MC) foi estabelecido como política de saúde no Brasil¹. O Ministério da Saúde (MS) o define como um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado, reunindo estratégias de intervenção bio-psico-social². A proposta brasileira apresenta questões relacionadas à atenção humanizada, visando complementar os avanços tecnológicos clássicos, promovendo assim, o aumento do vínculo mãe filho, maior prevalência de aleitamento materno e maior competência e confiança nos pais para os cuidados com o bebê^{3,4}.

Após a definição do MC, como um modelo de assistência perinatal, o MS iniciou um amplo processo para sua disseminação às maternidades de atenção a gestação de alto risco, pertencentes ao Sistema Único de Saúde¹. A estratégia adotada foi a capacitação de profissionais, sendo que esses deveriam atuar como disseminadores da proposta em suas instituições de origem. Neste programa de capacitação, a indicação e seleção das maternidades ficaram a cargo das secretarias estaduais de saúde. Vale destacar que a adesão das maternidades ao treinamento foi voluntária. Até 2003, esse programa, capacitou 1.685 profissionais de 293 maternidades em 53 cursos realizados pelos Centros de Referência, definidos pelo Ministério da Saúde, nas diferentes regiões brasileiras. As capacitações tinham duração de 40 horas e ocorriam durante uma semana nesses Centros de Referência¹.

O Método Canguru, criado na Colômbia, difundiu-se internacionalmente e, hoje, é adotado em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento, de diferentes continentes^{5,6}. No Brasil, ele tem como objetivo promover a humanização do atendimento perinatal, mostrando que é possível prestar uma assistência segura, de elevada qualidade e, ao mesmo tempo, humanizada¹. Assim a adoção de tal estratégia, pelo maior número de maternidades que atendam partos de risco é fundamental para melhoria da qualidade neste tipo de atendimento.

Estudo realizado em 176 (60,1%) das maternidades capacitadas até 2003 identificou que apenas 79 (47,3%) haviam implantado totalmente o método canguru⁷. Assim, questiona-se porque mais da metade das maternidades capacitadas não o implantaram, conforme determina a norma brasileira. Quais fatores podem ter interferido no processo de implantação desse método nessas maternidades?

Encontram-se disponíveis na literatura poucos estudos que analisam fatores que possam interferir na implantação do MC como disponibilidade de estrutura e tecnologias das maternidades, capacitação dos profissionais e aspectos socioeconômicos e culturais^{8,9}. Portanto, este estudo buscou analisar fatores que possam ter interferido no sucesso da implantação da experiência brasileira. O conhecimento desses fatores pode contribuir para possíveis adequações no processo de disseminação dessa proposta.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal que é parte integrante do projeto intitulado “Avaliação da Implantação do Método Canguru no Brasil”, financiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde e realizado em 2004 e 2005.

População de estudo

As unidades de análise foram 176 (60,1%) das 293 maternidades capacitadas pelo Ministério da Saúde, entre 2001 e 2003, para a implantação do Método Canguru.

Variáveis do estudo

A variável resposta “implantação do método canguru na maternidade” foi categorizada em: não implantado, parcialmente implantado e implantado. Consideramos como implantado as maternidades que responderam ter implementado as três etapas do Método Canguru, conforme determina a norma brasileira do MC¹. Aquelas que responderam não ter implantado nenhuma etapa ou apenas a primeira, foram classificadas como não implantadas e aquelas que responderam ter implementado a primeira e segunda etapas foram classificadas como parcialmente implantado.

O MS define que o método deve ser desenvolvido em três etapas. A primeira se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco, seguido da internação do recém-nascido pré termo e/ou baixo peso na Unidade Neonatal. Na segunda etapa, o bebê vai para o alojamento canguru e permanece de maneira contínua com sua mãe, funcionando como uma preparação para a alta

hospitalar. A posição canguru deve ser realizada pelo maior tempo possível. Já na terceira etapa, o bebê e sua família serão acompanhados no ambulatório e/ou domicílio até atingir o peso de 2.500 gramas¹.

As variáveis explicativas analisadas foram: tipo de serviço (público e privado), disponibilidade de estruturas e tecnologias (banco de leite, ultrassom transfontanela, tomografia computadorizada, alojamento conjunto e ambulatório de seguimento após alta hospitalar), número anual de partos, percentual de cesáreas, número de leitos (em Unidade de terapia intensiva neonatal e alojamento conjunto), número de médicos e de outros profissionais capacitados, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e incidência de Pobreza do município onde está sediada a maternidade. A variável, outros profissionais capacitados, agrupa enfermeiros, auxiliar e técnicos de enfermagem, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e nutricionistas.

Utilizaram-se o IDH e a Incidência de Pobreza para analisar se fatores socioeconômicos das cidades onde estão inseridas as maternidades possam ter tido interferência na implantação do MC. O IDH é uma medida-resumo do desenvolvimento humano que leva em consideração o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, a longevidade e a educação. Já a incidência de pobreza é uma estimativa do percentual de pessoas abaixo da linha de pobreza¹⁰.

Os dados referentes às variáveis, implantação do método canguru (resposta), tipo de serviço, disponibilidade de estruturas e tecnologias, percentual de cesáreas, número de leitos e número de profissionais capacitados foram obtidos por meio de envio de questionário postal às 293 maternidades capacitadas. Obteve-se resposta de 176 (60,1%). Esse instrumento foi elaborado com base no Guia de Avaliadores Externos da Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru¹¹. Para verificação da confiabilidade das respostas, realizou-se visita *in loco* em 29 maternidades respondentes. Os resultados do teste de kappa foram 0,55, 0,64 e 0,78 para a primeira, segunda e terceira etapas, respectivamente, indicando concordância moderada para a primeira etapa e substancial para a segunda e a terceira etapas.

As variáveis IDH e incidência de pobreza da cidade onde está sediada a maternidade foram obtidas na base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O número de partos anuais, para o ano de 2004, foi obtido na base de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Análise estatística

Processaram-se os dados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 17.0. A fim de assegurar maior qualidade realizamos dupla digitação com posterior comparação.

Para avaliar os fatores associados à implantação do método canguru, foi realizada análise univariada por meio do teste de Qui-quadrado para as variáveis independentes categóricas e teste de Kruskal-Wallis para as variáveis numéricas e que tinham distribuição assimétrica.

Na análise multivariada, utilizou-se o modelo de regressão logística multinomial. Para entrada das variáveis no modelo foi considerado um valor de p menor que 0,25 na análise univariada e utilizado o critério *forward*, com entrada das variáveis no modelo, uma a uma, de acordo com sua significância. Para permanência no modelo final considerou-se um nível de significância de 5%. Foram estimados os valores de *odds ratio* com respectivos intervalos de 95% de confiança. O ajuste do modelo foi avaliado por meio da estatística *Deviance*.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP através do parecer ETIC 168/04.

Resultados

Entre as 176 maternidades participantes desse estudo 79 (47,3%) implantaram as três fases do MC conforme determina a norma brasileira, 28 (15,9%) implantaram-no parcialmente e 68 (39,2%) não o implantaram. A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis analisadas neste estudo. A maioria das maternidades participantes desse estudo são instituições públicas e possuem banco de leite humano. Cerca de um terço (33,5%) são instituições privadas, sendo 41 instituições filantrópicas e 18 com fins lucrativos. Apenas 25,4% destas implantaram as três fases do MC, enquanto a proporção de implantação nas maternidades públicas foi 55,2%.

Em relação à estrutura disponível nas maternidades estudadas, identificamos que a maioria possui acesso à tomografia computadorizada e ultrassom transfontanela. Quanto aos leitos disponíveis, 23 (14,8%) das maternidades relataram não possuir leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), indicando, assim, não ser maternidade de referência para parto de

risco, critério de indicação recomendado pelo MS¹. Vale destacar que algumas maternidades brasileiras, mesmo não possuindo leitos credenciados em UTIN, prestam assistência a recém-nascidos de risco.

Tabela 1 – Características de 176 maternidades participantes da capacitação para implantação do Método Canguru – Brasil, 2004.

Variáveis categóricas	n	%
Tipo de serviço		
Público	116	65,9
Privado	59	33,5
Sem informação	1	0,6
Presença de Banco de Leite Humano		
Não	59	33,5
Sim	112	63,6
Sem informação	5	2,9
Presença de ultrassom transfontanela		
Não	40	22,7
Sim	128	72,7
Sem informação	8	4,6
Acesso a tomografia computadorizada		
Não	41	23,3
Sim	125	71,0
Sem informação	10	5,7
Variáveis numéricas	n*	Mediana (1º e 3º quartil)
Partos anuais	174	2.205 (1.253,75 – 3.676,25)
IDH do município	175	0,805 (0,774 – 0,841)
Incidência de pobreza do município (%)	175	31,71 (23,74 – 40,86)
% cesárea	151	36 (28 – 46)
Leitos em UTIN	155	8 (5 – 12)
Leitos de médio e alto risco	163	10 (6 – 16)
Leitos em alojamento conjunto	147	0 (0 – 3)
Número de médicos treinados	112	3 (2 – 6,75)
Número de outros profissionais treinados	113	5 (3 – 31)

* Sem informação para alguns registros variando de 1 a 64.

Em média, as maternidades participantes desse estudo, realizaram 2.588 partos no ano de 2004, sendo responsáveis por um total de 450.475, o que representa 15% do total realizado no Brasil. Porém, 36 (20,5%) delas realizaram menos de 1.000 partos, sendo que 7 (4%), menos de 10. A proporção média de partos cesáreos foi de 36%, sendo que 25 (16,5%) alcançaram

proporções superiores a 50% e apenas 3 (2%) atingiram proporções inferiores a 15% conforme determina a Organização Mundial de Saúde para populações de alto risco¹².

Nas maternidades estudadas foram treinados 2.737 profissionais. Destes, 816 (29,8%) são médicos. Cabe ressaltar que em 49 (43,8%) dessas maternidades foram capacitados apenas 2 ou menos profissionais médicos. Segundo análise univariada, ser maternidade pública, possuir banco de leite e o número de médicos e outros profissionais treinados esteve associado à implantação total do MC (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 – Resultados da análise univariada segundo grau de implantação do Método Canguru de 176 maternidades participantes da capacitação – Brasil, 2004.

Variáveis categóricas	Não implantado n (%)	Parcialmente implantado n (%)	Implantado n (%)	p*
Tipo de serviço				
Público	39 (57,4)	15 (50)	64 (81)	<0,001
Privado	29 (42,6)	15 (50)	15 (19)	
Presença de Banco de Leite				
Humano	33 (51,6)	14 (50)	12 (15,2)	<0,001
Não	31 (48,4)	14 (50)	67 (84,8)	
Sim				
Presença de ultrassom				
transfontanela	20 (32,8)	7 (25)	13 (16,5)	0,08
Não	41 (67,2)	21 (75)	66 (83,5)	
Sim				
Acesso a tomografia				
computarizada				
Não	20 (32,8)	6 (18,2)	15 (19,5)	0,18
Sim	41 (67,2)	27 (81,8)	62 (80,5)	

*Valor de p obtido por meio de teste χ^2 de Pearson para proporções

De acordo com os resultados da análise multivariada, a completa implantação de todas as etapas do MC foi associada à presença de banco de leite humano e ser serviço público (Tabela 04). Na comparação entre as maternidades que não implantaram o MC e que tiveram implantação parcial a associação não foi significativa. Já na comparação entre as maternidades que não implantaram e aquelas que implantaram, observou-se que ter banco de leite esteve associado a uma chance quase seis vezes maior de implantação do método. As maternidades públicas têm 2,5 vezes mais chance de implantação se comparadas às de serviço privado.

Tabela 3 – Resultados da análise univariada segundo grau de implantação do Método Canguru de 176 maternidades participantes da capacitação – Brasil, 2004.

Variáveis numéricas	Não implantado	Parcialmente implantado	Implantado	p*
	Mediana (1º e 3º quartil)	Mediana (1º e 3º quartil)	Mediana (1º e 3º quartil)	
Partos anuais	1.965 (907 – 2.972)	2.558 (1.433 – 3.734)	2.479 (1.357 – 3.928)	0,99
IDH do município	0,796 (0,766 – 0,833)	0,816 (0,761 – 0,840)	0,806 (0,783 – 0,842)	0,63
Incidência de pobreza (%)	32,51 (23,85 – 47,39)	28,09 (20,05 – 37,56)	31,71 (23,85 – 40,6)	0,18
% cesárea	30 (26,2 – 49,6)	33,9 (28 – 40,4)	39 (30,5 – 44,5)	0,15
Leitos em UTIN	6 (3 – 10)	8 (5,5 – 10)	8 (5 – 12)	0,40
Leitos de médio e alto risco	8,5 (4 – 12)	10 (5 – 14)	12 (7,5 – 20)	0,16
Leitos em alojamento conjunto	0 (0 – 0)	2 (0 – 4)	0 (0 – 4)	0,19
Número de médicos treinados	2 (1 – 3)	2 (1,25 – 3,75)	5 (3 – 14)	<0,001
Número de outros profissionais treinados	3 (2 – 5)	4 (3 – 19)	17 (4 – 40)	0,02

*Valor de p obtido por meio de teste Kruskal-Wallis para comparação das medianas

Tabela 04 – Resultados da análise multivariada das variáveis associadas com a implantação do Método Canguru no Brasil, 2004.

Implantação*	p**	Odds Ratio	IC (95%)
Parcialmente implantado			
Banco de leite humano	0,85	1,09	0,45 – 2,68
Tipo de serviço (público)	0,20	0,55	0,22 – 1,36
Implantado			
Banco de leite humano	<0,001	5,74	2,58 – 12,73
Tipo de serviço (público)	0,02	2,56	1,15 – 5,68

*Categoria de referência = não implantado

** Valor de p teste Deviance 0,317

Discussão

O processo de disseminação do MC no Brasil levou a um aumento significativo do número de maternidades que o adotaram, seja implantando total ou parcialmente. Porém, este processo de disseminação poderia ter sido mais efetivo se a escolha das maternidades a serem capacitadas fosse pautada por critérios estratégicos. Parte das maternidades capacitadas não são adequadas para realizar atendimento adequado a prematuros/pré termos, pois verificou-se que cerca de 15% relataram não possuir leitos de UTIN e 20,5% realizam menos de mil partos anuais. Isto sugere o não cumprimento da indicação ministerial, isto é, ser maternidade de risco por parte das secretarias estaduais de saúde.

O MS recomenda que o método seja implantado nas unidades assistenciais integrante do Sistema Único de Saúde¹, assim, ele tende a ser obrigatório nas maternidades vinculadas ao SUS e opcional no sistema de saúde privado⁴. A associação da implantação do MC com as maternidades públicas reforça essa afirmativa. Além disso, esse fato pode indicar que os serviços públicos têm maior preocupação com a incorporação da humanização na prática assistencial.

A associação da implantação do MC com a existência do Banco de Leite Humano (BLH) também pode estar relacionada com maior preocupação dessas instituições com a humanização. Além da função de coletar e distribuir leite humano, os BLH desenvolvem ações de incentivo ao aleitamento materno, promovendo a humanização da assistência¹³.

O MC, no Brasil, atende em maior número famílias de renda e escolaridade baixas⁴. Isso pode ser explicado pelo fato do MC estar implantado, em maior número, nos serviços públicos, onde a maior parte dos usuários pertence à menor posição socioeconômica. Porém, as condições sociais do município, onde a maternidade está implantada, não influenciaram o processo de implantação do MC nessa amostra estudada. Verificaram-se essas condições pela incidência de pobreza e Índice de Desenvolvimento Humano, estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Outro ponto de destaque, mesmo que não tenha sido associado à implantação do MC, é o número de profissionais capacitados. A incorporação do MC pelas maternidades brasileiras depende, além de outros fatores, da incorporação, pelos profissionais, dos conceitos e técnicas

envolvidos na execução do método. Muitos profissionais conhecem o MC, mas se sentem inseguros para adotá-lo⁸. Como a primeira etapa é realizada essencialmente nas UTINs, a aceitação por parte da equipe multiprofissional é fundamental. Charpak e Ruiz-Pelaez⁸, analisando a implantação do MC em maternidades de 25 países em desenvolvimento, identificaram que uma das principais dificuldades na implantação foi a resistência dos profissionais de saúde.

Mesmo com o grande número de profissionais capacitados, menos de um terço são profissionais médicos e em 43,8% das maternidades estudadas, dois ou menos médicos foram capacitados. Estudo realizado com 148 profissionais de maternidades públicas do Rio de Janeiro mostrou que a maioria deles, mesmo tendo sido capacitados, vincula o MC apenas à posição canguru¹⁴. Esses profissionais identificam a assistência humanizada a outras práticas, como diminuição de ruídos e luminosidade. Além disso, os profissionais de saúde não são treinados para lidar com as questões subjacentes que limitam a implementação efetiva do MC¹⁵. Esperava-se que, onde houvesse mais profissionais treinados, ocorresse maior grau de implantação, mas isso não foi identificado.

O atendimento a recém-nascidos de risco (pré-termos e/ou baixo peso) requer estruturas hospitalares com grande aparato tecnológico. Esses ambientes, mesmo sendo de extrema importância para a assistência ao neonato de risco, são repletos de fatores estressores, além de dificultar o contato entre os pais e o recém-nascido por longo período¹⁶. Assim, é necessário incorporar à assistência tradicional, práticas de humanização, utilizando tecnologias que vão além daquelas contidas nos equipamentos¹⁷.

Conclusão

A proposta brasileira do MC, além de ser uma política do Ministério da Saúde, mostrou ser uma estratégia de humanização segura e promotora do aleitamento materno¹⁸, porém ainda não está amplamente implantada no Brasil. Assim, é preciso manter uma proposta de disseminação mais efetiva e consistente, visto que os resultados podem ser melhores. É preciso estabelecer critérios que escolham maternidades que realizem um número mínimo de partos de recém-nascidos de baixo peso, público alvo desse método, estabelecimento de equipe multiprofissional mínima a ser capacitada e definição de uma política de sustentabilidade dessa prática nas maternidades que são referência para partos de alto risco.

Vale destacar que os resultados deste estudo referem-se à primeira fase de disseminação do MC, desenvolvida pelo MS. Desde 2008, esse Ministério desenvolve um novo conjunto de ações para aumentar a implantação do MC nas maternidades brasileiras. Essas ações vão desde a revisão do Manual da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP-MC) à formação de equipes multiprofissionais para atuar como tutores e o envolvimento dos estados e municípios no apoio a esse processo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. Brasil. Portaria GM/MS n. 1.683 de 12 de julho de 2007. Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Diário Oficial da União 2007; 12 jul.
3. Almeida H, Venancio SI, Sanches MTC, Onuki D. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. *J. pediatr. (Rio J.)* [periódico na internet]. 2010 [acesso em: 21 jan. 2011]; 86(3):250-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572010000300015&script=sci_arttext.
4. Vêras RM, Traverso-Yépez M. The Kangaroo Program at a Brazilian maternity hospital: the preterm/lowweight babies' health-care under examination. *Nurs. Inq* [periódico na internet]. 2011 [acesso em: 18 mar. 2012];18(1):84-91. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/08/kangaroo.pdf>
5. Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, et al. State of the art and recommendations Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta Paediatr.* 2010;99(6):812-9.
6. Barros DCC, Pereira EDA, Cavalcante MCV, Nunes MV, Marques PF, Fernandes RT, Lamy ZC. Utilização da posição canguru na unidade neonatal do Hospital Universitário Materno Infantil. *Rev Pesq Saúde* [periódico na internet]. 2010 [acesso em: 10 mar. 2012];11(2):44-8. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/552/303>
7. Gontijo TL, Meireles AL, Malta DC, Proietti FA, Xavier CC. Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns – the Kangaroo Method. *J. pediatr. (Rio J.)*. 2010;86(1):33-39
8. Charpak N, Ruiz-Pelaez JG. Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. *Acta Paediatr.* 2006;95:529-34.
9. Colameo AJ, Rea MF. O método mãe canguru em hospitais públicos do estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. *Cad. saúde pública.* 2006;22(3):597-607.

10. Klugman J, Rodríguez F, Choi HJ, et al. Relatório de desenvolvimento humano. Nova Iorque: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2010.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método mãe canguru – guia de avaliadores externos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
12. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7.
13. Maia PRS, Almeida JAG, Novak FR, Silva DA. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. *Rev. bras. saúde matern. infant (Online)* [periódico na internet]. 2006 [acesso em: 10 mar. 2012];6(3):285-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000300004&script=sci_arttext.
14. Henning MA, Gomes MA, Gianini NO. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru". *Rev. bras. saúde mater. Infant (Online)* [periódico na internet]. 2006 [acesso em: 12 mar. 2012];6(4):427-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000400010&script=sci_abstract&tlng=pt.
15. Toma TS. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cad. saúde pública*. 2003;19(Sup. 2):233-42.
16. Reichert APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Rev. eletrônica enferm.* [periódico na internet]. 2007 [acesso em: 20 out. 2011];09(01):200-13. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>.
17. Dittz ES, Mota JAC, Sena RR. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. bras. saúde matern. infant (Online)* [periódico na internet]. 2008 [acesso em: 2 fev. 2012];8(1):75-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/09.pdf>.
18. Lamy Filho F, Silva AA, Lamy ZC, Gomes MA, Moreira ME; Grupo de Avaliação do Método Canguru. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. *J. pediatr (Rio J.)* [periódico na internet]. 2008 [acesso em: 15 jun. 2009];84:428-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572008000600009&script=sci_arttext

5. Considerações finais

Os resultados desse estudo mostraram que, mesmo não havendo implantação das três etapas do MC na maioria das maternidades brasileiras, houve significativa disseminação da Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Observou-se, ainda, que, apesar da incorporação do conhecimento teórico sobre o MC, os profissionais não o utilizam plenamente em sua prática clínica, além do baixo comprometimento dos gestores. Identificou-se, também, que a implantação de todas as etapas do MC esteve associada à presença de banco de leite humano e a maternidade ser pública.

Por meio desse trabalho, podemos afirmar que o processo de disseminação realizado pelo MS até 2003, foi importante para o início do processo, entretanto, não alcançou nível de indução suficiente para mudança de práticas nas maternidades brasileiras, principalmente, na segunda e terceira etapas do método. Porém, é preciso destacar que a disseminação de uma política de saúde, como o MC, em um país continental como o Brasil, é uma tarefa complexa e que, claramente, não será realizada com apenas um programa inicial. Assim, é preciso a manutenção de uma proposta mais efetiva e consistente de disseminação, visto que os resultados podem ser melhores.

O sucesso da implantação do MC por uma maternidade vai além do estabelecimento de uma equipe multiprofissional capacitada e acolhedora, objetivo das capacitações. É preciso considerar, nesse sucesso, a conscientização e o desejo dos profissionais e, principalmente, das mães. Concluímos que há, ainda, enormes desafios a serem enfrentados para que o MC se torne um instrumento forte nas ações de saúde para o recém-nascido de baixo peso, nas maternidades brasileiras. Dentre eles, destacam-se a necessidade de maior apoio institucional, melhoria da estrutura física, de recursos organizacionais e de pessoal, adequados para uma boa prática. Os desafios incluem, ainda, as necessidades das mães e familiares, no convívio, por vezes prolongado, no interior do serviço hospitalar e uma assistência social que organize a resposta às necessidades dos demais filhos e familiares, enquanto a mãe está ausente. Deve-se lembrar, também, de colocar, no centro das tarefas e de forma contínua, políticas e ações para aumentar a adesão profissional.

Do ponto de vista metodológico, a combinação de métodos que integraram aspectos quantitativos e qualitativos, nessa Tese, permitiu identificar diferentes aspectos envolvidos no

sucesso da implantação do MC. A abordagem quantitativa permitiu definir variáveis e fatores envolvidos nessa implantação. Já, a abordagem qualitativa permitiu observar aspectos percebidos pelos sujeitos diretamente envolvidos nessa implantação e, assim, examinar diferenças sutis que de outra maneira escapariam da nossa atenção.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO POSTAL

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS
ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO**

AValiação DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO – MÉTODO CANGURU, NO BRASIL

QUESTIONÁRIO POSTAL

À partir de 2000 o Ministério da Saúde promoveu a "Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo-peso - Método Mãe Canguru", mediante curso de treinamento e capacitação, com duração de 40 horas, ministrado por uma equipe de consultores do Ministério da Saúde e dos hospitais de referência. Neste ano de 2004 propõem-se avaliação com o objetivo de verificar a situação atual da Metodologia Mãe Canguru nas maternidades em que suas equipes foram capacitadas.

IDENTIFICAÇÃO

1 – Código Entidade (CNES):		
2 - Nome do Hospital (Razão Social):		
3 - Nome de Fantasia:		
4 – CNPJ:		
5 – Município	6 - Código do Município	7 - UF:
8 – Responsável preenchimento global do questionário:		

1) Qual é o tipo de serviço?

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1. Municipal | 2. Estadual |
| 3. Filantrópico | 4. Universitário |
| 5. Privado | 6. Conveniado-SUS |
| 7. Outro _____ | |

2) Sua unidade funciona anexo a:

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1. Hospital geral | 2. Pronto-socorro geral |
| 3. Hospital Infantil | 4. Unidade básica de saúde |
| 5. Independente | |
| 6. Outro _____ | |

3) Há serviço de banco de leite humano ou posto de coleta em sua unidade ? Se SIM, em que mês e ano foi implementado ?

1. Mês: _____ Ano: _____

2. Não temos este serviço

4) Qual foi proporção de partos cesáreos em sua unidade no ano de 2003 ?

5) Qual a distribuição dos leitos em sua unidade?

	NÚMERO DE LEITOS
Unidade de tratamento intensivo neonatal	
Unidade de cuidados intermediários (alto e médio risco)	
Leitos Canguru em enfermaria específica	
Leitos Canguru em enfermaria de Alojamento Conjunto	

6) Assinale as práticas e estruturas existentes na sua unidade em 2003

	SIM	NÃO
Esteróides antenatais		
Protocolo para redução da transmissão vertical da AIDS		
Protocolo para prevenção e tratamento de sífilis congênita		
Protocolo para prevenção da septicemia por estreptococcus B hemolítico		
Tratamento para icterícia – protocolo		
Nutrição parenteral precoce		
Nutrição enteral mínima precoce		
Ultra-som transfontanela		
Acesso a procedimentos cirúrgicos menores (cateter e hérnia)		
Acesso imediato a especialidade e cirurgias (procedimentos maiores)	XXXX	XXX
Oftalmologia		
Cardiologia		
Neurologia		
Cirurgião pediátrico		
Anestesista pediátrico		
Acesso a CT		
Ressonância		
Ambulatório de seguimento especial para os RN de alta do AMC		
Pediatra/neonatologista 24 horas por dia nos 7 dias da semana		
Serviço Radiologia, 24 horas por dia, nos 7 dias da semana		
Serviço de Laboratório, 24 horas por dia, nos 7 dias da semana		
Há UTIN em sua unidade?		

7) Assinale as práticas de humanização existentes na sua unidade

	SIM	NÃO
Livre acesso aos pais		
Estratégias facilitadoras para a presença da mãe *		
Grupo de pais		
Prática para a minimização do ruído		
Prática para a diminuição de intensidade de luz		

Prática de individualização do bebê (nome, roupas, brinquedos)		
Cuidado com o posicionamento		
Práticas de contato pele a pele dos pais na UTIN		
Práticas de contato pele a pele do pai no Alojamento Canguru		
Estratégia para abordagem da dor e desconforto		
Prática de toque ou contato pele a pele da mãe com o bebê de alto risco na sala de parto		
Mãe participa dos cuidados (troca fralda, banhar, alimentar por sonda) com o bebê na UTIN/alto risco		
Existe treinamento/rotina das mães de prematuro para realizar ordenha durante a internação do bebê na UTIN/alto risco		
Existe local adequado (solário, jardim, área descoberta) para permanência(estar) dos pais enquanto os bebês estão internados na UTIN/alto risco		
Existe a prática de busca ativa da Secretaria Municipal de Saúde/PSF, em relação as crianças de muito baixo peso que permanecem internadas por períodos prolongados?		

* permanência maior no Alojamento Conjunto, alojamento de mães (hotelzinho), espaço de apoio para as mães, vale transporte, garantia de refeição, casa de apoio, apoio de “doula” outras.

8) Quando foi o início das atividades (implantação) da AHRNBP-MC

1. ____/____/____

2. Não foi implementado até o momento

9) Época do curso de treinamento e capacitação da equipe de seu hospital:

____/____ meses/ano

10) Este treinamento/capacitação foi o de 40 horas preconizado pelo Ministério da Saúde, para a equipe multidisciplinar?

1. Sim

2. Não. O treinamento foi outro, com duração inferior a 40 horas.

3. Não recebemos o treinamento.

11) Em qual Centro de Referência ? (Escrever o nome do Centro de Referência)

12) Caso a sua unidade não tenha mantido a AHRNBP-MC, explique o porquê, em sua opinião (se necessário use o verso da folha):

13) Quantos profissionais existem em atividade na sua unidade (Coluna 2) ? Quantos foram treinados na metodologia AHRNBP-MC (Coluna 3) ? Destes, quantos estão em atividade (Coluna 4) ?

PROFISSIONAIS	TOTAL EM ATIVIDADE (coluna 2)	TREINADOS (coluna 3)	TREINADOS AINDA EM ATIVIDADE (coluna 4)
Neonatologistas			
Pediatras			
Obstetras			
Enfermeiras			
Aux./Técnico em Enfermag			
Psicólogos			
Fonoaudiólogos			
Fisioterapeutas			
Terapeutas ocupacionais			
Assistentes sociais			
Nutricionistas			
Médico-Residentes			

14) Explique, em sua opinião, porque os profissionais treinados não estão em atividade na proposta em que foram treinados (se necessário use o verso da folha):

15) Sua unidade foi avaliada anteriormente pelo Ministério da Saúde (MS) (Avaliação Global)

1. Sim

2. Não

3. Não sei

16) A primeira etapa do AHRNBP-MC está implantado ou em fase de implantação no seu hospital ?

1. Sim, está implantado

2. Não

3. Não, mas esta em fase de implantação

(A primeira etapa caracteriza por: começa previamente ao nascimento, com a identificação para orientações (inclusive psicológicas) das gestantes com risco de darem a luz a uma criança de baixo-peso; estimular a entrada dos pais na unidade e estabelecer contato pele a pele com a criança, desde que as condições clínicas assim o permitam; estímulo à lactação e a participação dos familiares nos cuidados com o bebê; posição canguru deve ser estimulada sempre que possível e desejada.)

17) A segunda etapa do AHRNBP-MC está implantado ou em fase de implantação no seu hospital ?

1. Sim, está implantado

2. Não

3. Não, mas esta em fase de implantação⁷

(A segunda caracteriza por: método canguru com o bebê estável, ganho de peso regular; mãe encontra-se segura e orientada; existe suporte familiar, institucional e trabalhar o interesse da mãe para a enfermaria de alojamento conjunto canguru)

18) A terceira etapa do AHRNBP-MC está implantado ou em fase de implantação no seu hospital ?

1. Sim, está implantado
2. Não
3. Não, mas esta em fase de implantação

(A terceira etapa caracteriza por: alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial específico e freqüente de acordo com a necessidade de cada caso; a mãe e os familiares devem estar seguros quanto ao manuseio e a posição canguru durante as 24 horas; estímulo para o aleitamento materno exclusivo.)

19) Na UTIN a prática de “nutrição enteral mínima” é precoce?

1. Sim antes de 24 horas de vida
2. Sim entre 24 e 72 horas de vida
3. Sim entre 72 horas de vida e o 5º dia
4. Não
5. Não sei
6. Não dispomos de UTIN

20) Em geral inicia com qual leite ?

1. colostro cru
2. LH pasteurizado
3. fórmula

21) É feita a abordagem de orientação/treinamento da mãe sobre ordenha ?

1. Sim
2. Não

22) Qual proporção de aleitamento materno exclusivo, quando da alta da enfermaria Canguru em sua unidade no ano de 2003 ? _____

23) Quantos leitos disponíveis para Canguru existiam na enfermaria mãe canguru no ano de 2002? Número: _____

24) Quantos leitos disponíveis para Canguru existem na enfermaria mãe-canguru atualmente? Número: _____

25) Quantos recém-nascidos por faixa de peso foram assistidos na enfermaria mãe canguru no ano de 2003?

PESO AO NASCER	NÚMERO
Menor de 1000g	
1000g a 1499g	
1500 a 1999g	
2000 a 2499g	
Total	

26) Existe sistema de registro da assistência na AHRNBP-MC?

1. Sim

2. Não

27) Sua unidade preenche o cadastro do RN e alimenta o sistema AHRNBP-MC do Ministério da Saúde – ORSA ?

1. via on line

2. Off line

3. Correio

4. Encaminha a Secretaria de Estado da Saúde

5. O registro não e feito de forma rotineira

6. O registro não e feito de forma alguma.

ANEXO B – FICHAS DE OBSERVAÇÃO

FICHA DE OBSERVAÇÃO NA PRIMEIRA ETAPA

Metodologia desta observação: Apresente-se à equipe presente. Visite todas as dependências da unidade. Peça esclarecimentos, se necessário.

Horário para observação: manhã, tarde e noite.

Alguns dos itens poderão ficar em branco devido à não observação (Justificar)

OBSERVAR (Não perguntar)

Avaliador: _____

Hospital: _____

Data: _____ Município: _____ UF: _____

Duração da Observação: _____

Anote o número de crianças internadas na unidade visitada:

Manhã: _____ Tarde: _____ Noite: _____

1. Há pais na unidade?

Sim Não

2. Além dos pais há outros familiares?

Sim Não

3. Há pontos de luz com acendimento separado?

Sim Não

4. Havia penumbra para toda a unidade ou individual?

Sim Não

5. Existe cobertura na cúpula da incubadora?

Sim Não

6. Há rádio na UTI em uso inadequado quanto ao volume e tipo de música?

Sim Não

7. Houve toque de celular?

Sim Quantas vezes? _____ Não

8. Alarmes são atendidos rapidamente? (Associar esta observação com a adequação numérica dos recursos humanos – relação de técnicos/auxiliares de enfermagem por leito ocupado)

Sim Não

9. Durante a sua observação, considerou o ruído adequado na unidade?

Sim Não

10. Observou mãe sentada em cadeira ao lado da incubadora?
Sim Não
11. A pesagem do recém-nascido foi tranqüila/adequada?
Sim Não
12. Observou alguma medida de manejo da dor.
Sim Não
13. O posicionamento do recém-nascido favorece a sua organização?
Sim Não
14. Verificou a ocorrência de passagem de plantão/discussão dos casos à beira do leito?
Sim Não
15. Alguma mãe, pai e/ou familiar tocou espontaneamente o bebê?
Sim Não
16. Algum pai ou mãe estava em contato pele a pele, na posição canguru, com o recém-nascido?
Sim Não
17. Durante a higienização houve cuidado quanto à termorregulação e estado organizacional da criança?
Sim Não
18. As crianças estavam identificadas pelo próprio nome ou da mãe?
Sim Não
19. A equipe se dirigiu à mãe chamando-a pelo nome?
Sim Não
20. A mãe participa dos cuidados?
Sim Não
21. Na UTIN, o primeiro alimento enteral (oral ou sonda) é oferecido em que proporção para os seguintes alimentos:
Leite materno cru (____%)
Leite Humano pasteurizado (____%)
Fórmula (____%)
Observe a prescrição no prontuário (internado ou pós-alta) de no mínimo 10 crianças.
22. Impressão do avaliador (anotar outros detalhes observados e considerados relevantes):

FICHA DE OBSERVAÇÃO NA SEGUNDA ETAPA

Metodologia desta observação: Apresente-se à equipe presente. Visite todas as dependências da unidade. Peça esclarecimentos, se necessário.

Horário para observação: manhã, tarde e noite.

Avaliador: _____

Hospital: _____

Data: _____ Município: _____ UF: _____

ÁREA FÍSICA

1. Verifique qual o tipo de alojamento em que é desenvolvido a segunda etapa?

Alojamento Canguru

Alojamento Conjunto

No que se refere ao Alojamento Canguru/ Alojamento Conjunto:

Verificação	Sim	Não
2. Este alojamento tem fácil acesso à unidade neonatal?		
3. O posto de enfermagem está situado próximo à Unidade de alojamento Canguru/Alojamento Conjunto?		
4. Existe banheiro com pia, wc e chuveiro dentro do alojamento MC/Conjunto?		
5. Existe pia para lavagem de mãos no alojamento MC/Conjunto?		
6. Existe expurgo?		
7. Existe espaço para reanimação?		

8. Verifique a existência de outras áreas para que as mães possam realizar outras atividades:

Solário

Jardim

Cozinha

Área de Serviço

Sala de reuniões

Outros: _____

9. Verifique se as mães e seus filhos estavam na posição canguru?

Sim

Não

Justificar _____

10. Registrar os itens abaixo referentes aos RN's em Método Canguru durante a visita. (peça para consultar e anotar os dados do prontuário)

Atenção: Se 4 ou menos crianças estiverem internadas, utilizar prontuários para completar o total de 05 registros.

Prontuário	I G Corrigida	Peso ao nascer	Peso início da 2ª fase	Peso atual	Dias de MMC
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					

FICHA DE OBSERVAÇÃO NA TERCEIRA ETAPA

Avaliador: _____

Hospital: _____

Data: _____ Município: _____ UF: _____

Local: _____

Obtenha a NORMA ESCRITA . Avalie 05 itens abaixo:

Pergunta	Sim	Não
1. A norma apresenta as situações de risco nas quais a criança deverá receber um atendimento especial e/ou reinternação?		
2. A norma contempla uma programação de consultas de retorno nas primeiras semanas após a alta hospitalar?		
3. Existe uma ficha própria para atendimento?		
4. A criança tem garantido, fora do agendamento regular, o atendimento no ambulatório?		
5. Se a criança não veio ao retorno agendado existe alternativa de busca ativa?		

6. Profissional(is) que preferencialmente realiza(m) atendimento ambulatorial na 3ª etapa:

Pediatra

Enfermeiro

ANEXO C – ROTEIROS DE ENTREVISTAS

ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO MÉTODO NA INSTITUIÇÃO

Hospital: _____

Data: _____ Município: _____ UF: _____

Entrevistado: _____

1. Quando se iniciou a implantação do Método Canguru no hospital?(mês e ano)

2. Você poderia disponibilizar uma cópia da rotina do Método Canguru (MS ou própria da Instituição) utilizada neste hospital?

Sim Não Por que? _____

3. Existe rotina de conduta do MC disponível para os membros da equipe nas seguintes áreas:

UTI neonatal/Alto risco

Unidade de cuidados intermediários/Médio risco

Unidade canguru

Ambulatório de segmento (acompanhamento) da criança de risco

4. A equipe responsável pelo cuidado de mães e recém-nascidos de baixo-peso recebeu treinamento sobre o Método Canguru em sua Instituição? (treinamento local)

Não Sim Onde: _____

A duração do treinamento foi:

> 20 hs < 20 hs

5. Preencha o quadro abaixo

Profissionais	Horas de treinamento recebidas sobre o Método Canguru	Horas de experiência clínica supervisionada	Porcentagem de funcionários treinados	Porcentagem de funcionários escalados para receber treinamento
Médicos				
Enfermeiras(os)				
Tec/Aux de Enfermagem				
Psicólogos				
Assistentes Sociais				
Fonoaudiólogos				
Fisioterapeutas				
Administrativos				

6. Existe um programa ou resumo, por escrito, dos treinamentos sobre o Método Canguru? (pedir uma cópia)

Sim Não

7. Existe um sistema de registro de dados sobre o Método Canguru que permita uma avaliação contínua do programa?

Sim (Solicitar uma cópia se possível)

Não

8. No que se refere ao treinamento, o que você acha que contribuiu para a implantação do método?

Se a Instituição foi capacitada e implantou o Método Canguru

9. Quais as facilidades na implantação do Método Canguru na sua Instituição, em cada etapa? E as dificuldades?

Realizar esta pergunta somente se a instituição não implantou o Método Canguru

10. Porque não implantou o Método Canguru? (Perguntar sobre cada etapa)

11. Fale-me sobre o significado do Método Canguru para você e para a instituição.

12. Fale-me sobre sua participação na efetivação do Método Canguru.

ENTREVISTA COM PROFISSIONAL 1º/2º ETAPAS

Hospital: _____

Data: _____ Município: _____ UF: _____

1. Qual a sua profissão?

Médico neonatologista da equipe	Enfermeiro(a)
Auxiliar/ Técnico de Enfermagem	Psicólogo
Assistente Social	Fonoaudiólogo
Fisioterapeuta	Nutricionista
Outro _____	

2. Na Maternidade, qual é o seu setor de trabalho?

UTI neonatal	Unidade canguru
Unidade de cuidados intermediários	Outro _____

3. Desde que você trabalha nesse setor recebeu algum treinamento sobre o Método Canguru?

Sim Não Onde? _____

(Considerar: treinamento em serviço e / ou curso formal de 20 horas, principalmente para os profissionais de nível médio onde não existe um curso estabelecido.)

4. Qual o total de horas deste treinamento _____

1. Quem visita o bebê na UTI e qual o acesso?

Família	Acesso		
	Livre	Por horário	Não tem acesso
Mãe			
Pai			
Outro familiar - Qual?			

2. Quais são os critérios para a mãe/pai tocar seu filho?

O toque é livre Depende da gravidade do RN

Outros. Especifique: _____

3. Os pais são estimulados quanto ao toque?

Sim Não Como: _____

4. É feita abordagem de orientação à mãe sobre ordenha?

Sim Não

5. Em que momento é feita a abordagem à mãe sobre ordenha?

Não é feita	No BLH
Primeiras 24 horas	Segundo dia
Quando o bebê está saudável	Quando o bebê começa a se alimentar
Não sabe	Outros: _____

(Considerar como fato positivo a ordenha iniciada até o segundo dia. Esta regra poderá ser alterada apenas quando o estado de saúde da mãe não o permitir).

6. Como é a primeira visita da mãe / pai / responsável?

Acompanhada por funcionários / profissionais da unidade onde o recém-nascido de baixo peso está internado

Acompanhada por profissional do Alojamento Conjunto / Maternidade

Não acompanhada

Outros: _____

7. Quando é feito o primeiro contato pele a pele na posição canguru na UTIN/Alto Risco e na sala de parto?

UTI/AR Sala de parto

Não é feito

Quando o bebê está estável

Quando a mãe deseja

Quando tem autorização do pediatra

Outros: _____

8. Quais as estratégias utilizadas para a permanência da mãe no hospital?

Não fica

Sala de espera

Fica no Alojamento conjunto internada

Vale transporte

Alojamento para as mães (hotelzinho)

Refeição

Sala de Convivência

Outros: _____

(Esta pergunta pode ter mais de uma resposta)

9. A família (pai e outros membros) é estimulada a um contato com a equipe dentro das primeiras 24 horas.

Sim

Não existe rotina neste sentido

10. Dentre os membros da equipe, qual o profissional que mais promove e realiza este contato?

Médico

Enfermeira

Auxiliar/Técnico de Enfermagem

Psicólogo

Assistente Social

Fonoaudiólogo

Fisioterapeuta

Nutricionista

Outros: _____

11. Se lhe fosse atribuído todos os poderes de decisão no hospital e não lhe faltasse recursos, o que você faria para melhorar o Método Canguru no seu hospital?

12. No que se refere ao treinamento, o que este contribuiu para a implantação do método?

Se a Instituição implantou o Método Canguru

13. Quais as facilidades na implantação do Método Canguru na sua Instituição? E as dificuldades?

14 - Fale-me sobre o significado do Método Canguru para você e para a instituição.

15- Fale-me sobre sua participação na efetivação do Método Canguru.

16. Porque não implantou o Método Canguru? (Realizar esta pergunta somente se a Instituição não implantou o Método Canguru)

ENTREVISTA COM MÃE NA 1º/2º ETAPA

Hospital: _____
 Data: _____ Município: _____ UF: _____

1. Quando o seu bebê nasceu?
 Data: _____ (calcule). Tem _____ dias de vida
2. Com que peso o seu bebê nasceu? _____ gramas
 2.1 . Qual é o peso hoje? _____ gramas
3. O parto foi natural ou cesárea? _____
4. Logo que nasceu, na sala de parto: você viu ou tocou o bebê?
 Viu _____ Tocou _____ Após quanto tempo? _____
 Nem viu _____
5. Quanto tempo depois do parto você visitou o seu bebê pela primeira vez? _____ horas.

Para as perguntas 6 a 16 – anotar o número 1 para sim e o número 2 para não.

6. Na primeira vez que foi ver o bebê na UTI/UCI alguém da equipe do hospital a acompanhou e deu as informações que desejava?
7. Nessa ocasião alguém da equipe do hospital falou que você e o pai poderiam visitar e tocar o bebê sempre que quiserem?
8. Enquanto o seu bebê estava na unidade (UTI, Cuidados Intermediários, berçário), alguém da equipe do hospital permitiu que você cuidasse dele (trocar fralda, participar do banho, da alimentação por sonda)?
9. Enquanto o seu bebê estava na unidade (UTI, Cuidados Intermediários, berçário) alguém da equipe do hospital ofereceu a possibilidade de você colocar o bebê em posição canguru?
 a primeira vez foi com quanto tempo de vida? _____
 ou com qual peso? _____
10. A equipe do hospital consultou você sobre se poderia ficar (sua disponibilidade de tempo) e esperou o melhor período para você e sua família participarem do método canguru?
11. Você considera que recebeu as informações e explicações suficientes e adequadas sobre o Método Canguru?
12. O pai do bebê está participando do método?
13. Você recebeu orientações sobre como retirar o leite do peito com as mãos?
14. Você recebeu orientações para que em casa, retirasse e guardasse o seu leite?
15. Você recebeu informações sobre como levar o leite de casa para o hospital?

16 O hospital permite que receba visita todos os dias?

17. Qual era o peso do seu bebê quando começou a mamar no peito? _____

18. Quando o seu bebê não podia mamar no peito, como ele foi alimentado?

No alto risco ou UTI

- 1 sonda naso ou orogástrica
- 2 copinho ou xícara
- 3 seringa ou conta-gotas
- 4 mamadeira ou chucha

No médio risco

- 1 sonda naso ou orogástrica
- 2 copinho ou xícara
- 3 seringa ou conta-gotas
- 4 mamadeira ou chucha

Na enfermaria canguru

- 1 sonda naso ou orogástrica
- 2 copinho ou xícara
- 3 seringa ou conta-gotas
- 4 mamadeira ou chucha

19. Seu bebê foi alimentado alguma vez por mamadeira?

20. Como você coloca o bebê na posição canguru?

(pontos chave: bebê somente de fraldas e touca e/ou meias e/ou blusa pagão aberta na frente, máximo da pele em contato com a mãe e/ou o pai, cabeça bem posicionada sem dobrar ou estender demais o pescoço: descanso da mãe sempre em posição semi-sentada)

Correto

Incorreto

Não quis descrever/demonstrar

21. Quais foram as dificuldades para as quais você precisou de pedir ajuda à equipe do MC?

(Pontos chave: mais sonolento, não quer mamar, palidez, extremidades arroxeadas, respiração difícil, apnéia, engasgo).

22. Porque você escolheu/decidiu vir para a enfermaria canguru?

(Pontos chave: acesso irrestrito dos pais ao bebê; grupo de apoio as mães, facilidade de participação de outros membros da família e/ou amigos, recreação, orientação e apoio da equipe)

23. Como você se sente participando do Método Canguru nesta unidade? Por favor, descreva.

24. O que você mais gostou no Método Canguru?

25. Fale-me sobre a relação dos profissionais com você, com as mães que cuidam (cuidaram) do bebê aqui neste serviço. (Conte-me quem são os profissionais que estão mais próximos de você - médico, enfermeiros, auxiliares).Obs: esta é uma questão de relance.

25. Você tem alguma sugestão para melhorar o cuidado MC deste hospital? Quais?

26. O que você faz aqui além de cuidar do seu bebê?

ENTREVISTA COM A MÃE NA TERCEIRA ETAPA

Avaliador: _____

Hospital: _____

Data: _____ Município: _____ UF: _____

Idade: _____ Situação conjugal: _____

1. Quando o seu bebê nasceu?

Data: _____ (calcule). Tem _____ dias de vida

2. O parto foi natural ou cesárea? _____

3. Com que peso o seu bebê nasceu? _____ gramas

4. Quanto pesa o seu bebê hoje? _____

5. Quando o seu bebê saiu de alta do hospital? Data: _____

Tinha _____ dias de vida.

6. Com que peso o seu bebê saiu de alta do hospital? _____ gramas

PARA AS PERGUNTAS 7, 8 E 10 E 12 A 14 E 16 A 18 – ANOTAR O NÚMERO 1 PARA SIM E O NÚMERO 2 PARA NÃO.

7. A equipe conversou com você sobre o melhor momento para você e o bebê irem para casa?

8. Você continua fazendo o canguru em casa?

8.1. Quais são as dificuldades para fazer o Canguru em casa?

9. O que é diferente em fazer a posição canguru em casa e no hospital?

10. Quando o seu bebê saiu de alta do hospital ele(a) estava mamando no peito?

11. Como você está alimentando o seu bebê hoje?

Aleitamento materno exclusivo

Preponderantemente leite materno

Aleitamento Misto

Fórmula

12. Quando você saiu do hospital a equipe lhe deu as informações sobre o acompanhamento do bebê?

(Informações sobre o acompanhamento do bebê e sua família para a alta, dificuldade no aleitamento materno, postura e refluxo, apnéia e anemia, controle térmico, reconhecer sinais de risco)

13. Nesta ocasião, a equipe explicou que em casa será necessário manter o método canguru dia e noite?

14. Entrevistador: Observar se o bebê está na posição canguru.

15. O que é importante você observar no bebê quando ele está na posição canguru?

16. Você tem alguma sugestão para melhorar o Método Canguru do hospital?

Por favor, descreva:

APOIO NA TERCEIRA ETAPA

17. Alguém te ajuda em casa?

Quem? _____

18. Além dos seus familiares você conta com o apoio de outras pessoas ou serviço de saúde?

Quem:

Vizinhos / Amigos

Instituições municipais

Unidade básica de saúde

Serviço Social Municipal

Serviço de comunidade

Agentes de saúde

Outros: _____

19. Qual o meio de transporte que você utilizou para vir ao hospital?

Meios próprios

Vale transporte

Outros _____

20. Alguém da equipe de saúde foi na sua casa (na 2ª ou 3ª etapa – explicar)?

Do hospital

Do Centro de Saúde

ACS (PSF)

Não

21. O bebê está sendo mantido na posição canguru quantas horas por dia?

< 6 horas

6-12 horas

12-18 horas

> 18 horas

22. Além de você, quem faz a posição canguru?

Avó / Avô

Pai

Filho (a)

Outros parentes

Vizinho (a) / Amigo (a)

23. Quando você parou o Método Canguru, qual idade do bebê _____ e qual o peso _____

24. O que você mais gostou no Método Canguru?

25. Fale-me sobre a relação dos profissionais com você, com as mães que cuidam (cuidaram) do bebê aqui neste serviço. (Conte-me quem são os profissionais que estão mais próximos de você - médico, enfermeiros, auxiliares). Obs: esta é uma questão de relance.

26. Qual a sua maior dificuldade no Método Canguru?

ANEXO D – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 168/04

Interessado: Prof. Dr. César Coelho Xavier
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 30 de março de 2005 os instrumentos de coleta de informações e seus respectivos TCLE, correspondentes à FASE 2 da pesquisa bem como o Termo de Autorização referentes ao projeto de pesquisa intitulado « **Avaliação da Implantação da Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru no Brasil.** » enviados a este comitê em cartas datadas de 11 de fevereiro de 2005 e 17 de fevereiro de 2005 respectivamente.


Prof. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP

ANEXO E – ATA DE DEFESA



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO de **TARCÍSIO LAERTE GONTIJO** nº de registro 2009658951. Às nove horas, do dia **sete de agosto de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO – MÉTODO CANGURU, NO BRASIL”**, requisito final para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. César Coelho Xavier, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. César Coelho Xavier – Orientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADO</u>
Prof. Eduardo Carlos Tavares	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovado</u>
Profª. Elysângela Dittz Duarte	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profª. Maria Cristina Veiga Aranha Nascimento	Instituição: FCMMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profª. Eliete Albano de Azevedo Guimarães	Instituição: UFSJ	Indicação: <u>Aprovado</u>

Pelas indicações o candidato foi considerada APROVADO

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 07 de agosto de 2012.

Prof. César Coelho Xavier / Orientador [Assinatura]

Prof. Eduardo Carlos Tavares [Assinatura]

Profª. Elysângela Dittz Duarte [Assinatura]

Profª. Maria Cristina Veiga Aranha Nascimento [Assinatura]

Profª. Eliete Albano de Azevedo Guimarães [Assinatura]

Profa. Ana Cristina Simões e Silva / Coordenadora [Assinatura]

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Profa. Ana Cristina Simões e Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente
Faculdade de Medicina/UFMG

ANEXO F – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO



**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores César Coelho Xavier, Eduardo Carlos Tavares, Elysângela Dittz Duarte, Maria Cristina Veiga Aranha Nascimento e Eliete Albano de Azevedo Guimarães aprovou a tese de doutorado intitulada: **“AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO – MÉTODO CANGURU, NO BRASIL”** apresentada pelo Doutorando **TARCÍSIO LAERTE GONTIJO** para obtenção do título de doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 07 de agosto de 2012.

Prof. César Coelho Xavier

Orientador

Prof. Eduardo Carlos Tavares

Profª. Elysângela Dittz Duarte

Profª. Maria Cristina Veiga Aranha Nascimento

Profª. Eliete Albano de Azevedo Guimarães