

**Tarcísio Laerte Gontijo**

**Avaliação normativa da implantação do Método Canguru na  
Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais**

**Belo Horizonte**  
**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**2006**

**Tarcísio Laerte Gontijo**

**Avaliação normativa da implantação do Método Canguru na  
Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem

**Área de concentração:** Enfermagem

**Orientadora:** Prof. Dra. Déborah Carvalho Malta  
Universidade Federal de Minas Gerais

**Belo Horizonte**  
**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**2006**

---

G641a Gontijo, Tarcísio Laerte  
Avaliação normativa da implantação do método canguru na  
maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais /  
Tarcísio Laerte Gontijo. – 2006.  
111 f., enc. il.

Orientadora: Prof. Dra. Déborah Carvalho Malta

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas  
Gerais, Escola de Enfermagem  
Bibliografia: f. 97-101

1. Enfermagem. I. Tarcísio Laerte Gontijo. II. Universidade Federal  
de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.  
CDD 610.7
-

A professora Dra. Déborah Carvalho Malta, minha orientadora pela confiança que dedicou em mim e todo seu esforço para a elaboração deste trabalho.

Aos profissionais da Maternidade Odete Valadares que contribuíram significativamente na construção deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por ter me concedido o dom da vida.

Aos meus pais, pela educação e compreensão.

Aos meus colegas de trabalho do INESP/UEMG, pela compreensão e colaboração no desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus alunos que entenderam minhas ausências.

À Gláucia, médica da Maternidade Odete Valadares e a todos do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) desta maternidade pela atenção dedicada a mim desde o início deste trabalho.

A todos os professores e colegas de turma do mestrado.

Ao Professor Dr. César Xavier, Celeste e Ana Miglio pela amizade e discussões.

À Karla, pela compreensão do meu “stress” de mestrando.

## RESUMO

O baixo peso ao nascer e as altas taxas de mortalidade infantil resultam em graves problemas para o sistema de saúde de nosso país. Em todo o mundo nascem anualmente vinte milhões de crianças com baixo peso e prematuras. Dessas, quarenta por cento morrem antes de completar um ano de vida. Entre as principais causas de mortalidade está a baixa qualidade da assistência prestada a essas crianças. Nos países em desenvolvimento há uma grande escassez de hospitais com infraestrutura e recursos adequados para dar a assistência necessária. Como alternativa de assistência a essas crianças surgiu na Colômbia, o Programa Mãe-Canguru que consiste no contato pele a pele de mãe e filho. No Brasil, a partir de 1992, houve experiências pontuais e desde 1999, o Ministério da Saúde (MS) vem trabalhando na implantação e consolidação desta metodologia, incluindo-a nas diretrizes políticas da atenção à saúde de crianças com baixo peso ao nascer e prematuras, tendo como foco central a humanização da assistência, com a criação do Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento. A extensão da implantação, a sua adequação às normas preconizadas pelo MS, a habilidade no manejo do método, os resultados obtidos no nível local, são aspectos ainda pouco conhecidos. Portanto este trabalho teve como objetivo avaliar a implantação do Método Mãe Canguru (MMC), na Maternidade Odete Valadares, comparando-o com preconizado pelo MS na Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – MMC. Trata de estudo de avaliação fundamentado em aspectos clássicos da avaliação normativa: estrutura, processo e resultado. Adotou-se a metodologia qualitativa para análise das entrevistas e foram identificados os seguintes núcleos avaliativos: a) Entendimento da proposta pela equipe, b) Adequação dos serviços às necessidades dos clientes, c) Satisfação com o cuidado, d) Interação das mães com a equipe/serviço, e) Acesso aos serviços e f) Valorização da proposta pela instituição. Os resultados nos permitem concluir que o MMC na Maternidade Odete Valadares, foi implantado pela liderança e desempenho de alguns profissionais. Não houve uma priorização do projeto pela Instituição, o que gerou obstáculos como à baixa adesão e capacitação da equipe e

a desarticulação entre as três etapas. O serviço é bem avaliado pelas mães, que se sentem mais seguras no cuidado com o bebê prematuro.

**Palavras-Chave:** Método Mãe Canguru, avaliação de serviços, assistência perinatal, humanização assistência perinatal.

## ABSTRACT

New born's low weight and the high children mortality rates result in serious problems for the health system in our country. All over the world twenty million children are born underweight and premature yearly. Among them, 40% die before reaching one year of age. One of the main causes of mortality is the low quality of the assistance given to these children. In developing countries there is a lack of hospitals with suitable infra-structure and resources to give the necessary assistance. As an alternative of assistance to these children, it was created in Colombia, the Kangaroo Mother Program, which consists of the touch between mother and child. In Brazil, since 1999, the Health Office (Ministério da Saúde – MS) has been working to implant and consolidate this methodology, including it in the political guidelines of attention to the health of low-weighted born children and prematures, with the creation of the Humanization Program to Pre-natal and Labor. The extension of the implantation, its adaptation to the rules of the Health Office, the ability to deal with the methodology, the results at local level are aspects not very well known yet. However, the goal of this work was to evaluate the implantation of the Kangaroo Mother Method at Maternity Odete Valadares, comparing it with the one recommended by the Health Office in Rules for the Humanized Attention to Low-Weighted New Borns. It is about the study of evaluation based in classic aspects of normative evaluation: structure, process and result. The qualitative methodology was adopted to analyze the interviews and the following assessment points were identified: a) Understanding of the proposal by the team, b) adaptation of the services to the needs of clients, c) level of satisfaction concerning care, d) Interaction of mothers with the team/service, e) Access to services and f) Valorization of the proposal by the institution. The results allow us to conclude that the Kangaroo Mother Method at Maternity Odete Valadares was implanted by leadership and protagonism of some professionals. There was not a prioritization of the project by the Institution, which generated obstacles such as low level of involvement and

qualification of the team and disarticulation of the three stages. The service is well evaluated by mothers who feel safer in taking care of the premature baby.

**Key-Words:** Kangaroo Mother Method, evaluation, perinatology care.

## LISTA DE TABELAS

|          |                                                                                                                |    |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 | Número de entrevistados na Maternidade Odete Valadares – 2004                                                  | 43 |
| Tabela 2 | Distribuição dos Leitos Hospitalares da Maternidade Odete Valadares – 2004                                     | 46 |
| Tabela 3 | Número de profissionais atuantes na Primeira Etapa do Método Mãe Canguru na Maternidade Odete Valadares – 2004 | 56 |
| Tabela 4 | Nascimento de residentes em Belo Horizonte na Maternidade Odete Valadares por faixa de peso – 2004             | 61 |
| Tabela 5 | Crianças atendidas no Método Mãe Canguru, na Maternidade Odete Valadares segundo peso ao nascer – 2004         | 62 |
| Tabela 6 | Tempo de internação na segunda etapa do Método Mãe Canguru na Maternidade Odete Valadares, 2004                | 63 |
| Tabela 7 | Distribuição das mães de bebês canguru segundo a idade e escolaridade – Maternidade Odete Valadares – 2004     | 81 |
| Tabela 8 | Peso na admissão na segunda etapa dos bebês cangurus – Maternidade Odete Valadares, 2004                       | 82 |
| Tabela 9 | Peso dos bebês canguru na alta da segunda etapa – Maternidade Odete Valadares, 2004                            | 84 |

## LISTA DE QUADROS

|          |                                                                                                                                                                                                   |    |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 | Comparação dos critérios exigidos pela legislação vigente (RDC n° 50), com os achados da UTI/Neonatal da Maternidade Odete Valadares (MOV) – 2005                                                 | 51 |
| Quadro 2 | Critérios exigidos pela legislação vigente (RDC n° 50°), comparados com os achados do Berçário I e II (Unidade de Cuidados Intermediários) da Maternidade Odete Valadares                         | 52 |
| Quadro 3 | Comparação da equipe necessária para o atendimento nos Berçários de Cuidados Intermediários segundo a Portaria n° 1091, com a equipe que atua nos berçários da Maternidade Odete Valadares – 2004 | 54 |

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|         |                                                       |
|---------|-------------------------------------------------------|
| BLH     | - Banco de Leite Humano                               |
| ECR     | - Ensaio Clínico Randomizado                          |
| FEAMUR  | - Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência |
| FHEMIG  | - Fundação Hospitalar de Minas Gerais                 |
| LBA     | - Legião Brasileira da Assistência                    |
| MMC     | - Método Mãe Canguru                                  |
| MOV     | - Maternidade Odete Valadares                         |
| MS      | - Ministério da Saúde                                 |
| RN      | - Recém nascido                                       |
| SES/MG  | - Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais        |
| SIH/SUS | - Sistema de Informação Hospitalar                    |
| SINASC  | - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos         |
| SUS     | - Sistema Único de Saúde                              |
| UNICEF  | - Fundo das Nações Unidas para a Infância             |
| UTIN    | - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal               |

## SUMÁRIO

|          |                                                                                                         |     |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                  | 12  |
| <b>2</b> | <b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>                                                                      | 15  |
| 2.1      | A evolução histórica da assistência neonatal.....                                                       | 16  |
| 2.2      | O surgimento do Programa Mãe Canguru.....                                                               | 19  |
| 2.3      | O Método Mãe Canguru no Brasil.....                                                                     | 23  |
| 2.4      | Apresentação da Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo<br>Peso – Método Mãe Canguru..... | 25  |
| 2.5      | Qualidade e Eficácia do Método.....                                                                     | 27  |
| 2.6      | A avaliação de serviços e intervenções.....                                                             | 32  |
| <b>3</b> | <b>OBJETIVOS.....</b>                                                                                   | 36  |
| <b>4</b> | <b>PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>                                                                      | 38  |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS.....</b>                                                                                  | 45  |
| 5.1      | Caracterização do Local de Estudo.....                                                                  | 46  |
| 5.2      | Locais de Realização do Método Mãe Canguru.....                                                         | 48  |
| 5.3      | Avaliação da Estrutura.....                                                                             | 48  |
| 5.4      | Avaliação do Processo.....                                                                              | 59  |
| 5.5      | Avaliação dos Resultados.....                                                                           | 79  |
| <b>6</b> | <b>CONCLUSÃO.....</b>                                                                                   | 89  |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b>                                                                                      | 97  |
|          | <b>APÊNDICE</b>                                                                                         | 101 |
|          | <b>ANEXOS</b>                                                                                           | 113 |



## 1. INTRODUÇÃO

O baixo peso ao nascer e as altas taxas de mortalidade infantil são graves problemas para o sistema de saúde de nosso país. Em todo o mundo, nascem, anualmente, 20 milhões de crianças com baixo peso e prematuras. Destas, 40% morrem antes de completar um ano de vida. Entre as principais causas de mortalidade está a baixa qualidade da assistência prestada a essas crianças. Nos países em desenvolvimento, há uma grande escassez de hospitais com infra-estrutura e recursos adequados para dar a assistência necessária, o que pode levar a superlotação, altas taxas de infecção hospitalar e riscos elevados de morbi-mortalidade (MILTERSTEINER *et al.*, 2003).

O baixo peso ao nascer e a prematuridade são reconhecidos universalmente, como os fatores de risco mais importantes para a mortalidade infantil (ALMEIDA *et al.*, 2002). Em 2001, segundo o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), no Brasil, nasceram 3.106.525 crianças, sendo cerca de 8% com baixo peso (peso ao nascer menor que 2.500 gramas). Segundo Almeida *et al.* (2002), a prevalência de baixo peso ao nascer tem sido associada a condições sócio-econômicas desfavoráveis, atenção pré-natal inadequada, mães adolescentes ou mães idosas, paridade elevada, intervalo interpartal reduzido, presença de desnutrição materna e hábito de fumar.

Como alternativa de assistência a crianças de baixo peso surgiu na Colômbia, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, o Programa Mãe-Canguru que consiste no contato pele a pele de

mãe e filho. Este método não substitui as formas tradicionais de assistência a crianças prematuras e de baixo peso, mas funciona como uma alternativa à assistência em instituições onde existem bons recursos técnicos e humanos, mas com dificuldades para atender toda a demanda.

No Brasil, desde 1999, o Ministério da Saúde (MS) vem trabalhando na implantação e consolidação deste método, incluindo-a nas diretrizes políticas da atenção à saúde de crianças com baixo peso ao nascer e prematuras, com a criação do Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento que visa promover a melhoria da assistência perinatal. Houve, também, o estabelecimento da Portaria número 693, na qual MS normatiza a implantação do Método Mãe Canguru (MMC), definindo-o como assistência neonatal que implica no contato pele a pele precoce entre mãe-filho, de forma crescente, permitindo, dessa forma, maior participação dos pais no cuidado com seu filho (FURLAN, 2003).

O MMC visa a criação de vínculo entre mãe e seu bebê através do estímulo ao contato precoce entre ambos, sendo um cuidado complementar a assistência tradicional em incubadoras, visando acima de tudo a assistência humanizada às crianças prematuras e de baixo peso, e fazendo com que se crie na mãe a responsabilidade pelo cuidar de seu bebê.



---

---

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 - A evolução histórica da assistência neonatal

A discussão da assistência neonatal com enfoque histórico é aqui apresentada por Scochi *et al.* (1996). Na Europa e na América, até por volta de 1880, os hospitais que prestavam assistência ao parto, não dispunham de berçários e as crianças eram colocadas junto às mães, que prestavam os cuidados a seus bebês. Em 1892, o obstetra Pierre Budin, criou o primeiro ambulatório de puericultura para bebês saudáveis, em Paris e, em seguida, descreveu em um livro os cuidados com os bebês, na maternidade e no domicílio. Ele demonstrou ainda a alta mortalidade em neonatos que apresentavam temperatura retal baixa e a associação entre a realização do pré-natal e a sobrevivência dos bebês, sendo considerado, historicamente, o primeiro neonatologista.

No final do século dezenove e início do século vinte, aconteceu na Inglaterra um marco histórico na assistência ao recém-nascido, quando Martin Cooney, aluno de Budin, criou a incubadora e conseguiu evitar a morte de cinco mil prematuros, fazendo que houvesse uma ruptura da unidade formada por mãe e recém-nascido, sendo, então, a primeira barreira entre eles. A partir daí, surgiram numerosos centros de cuidados com prematuros. Os primeiros berçários foram criados, especificamente, para atender aos prematuros e necessitavam de recursos materiais, humanos e terapêuticos para o controle da temperatura, alimentação e prevenção de infecções, além de planta física e dispositivos próprios para o atendimento,

como incubadoras, procedimentos e normas rigorosas de isolamento.

A criação dos berçários teve como determinantes a questão do despovoamento, devido ao grande declínio das taxas de natalidade, o desenvolvimento tecnológico após a Revolução Industrial e à medicalização do hospital. Os berçários desta época tinham a finalidade social de diminuir a mortalidade neonatal em países industrializados, para recuperar a força de trabalho, evitando mortes prematuras.

No início do século vinte, a assistência prestada em berçários estendeu-se para todos os neonatos, como medida de isolamento, devido à elevada mortalidade infantil por infecções. Instalaram-se enfermarias separadas para crianças com infecção e medidas rigorosas de isolamento. Evitava-se a hospitalização sempre que possível e proibia-se qualquer visita ao berçário, até mesmo da mãe. A partir deste momento, surge, então, o isolamento de crianças após o nascimento e a separação precoce entre a mãe e seu bebê. Na década de vinte do século passado, considerada a década científica, surgiram novos estudos sobre recém-nascidos, tornando-se a assistência cada vez mais rigorosa. Os bebês passaram a ser alimentados por alimentos artificiais e as mães saíam das maternidades sem nenhuma orientação, com um conjunto de regras a cumprir e a relação entre mãe/recém nascido cada vez mais distante.

Com os avanços científicos da microbiologia e epidemiologia que reforçavam sempre mais as normas de isolamento e com o aumento das discussões em torno da assistência deficitária que separava mãe e filho, surgiram estudos que enfatizavam a flexibilidade da assistência e da amamentação materna para o desenvolvimento da personalidade do bebê. Criou-se, nesta

fase, o *rooming-in* ou alojamento conjunto, que visava encorajar a mãe, precocemente, nos cuidados e no relacionamento com seu bebê. Com a instalação dos alojamentos conjuntos a prática da assistência ao recém-nascido passou a ser instrumentalizada pelo conhecimento produzido na psicologia, antropologia, sociologia, dentre outras áreas, e passa a ser foco da assistência não só o corpo biológico, mas também a família (ZIEGEL; CRANLEY, 1980; PIZZATO; DA POIAN, 1982).

Na década de cinquenta, houve a substituição dos centros de prematuros, por unidades de cuidados intensivos neonatais. Estes berçários, cada vez mais equipados e acrescidos de medidas rigorosas imediatamente após o nascimento, fizeram que a mortalidade neonatal, principalmente de crianças de muito baixo peso, diminuísse significativamente. Porém, surgiram conflitos e dilemas éticos sobre a assistência em unidades de cuidados intensivos e sobre o impacto de algumas intervenções no desenvolvimento da criança. A psicologia e a psiquiatria infantil atribuíram à separação de mãe e filho, alguns distúrbios psico-emocionais e comportamentais, tanto maternos como da criança.

A assistência perinatal sofreu grandes avanços em termos de tecnologias e pesquisas nos últimos tempos e, isto repercutiu, significativamente, na sobrevivência de crianças prematuras e de baixo peso ao nascer. Por outro lado, essas tecnologias contribuíram para aumentar a distância entre os pais e familiares do contexto de assistência ao neonato, o que ocasiona separações precoces de pais e seus bebês.

## 2.2 - O surgimento do Programa Mãe Canguru

Na Colômbia, nos anos setenta, os berçários estavam sujeitos a uma situação crítica de superlotação - mais de uma criança por incubadora - e de aumento no número de infecções cruzadas. Além disso, a ausência de recursos tecnológicos suficientes e uma grande carência de materiais, equipamentos e recursos humanos, contribuíram para que a mortalidade neonatal se tornasse alta e o abandono materno também. Essa situação fez que os médicos Sanabria e Martinez, no ano de 1979, criassem o Programa Mãe Canguru, um trabalho que revolucionou a forma de tratar os recém-nascidos de baixo peso. Inicia-se uma grande transformação no cuidado com recém nascidos prematuros e de baixo peso (CARVALHO, 2001).

Com a criação deste Programa, pretendia-se diminuir a mortalidade infantil e acabar com a prática de colocar mais de um bebê por incubadora. Desta forma, o Programa surgiu, na Colômbia, como uma alternativa à assistência ao recém-nascido de baixo peso, já que a estrutura existente e os recursos eram insuficientes para isso. O Programa Mãe Canguru, idealizado pelos médicos colombianos, consistia na diminuição do tempo de permanência do bebê na incubadora, colocando-o no colo da mãe na posição canguru, na alimentação exclusivamente materna e no acompanhamento ambulatorial. Em síntese, amor, calor e aleitamento materno são a essência do Programa Mãe Canguru. A idéia era de que a colocação do bebê no seio da mãe promovia maior estabilidade térmica, substituindo as incubadoras, permitindo a alta precoce, menor taxa de infecção hospitalar e melhor qualidade da assistência com menor custo para o sistema de saúde (CARVALHO, 2001; MOREIRA *et*

*al.* 2003).

Segundo Carvalho (2001), a proposta inicial do Programa Mãe Canguru tinha como elementos básicos: a alta antecipada, diminuindo, assim, o tempo de internação dos bebês; a amamentação exclusiva como forma de proteção nos primeiros meses de vida; a posição canguru para prover calor, o que aumenta o vínculo entre mãe e o recém-nascido e diminui refluxos, apnéias e abandono; a educação/informação das mães e familiares no que diz respeito aos cuidados com o bebê no domicílio e o acompanhamento ambulatorial, para monitorar o crescimento e desenvolvimento do bebê.

Este Programa, inicialmente, não foi submetido a nenhum estudo com metodologia de avaliação, e por isso, sofreu várias críticas. O Programa Mãe Canguru também foi questionado por aqueles cuja bandeira inicial era contrapor como novo método, o tecnicismo desenvolvido no cuidado dos recém nascidos prematuros, substituindo a máquina e o especialista pelo humano e familiar. E já entre os críticos o argumento mais utilizado era que se baseava em uma técnica própria de terceiro mundo.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) foi o grande avalista internacional do Programa Mãe Canguru, apoiando moral e financeiramente sua implantação em todo o mundo. Atualmente, este método vem sendo adaptado às necessidades médicas, sociais e culturais de cada país. As formas de se aplicar este método classificam-se em três grandes modalidades (CARVALHO, 2001):

- O método como alternativa parcial ou complementar à incubadora;
- O método como substituto total das incubadoras;
- O método como estreitamento do vínculo afetivo entre mãe e bebê.

Não existe, portanto, uma metodologia única e consensual. As formas de operacionalização são diversas e variam conforme as condições sociais, culturais e o desenvolvimento dos serviços de saúde dos países onde são implementadas.

Há na literatura uma variedade de conceitos sobre o MMC e todos eles colocam em evidência a participação dos pais na assistência aos seus filhos e o contato pele a pele precoce. Dentre os diversos conceitos destacamos Carvalho (2001, p. 13) que define o Programa Mãe Canguru como “*contato pele a pele entre a mãe e seu recém nascido de baixo peso, contato este prolongado e contínuo, que se inicia no hospital e pode ser mantido em casa, depois de uma alta antecipada, até que o bebê tenha cerca de quarenta semanas gestacionais*”. Podemos observar que neste conceito está evidente a preocupação apenas com a posição canguru, ou seja, o contato pele a pele.

Para LAMY; LAMY, (2004), o MMC é muito mais que a posição canguru, envolvendo a atenção humanizada e o contato com pais e familiares. Estes autores dizem que a atenção humanizada é o conjunto da assistência oferecida ao bebê, pais e familiares a partir do nascimento, envolvendo o primeiro encontro entre estes, a comunicação entre a família e a equipe profissional, o contato pele a pele precoce e crescente, considerando que este período deve ser prazeroso para ambos e capaz de possibilitar a intimidade entre mãe e bebê ou pai e bebê.

Charpak *et al.* (1997) discutem que o Cuidado Mãe Canguru é uma método de humanização da atenção neonatal e uma alternativa à assistência neonatal tradicional, que exclui, quase que

sistematicamente, os pais e familiares da assistência ao recém-nascido.

Para a elaboração das políticas de disseminação mundial do Método foram realizados dois encontros internacionais. O primeiro aconteceu em 1996, em Trieste, na Itália, onde participaram 36 pessoas de quinze países. Nesta reunião, foram avaliados diversos estudos tanto observacionais quanto experimentais, chegando à conclusão que o MMC estava bem aceito pelas mães e profissionais da saúde e que este havia reduzido o custo da internação hospitalar dos bebês com baixo peso ao nascer. Houve certa uniformidade dos resultados apresentados pelos diversos trabalhos, independente das diferenças sociais dos países ao qual eles foram desenvolvidos, os desenhos metodológicos e o tamanho da amostra. Os resultados mostraram, também, que o MMC pode diminuir a morbi-mortalidade e melhorar o bem-estar dos recém-nascidos com baixo peso ao nascer, prevenindo a hipotermia e infecções, favorecendo o aleitamento materno e aumento considerável da capacidade e confiança das mães em cuidar de seus bebês após a alta hospitalar. Neste evento, as discussões foram divididas em cinco pontos chave: Políticas, Nutrição, Implantação, Comunicação e Investigação. Dentro do tópico de Implantação, as discussões apontaram que um dos problemas era a resistência dos profissionais e que isto se dava pela falta de conhecimento sobre o MMC, podendo ser resolvido através da comunicação, sensibilização e capacitação (BNDES, [1999?]).

No ano de 1998, realizou-se em Bogotá, na Colômbia, o segundo Encontro Internacional sobre o MMC, onde estavam presentes 120 participantes de 30 países. O objetivo deste encontro era analisar as dificuldades e soluções da implantação do MMC, segundo o nível de desenvolvimento dos países, estabelecendo que todos eles o incorporassem em seus Programas de Atenção a Saúde da Criança e que os organismos internacionais participassem da disseminação do Método, através de seus representantes nos diferentes países. Foi

declarado que o MMC é um elemento básico para a assistência integral do recém-nascido de baixo peso ao nascer, em todos os níveis de atenção, devendo ser implantado em todos os países (CHARPAK, 2000).

### **2.3 - O Método Mãe Canguru no Brasil**

As taxas de baixo peso ao nascer, nos países desenvolvidos, estão entre 5% e 6% enquanto no Brasil, segundo o SINASC, essa taxa chega a cerca de 9,2%, podendo ultrapassar 10% nas zonas rurais. Estudos realizados em Pelotas/RS evidenciaram que um bebê que nasce com menos de 2.500 gramas tem dezoito vezes mais risco de morrer no primeiro ano de vida, quando comparado a recém-nascidos que apresentam peso superior. Uma avaliação das causas de internação e óbitos em menores de um ano no Sistema Único de Saúde (SUS) em 1996 mostrou que 69% dos óbitos neonatais, tinham como fatores associados, a prematuridade e o baixo peso ao nascer (CARVALHO, 2001).

Considerando que o MMC pode ser essencial na assistência ao recém-nascido baixo peso, este método passou a ser adotado no Brasil, implantado primeiramente na cidade de Santos e no Recife, respectivamente. A partir de então, diversos hospitais passaram a realizar a postura de colocação dos bebês sobre o peito da mãe e, em algumas situações, nem sempre com metodologia e critérios adequados (CARVALHO, 2001).

No Brasil, o processo de implantação e divulgação do MMC foi abordado em dois encontros importantes, sendo o primeiro o Encontro Nacional de Assistência Mãe Canguru, realizado em janeiro de 1999, na cidade do Recife. Em março deste mesmo ano, o BNDES (Banco

Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social) promoveu, na cidade do Rio de Janeiro, a Conferência Nacional sobre o Método Mãe Canguru de Assistência ao Prematuro, onde este método foi amplamente divulgado. Desencadeou-se um movimento que culminou na elaboração da Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru pelo Ministério da Saúde (ANEXO A), por meio da Portaria nº 693 de 05/07/2000, que objetiva a padronização deste tipo de atendimento. O objetivo maior dessa ação foi estabelecer uma mudança no paradigma da atenção ao recém-nascido, e uma assistência humanizada que promova uma atenção melhor à mãe, ao recém-nascido e à família.

Com a normatização, as Unidades de Saúde tinham, em mãos, as informações sobre a aplicação do MMC, a população atendida, os recursos necessários para a adoção do Método, as normas gerais e as vantagens na promoção da saúde do bebê. O objetivo dessa norma era implantar o MMC nas 255 Unidades Hospitalares de Atenção à Gestante de Alto Risco, pertencentes ao Sistema Único de Saúde e apoiar outras equipes multi-profissionais, na implantação do Método em outras Unidades do país.

No ano de 2000, o MS, o BNDES e a Fundação Orsa, realizaram uma parceria, visando à disseminação do método e o treinamento de maternidades, para a sua implantação. Segundo a Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS, até o ano de 2004, foram capacitados profissionais de 311 maternidades.

## **2.4 – Apresentação da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru**

A Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru – define-o como um tipo de assistência neonatal que implica no contato pele a pele precoce entre mãe e recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem a ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao recém-nascido. A norma apresenta, ainda, como vantagens do método, o aumento do vínculo mãe-filho, menor tempo de separação entre eles evitando longos períodos sem estimulação sensorial; estímulo ao aleitamento materno, melhor controle térmico, menor permanência hospitalar, melhor relacionamento da família com a equipe de saúde, diminuição da infecção hospitalar dentre outras (BRASIL, 2000).

Em relação à aplicação do Método, Brasil (2000) define-se que este deverá ser desenvolvido em três etapas, sendo a primeira o período após o nascimento de uma criança baixo peso, impossibilitada de ir para o alojamento conjunto e necessitando ficar internada numa Unidade de Cuidados Intensivos. Mãe e família devem ser orientadas quanto às condições da criança, ressaltando a importância do MMC. Os pais e familiares deverão ser estimulados quanto ao livre e precoce acesso à Unidade Neonatal e ao contato tátil. Deverão ser ainda valorizadas as medidas para o sucesso na amamentação, incluindo a co-participação das mães no estímulo à sucção e na administração do leite ordenhado. E nas situações em que as condições clínicas do bebê permitirem, iniciar o contato pele a pele, progressivo. Os cinco primeiros dias após o parto são imprescindíveis para o ensinamento das mães e, principalmente, para sensibilização

da mesma quanto ao Método.

A segunda etapa se inicia quando o bebê está estabilizado e poderá ficar acompanhado de sua mãe e, realmente, assumir a posição canguru, na enfermaria canguru, por maior tempo possível, funcionando como um período de adaptação da mãe e do filho para a alta. Para a permanência nesta etapa é fundamental que a mãe e a família tenham certeza da participação deles na assistência ao bebê e, principalmente, disponibilidade para isso. Outro aspecto a ser observado é a capacidade da mãe em reconhecer as situações de risco do bebê e o seu conhecimento e habilidade para a colocação da criança em posição canguru. Quanto ao bebê é necessário que ele tenha estabilidade clínica, nutrição enteral plena, peso mínimo de 1.250 gramas e ganho de peso maior que 15 gramas diários. Quando a mãe estiver segura e bem orientada e, juntamente com os familiares, conscientes do cuidado no domicílio, com o compromisso de realizar o Método 24 horas/dia, garantia de retorno freqüente à Unidade e o bebê com peso mínimo de 1.500 gramas, sucção exclusiva ao peito e ganho de peso adequado nos últimos três dias, poderá acontecer a alta hospitalar e se iniciará a terceira etapa do Método.

A terceira etapa consiste no acompanhamento ambulatorial da criança após a alta: na primeira semana, três consultas; na segunda, duas e, da terceira em diante, uma consulta semanal, até o bebê atingir 2.500 gramas. Nesta fase, a Instituição deverá ter agenda aberta que permita o retorno não agendado caso a criança necessite.

Em nosso país, este método funciona como complementar a assistência ao recém-nascido, aliando a tecnologia disponível à humanização e à participação efetiva dos pais e familiares na assistência à criança. Com este método ter-se-á a visão de um novo paradigma que é o da

atenção humanizada à criança, à mãe e à família, respeitando-os nas suas características e individualidades. Portanto, o MMC é utilizado como complementar a assistência neonatal, buscando a humanização nessa assistência e não como uma alternativa a essa.

## **2.5 - Qualidade e Eficácia do Método**

A adoção de novas práticas requer evidências científicas adequadas, referentes à eficácia e segurança dos tratamentos, afim de que o método se difunda. Isto ocorre também na prática da Neonatologia. A avaliação de estudos anteriores e a verificação do rigor no método adotado nestes são essenciais para a decisão quanto aos benefícios de uma nova técnica. Existe um consenso na área clínica de que os estudos padrão ouro seriam os estudos clínicos randomizados e controlados, bem como as meta-análises.

Em função dos inúmeros estudos produzidos no mundo inteiro, adota-se, freqüentemente, as revisões sistemáticas sobre determinado tema como facilitadoras para se tomar contato sobre o que se tem estudado, no mundo, sobre o assunto em questão. As revisões também acabam por estabelecer algum tipo de recomendação sobre o tema estudado.

Conde-Agudelo; Diaz-Rossello; Belizan (2004) em recente revisão sistemática no Cochrane Database sobre o método canguru, identificaram quatorze estudos controlados randomizados, comparando cuidado Canguru e tratamento tradicional para recém-nascidos de baixo peso. Estes estudos foram realizados em países em desenvolvimento, sendo classificados como de baixa ou moderada qualidade, em função de problemas metodológicos. As conclusões dos revisores são de que, embora o Método Canguru aparente reduzir a morbidade grave das

crianças, sem o relato de nenhum efeito colateral sério, ainda existem poucas evidências para se recomendar seu uso rotineiro em recém-nascidos de baixo peso, sendo necessário que se desenhe adequadamente, novos estudos controlados e randomizados.

Dentre os trabalhos analisados pela revisão de Conde-Agudelo; Diaz-Rossello; Belizan (2004) citamos Charpak (2001), que trata de um estudo randomizado onde foram acompanhadas 746 crianças baixo peso, assistidas pelo MMC e cuidados tradicionais (incubadoras). As crianças com peso inferior a 1.500 gramas, assistidas pelo método, tiveram menor tempo de internação. O número de infecções entre os dois grupos foi similar, porém nas crianças assistidas pelo método observou-se menor severidade. Houve também um melhor crescimento do perímetro cefálico e maior prevalência de aleitamento materno neste grupo. A autora recomenda a técnica como método na humanização das práticas de neonatologia e promoção ao aleitamento materno, diminuindo a permanência no hospital e não comprometendo o crescimento e o desenvolvimento dos recém-nascidos. Conde-Agudelo; Diaz-Rossello; Belizan (2004) apontaram, neste estudo, alguns problemas metodológicos na seleção dos grupos, no sentido de acumular evidências definitivas que recomendassem o método Canguru ao tratamento tradicional.

Habicht; Vaughan; Victora (1999) discutem os níveis de evidências necessários para se tomar decisão em Saúde Pública. Esses autores discutem que os Ensaios Clínicos Randomizados (ECR) e as meta-análises são os estudos de escolha na clínica, mas nem sempre os ECR são factíveis em função de questões éticas e obstáculos legais.

Segundo Santos e Victora (2004), o emprego de meta-análise é muito apropriado para

resumir resultados de estudos clínicos, entretanto pode ser pouco recomendável para a avaliação de programas complexos. Neste caso poderíamos incluir o caso do MMC, pois o efeito de fatores contextuais locais é tão importante, que a premissa de homogeneidade de resultados entre diferentes estudos deixa de ser válida. Ainda segundo estes autores, o efeito de um programa somente poderá ser verificado na presença de uma série de outros eventos decorrentes da intervenção, mas modificáveis por fenômenos externos. Estes autores entendem que os estudos randomizados não devam ser considerados como suficientes ou exclusivos para se estabelecer o impacto de programas de saúde, trazendo uma nova perspectiva à pesquisa na área de serviços, na qual nem sempre é possível conduzir estudos deste tipo.

Esta discussão é complexa e autores como Lamy e Lamy (2004), discutem que a randomização na escolha dos grupos ou o desenho que caracterizaria um ECR seria eticamente não recomendável, já que se têm evidências do benefício do MMC, seja na redução do tempo de internação, na melhoria do tempo de aleitamento e da relação mãe bebê. Portanto, seria pouco ético “sortear” determinada mãe para o grupo controle ou grupo estudo negando-lhe a possibilidade de ficar internada junto ao seu bebê.

Existem diversos desenhos metodológicos que agregam evidências e podem ser úteis na tomada de decisão. A pergunta correta a se fazer deveria ser, então, de que nível de evidência necessita-se para a tomada de decisão? Qual o tipo de inferência científica necessária? Dependendo da resposta, podemos ter diferentes desenhos metodológicos, que poderão responder a diferentes perguntas sobre adequação, plausibilidade ou a probabilidade. Ou seja, na Saúde Pública a incorporação de determinadas técnicas não se prende ao rigor

metodológico dos ECR. Existem outras respostas possíveis de serem dadas com outros desenhos metodológicos também adequados (HABICHT; VAUGHAN; VICTORA, 1999).

Neste sentido, avaliamos importante incorporar outros desenhos que têm sido desenvolvidos sobre o Método Canguru, não nos limitando apenas aos estudos randomizados. Neste caso, os estudos qualitativos embora não gerem evidências generalizáveis, provém maior compreensão sobre o método, por isso, também foram incorporados nesta revisão.

Feraudy (2001), em um estudo no qual acompanhou oitenta crianças com peso, ao nascer, menor que 2.000 gramas e que foram submetidas ao MMC numa Maternidade na Bolívia, concluiu que este método aumentou, significativamente, a sobrevivência dos recém-nascidos de baixo peso, diminuiu a média de dias de internação e reduziu os índices de morbimortalidade. Neste estudo, os bebês acompanhados pelo MMC, tiveram uma média de doze dias de internação, enquanto os bebês acompanhados pelos cuidados tradicionais, trinta dias. Observou-se uma significativa redução dos índices de mortalidade, morbidade e custos hospitalares das crianças acompanhadas pelo MMC. O autor considera este sucesso graças a três fatores: alimentação natural (leite materno), alta precoce e afeto materno. Destaca-se a importância do leite materno como fator imunológico. A diminuição dos custos se deu pela diminuição da morbidade que, conseqüentemente, reduz os gastos com exames, medicamentos, estadia, dentre outros custos. Outro ponto positivo destacado foi o desenvolvimento psicológico dos bebês, determinado, fundamentalmente, pela presença de estímulos maternos.

Feldman *et al.* (2002) demonstraram que o MMC teve um impacto significativamente

positivo para as crianças quanto à percepção cognitiva e o desenvolvimento motor e, quanto aos pais, uma melhora no humor, percepção e comportamento em relação ao filho.

Uma das vantagens do MMC é a maior segurança da mãe e familiares quanto ao cuidado domiciliar, sendo a alta hospitalar o momento mais temido pelos pais de crianças prematuras e baixo peso. Mesmo que estes tenham tido a oportunidade de cuidar do filho no ambiente hospitalar, existe receio que algo aconteça no lar. O sentimento de medo, verbalizado pelas mães, decorre também da execução de cuidados básicos, como pegar o bebê no colo, dar banho e trocar o vestuário. Isto, talvez, possa ser atribuído ao tamanho do prematuro, quando comparado com uma criança a termo (FURLAN, 2002).

Bell e MacGrath (1996) citam que uma das contribuições do MMC é o aumento da confiança dos pais no cuidado com os bebês. Furlan (2002) cita que as mães de prematuros relatam dois aspectos benéficos de sua participação na atenção a seus filhos no serviço de neonatologia: os cuidados relativos ao bebê e o envolvimento pessoal neste cuidado que possibilitam a autoconfiança no período pós alta.

Analisando discursos de mães submetidas ao cuidado canguru, Duarte (2001) revela a importância deste como um caminho que a mulher/Mãe Canguru encontra para aprender a cuidar do filho prematuro e sentir-se segura para desenvolver este cuidar. A fase hospitalar permite obter uma melhor compreensão das reais condições para o cuidado com a criança, pois entram em jogo outros fatores como as tarefas domésticas, a presença de outros filhos, dentre outros. O sucesso deste método depende não só da vontade da mãe, mas também de um ambiente familiar adequado (TOMA, 2003).

Os estudos mostram, então, a importância deste Método na humanização da assistência, no aumento da capacidade materna para cuidar do bebê, na redução do tempo de internação, aumento do tempo de amamentação, dentre outros.

## **2.6 - A avaliação de serviços e intervenções**

Na área de avaliação de serviços de saúde há um grande processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica que está propiciando novos instrumentos aos administradores para a tomada de decisão. A avaliação de uma intervenção deve permitir não somente o julgamento de sua eficácia, mas também dos fatores explicativos dos resultados obtidos, tendo em vista modificações posteriores (HARTZ, 1997; NOVAES, 2000).

Segundo Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 40), "*a avaliação é uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao processo de aprendizado. Hoje também é um conceito em moda, com contornos vagos e que agrupa realidades múltiplas e diversas*". Logo após a Segunda Guerra Mundial, apareceu o conceito de avaliação dos programas públicos. No decorrer dos anos setenta a necessidade de avaliar as ações sanitárias se impôs, criando-se, em diversos países, organismos encarregados de avaliar as novas tecnologias. Essa proliferação é, certamente, o sinal de uma necessidade, mas também é sinal de complexidade da área (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Segundo Malta (2001, p. 35),

as dificuldades do processo de avaliação são inúmeras, tanto conceituais quanto operacionais. Avaliar é atribuir valor, entretanto nem sempre estão estabelecidos os critérios sobre os quais se determina este valor e tampouco os objetos que serão valorizados. Destaca-se também que a avaliação não é imparcial, dotada de suposta neutralidade técnica, mas depende da visão de mundo daqueles que a realizam. A maneira como se estrutura o sistema de informação subordina-se a alguma concepção de modelo assistencial. A própria construção da análise destas informações igualmente é dotada de intencionalidade e direcionalidade. Da mesma forma não há um único caminho avaliativo, ou seja, não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais, às vezes são selecionadas algumas dimensões para a análise em detrimento de outras. Os seus resultados são aproximações da realidade e podem ser operacionalizados por vários caminhos.

A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando a estrutura, os processos e os resultados com critérios e normas. Por intervenção entende-se um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. Uma intervenção pode ser uma técnica, um programa, um tratamento, uma organização, uma determinada política. Torna-se necessário compreender que não se pode falar de uma intervenção sem levar em conta os diferentes atores que ela envolve. São eles que dão sua forma particular em dado momento (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

Donabedian (1990), considerado um autor clássico na avaliação, refere-se à estrutura como atributos materiais e organizacionais relativamente estáveis nos locais onde se proporciona a atenção. Os fatores que constituem as condições sob as quais o cuidado é oferecido incluem:

- a) recursos materiais, como instalações e equipamentos;
- b) recursos humanos, como o número, a variedade e qualificação dos profissionais;
- c) características organizacionais, como a organização de toda equipe de saúde, presença de funções de ensino e pesquisa, tipos de

supervisão e de revisão de performance. A apreciação da estrutura busca saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado, para atingir os resultados esperados (MALTA, 2001).

O termo processo refere-se à atenção que os profissionais de saúde e outros provedores dispensam aos pacientes, como diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação, além da habilidade com que efetuam essa atenção. Também se incluem as contribuições que os pacientes e seus familiares trazem para o cuidado. A apreciação do processo trata de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados (DONABEDIAN, 1990; CONTANDRIOPOULOS *et al.*1997).

O termo resultado refere-se ao que se obtém para o paciente e supõe uma alteração no estado de saúde que possa ser atribuída à atenção sob avaliação. Os resultados também incluem outras conseqüências da atenção como, por exemplo, conhecimento sobre a enfermidade e mudanças na conduta. Com isto, interroga-se se os resultados observados correspondem aos esperados, ou seja, aos objetivos propostos pela intervenção (DONABEDIAN, 1990; MALTA, 2001).

A avaliação é um dispositivo de produção de informação e, conseqüentemente, fonte de poder para os atores que a controlam, por isso o avaliador deve fazer o papel de um agente facilitador e de pedagogo, na utilização dos resultados. A informação é uma ferramenta de negociação entre interesses múltiplos e não verdade absoluta (MALTA, 2001).

Torna-se importante avaliar as intervenções, visando verificar seus acertos e limites. O

resultado da avaliação é importante para os dirigentes, no sentido de validar a intervenção, provendo adequação de rumos, ampliação de seu escopo, ou mesmo descontinuidade no caso de resultados desfavoráveis.

**OBJETIVOS**

---

---

### **3. OBJETIVO GERAL**

Avaliar a implantação do Método Mãe Canguru (MMC) na Maternidade Odete Valadares, segundo a Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru.

#### **Objetivos Específicos**

- Caracterizar, no universo investigado, a adequação de recursos hospitalares (físicos, tecnológicos e humanos) às necessidades de atenção ao recém-nascido de risco no Método Mãe Canguru.
- Avaliar o Método Mãe Canguru implantado na Maternidade Odete Valadares, segundo as três etapas propostas pela Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru.
- Descrever, do ponto de vista da equipe de saúde a importância do Método Mãe Canguru implantado na Maternidade.
- Descrever, do ponto de vista das mães, a qualidade do funcionamento do Método Mãe Canguru.
- Descrever os dados de morbi-mortalidade do Hospital Maternidade Odete Valadares (MOV) de crianças atendidas pelo Método Mãe Canguru.

**MÉTODO**



#### 4. MÉTODO

Trata de estudo de avaliação, fundamentado em aspectos clássicos da avaliação normativa: estrutura, processo e resultado. O delineamento é do tipo estudo de caso, sendo este uma investigação profunda de um grupo. O estudo de caso é bem delimitado, destaca-se por sua amplitude e visa à descoberta, priorizando a interpretação em um contexto e através dele, procura representar os diferentes pontos de vista de uma questão. O estudo de caso é simples e específico, complexo e abstrato, sendo sempre bem delimitado e com contornos claros e definidos. Destaca-se por incidir no que há de único e particular, sendo relevante se manter, constantemente, atento aos novos elementos que podem emergir durante o estudo (DONABEDIAN, 1990; LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Este trabalho usa como método a avaliação normativa que busca estudar cada um dos componentes de uma intervenção, comparando-os com critérios e normas. Este tipo de avaliação consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços prestados (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas (DONABEDIAN, 1990). Neste caso utilizamos como referência os critérios e normas estabelecidas pela Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru do Ministério da Saúde, publicada na Portaria nº 693 de 05/057/2000, que objetiva a padronização deste tipo de atendimento.

Na avaliação da estrutura captamos aspectos referentes a instalações e equipamentos; recursos humanos, como o número, a variedade e qualificação dos profissionais, buscando responder se os recursos são suficientes para oferecer o Cuidado Mãe Canguru. Para o

levantamento destas informações foi aplicado um questionário que foi elaborado baseando-se no Questionário de Avaliação Global do Método Mãe Canguru, existente no Guia de Avaliadores Externos da Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru. Esses dados foram comparados com o preconizado pelo MS que estabelece as normas de aplicação do MMC. Foram ainda analisados dados do SINASC.

A avaliação de processos foi dividida em duas dimensões: a) dimensão técnica dos serviços onde buscamos identificar a adequação dos serviços à necessidade dos clientes e o entendimento da proposta pela equipe e b) dimensão organizacional que avaliou a cobertura do MMC na maternidade e o apoio institucional, buscando responder se a organização administrativa favorece a continuidade e a globalidade da proposta (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Para a avaliação do processo realizamos durante dois meses, em um dia por semana, a Observação Semi-Participante, na qual o observador é alguém que faz parte do contexto observado, relacionando-se com os observados no seu cenário cultural e colhendo dados (MINAYO *et al.*, 1999).

Avaliaram-se dados de morbi-mortalidade dos Recém Nascidos de baixo peso atendidos no Método Canguru da Maternidade Odete Valadares (MOV) referentes aos registros locais, no ano de 2004, analisando o ganho de peso, tempo de internação e outras variáveis. Foram ainda avaliadas as entrevistas das mães quanto à satisfação do MMC e seu empoderamento para lidar com o recém nascido.

Quanto aos desenhos de pesquisa em avaliação são preferidos os observacionais aos experimentais tendo em vista, principalmente, questões éticas, bem como a complexidade das intervenções em saúde (ALMEIDA-FILHO, ROUQUAYROL, 1999).

Após a realização da observação que serviu também para aproximação e conhecimento da equipe, entrevistamos profissionais que atuam nas três etapas do método e mães da segunda e terceira etapas. As mães da primeira etapa não foram entrevistadas devido ao fato de elas ainda terem pouco tempo de contato com o MMC. Para a realização dessas entrevistas utilizamos questionários semi-estruturados (APÊNDICE A), sendo um tipo para cada etapa do método, tanto para os profissionais quanto para as mães. Basearam-se os questionários no Guia de Avaliadores Externos da Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru, do MS. Possuem dois tipos questões: objetivas, constituídas de questões fechadas e subjetivas, constituídas de questões abertas (BRASIL, 2000).

Todos estes questionários visam avaliar o conhecimento e aplicação das normas estabelecidas pelo MS, portanto as observações e respostas foram confrontadas com o que consta na norma. As entrevistas foram agendadas previamente e obedeceram aos princípios éticos estabelecidos pelo Conselho de Saúde para pesquisas realizadas em seres humanos, através da Resolução 196/96, dados aos participantes todas as informações sobre o estudo e a preservação do anonimato, para que em seguida, assinassem o termo de consentimento (APÊNDICE B). O projeto foi avaliado e aprovado pelo Conselho de ética em Pesquisa da UFMG (ANEXO B) e pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa da FHEMIG (ANEXO C).

Entrevistaram-se 19 profissionais (TAB. 1), 14 que atuam na primeira etapa do MMC, dentre

estes, quatro médicos, quatro auxiliares de enfermagem, cinco enfermeiros e um fonoaudiólogo. Optamos em entrevistar somente médicos que atendem todos os dias, os quais na MOV são chamados de diaristas. Não entrevistamos nenhum plantonista, pois estes atendem, geralmente, uma vez por semana, tendo, portanto, menor contato com os bebês e suas famílias. O número de entrevistados que atuam na primeira etapa foi definido durante a realização das entrevistas, sendo considerado suficiente, quando as informações colhidas ficaram recorrentes. Dos profissionais que atuam na segunda fase, entrevistamos os três auxiliares de enfermagem que atendem no período diurno e a única médica desta etapa. Na terceira etapa, foi entrevistado o médico que é o único profissional que atua nesta etapa. Os profissionais entrevistados foram identificados durante este trabalho como P1, P2, P3...P19, para manutenção do anonimato. A média de tempo de serviço destes profissionais neste serviço foi de 52,7 meses variando entre 09 e 108 meses.

Em relação às mães, entrevistamos nove que estavam passando pela segunda etapa do método e quatro, na terceira etapa. Para as mães da segunda fase, utilizamos também, os critérios de saturação dos dados para definição da amostra. Para as mães da terceira fase, entrevistamos apenas aquelas que compareceram para o acompanhamento na maternidade durante o mês em que foram realizadas as entrevistas. Também para garantia do anonimato iremos identificá-las como M1, M2, M3...M9 sucessivamente.

**TABELA 1 – Número de entrevistados na Maternidade Odete Valadares - 2004**

| <b>Entrevistas</b>   | <b>Etapa 1</b> | <b>Etapa 2</b> | <b>Etapa 3</b> | <b>Total</b> |
|----------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| <b>Profissionais</b> | 14             | 04             | 01             | 19           |
| <b>Mães</b>          | 0              | 09             | 04             | 13           |

Para análise dessas entrevistas utilizamos a abordagem qualitativa que, segundo Haguette (1985), é um método que fornece explicação profunda dos fenômenos sociais e prioriza as especificidades de um fenômeno em termos da origem racional do ser. Quanto à análise destas entrevistas, utilizamos a análise de conteúdo que, segundo Bardin (1978) citado por Minayo *et al.* (1999), é uma das variáveis técnicas analíticas de comunicação que busca obter indicadores que permitam a interferência de conhecimentos ligados às condições de produção e recepção de mensagens. Utilizamos a análise temática como técnica de análise de conteúdo, buscando identificar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo da análise.

Com base em Bardin (1978), Minayo *et al.* (1999) apresentam três etapas operacionais de análise temática. A primeira, a pré-análise, requer uma leitura flutuante para um contato exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo conteúdo. Nesta etapa, estabelecem-se as hipóteses iniciais. Na segunda etapa, são encontradas as palavras chaves e delimitando-se as unidades de registro, os recortes, a categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que auxiliam a análise. Nesta fase, realiza-se a busca da compreensão do texto, com um recorte do texto em unidades de registro, como estabelecido na pré-análise.

Na última etapa, os dados obtidos são tratados e interpretados. Os resultados brutos são submetidos a operações simples ou complexas que permitem colocar em relevo as informações obtidas. Neste momento propomos inferências e realizamos interpretações previstas no quadro teórico.

As entrevistas foram comparadas a diferentes autores que lidam com a temática e mediante a análise dos discursos estabeleceram-se categorias analíticas para a análise do material empírico.

**RESULTADOS**

---

---

## 5. RESULTADOS

### 5.1 – Caracterização do Local de Estudo

A Maternidade Odete Valadares é uma Unidade da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG). Situa-se na Avenida do Contorno, nº 9494, em Belo Horizonte/MG, sendo uma instituição pública estadual. Esta instituição atende tanto em ambulatório quanto internações nas clínicas obstétricas, ginecológicas e neonatal. Trata-se de um Centro de Referência para o Estado de Minas Gerais no atendimento a gestantes de alto risco. Atualmente, a Maternidade dispõe de 165 leitos, conforme mostra a TAB. 2, e conta, ainda, com um Banco de Leite Humano.

**TABELA 2** – Distribuição dos Leitos Hospitalares da Maternidade Odete Valadares – 2004

| <b>Especificação</b>             | <b>Número de Leitos</b> |
|----------------------------------|-------------------------|
| Unidade Ginecológica e Cirúrgica | 38                      |
| Alto Risco Obstétrico            | 16                      |
| Alojamento Conjunto              | 29                      |
| Alojamento Canguru               | 04                      |
| UTI Neonatal                     | 20                      |
| Unidade Intermediária I          | 14                      |
| Unidade Intermediária II         | 24                      |
| Pré-parto                        | 07                      |
| Sala de Admissão                 | 10                      |
| Urgência e Emergência            | 03                      |
| <b>Total</b>                     | <b>165</b>              |

FONTE: Boletim Estatístico/MOV – 2005

A MOV teve sua construção iniciada em 1944 pela Legião Brasileira de Assistência (LBA),

em terreno cedido pelo Governo do Estado. Sua inauguração foi em 24 de março de 1955 e suas atividades tiveram início em dois prédios, contendo dez leitos e uma creche com setenta e quatro leitos. Esta creche logo foi convertida em Hospital da Criança.

De 1956 a 1971, a Maternidade foi mantida pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. A partir de 1971 até 1976 ela foi mantida pela Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência (FEAMUR) e em 1977 a LBA reassume a direção da Maternidade. A partir de 1980, a MOV começa a configurar-se como uma Maternidade de risco com a instalação do plantão obstétrico especializado em partos complicados, e a neonatologia especificando-se no atendimento de recém nascido de risco. Nela foi instalado o primeiro alojamento conjunto de Belo Horizonte e, em 1986, inaugurou-se o Banco de Leite Humano/Centro de Informações em Aleitamento Materno. Neste mesmo período criou-se o ambulatório para acompanhar crianças de alto risco nascidas na MOV até um ano de idade.

Em 1990, a MOV vinculou-se à Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), passando a integrar-se ao Sistema Único de Saúde e, em 1991, passou a integrar a rede FHEMIG. Em 1998, recebeu do MS o título de Maternidade Segura, e em 1999, de Hospital Amigo da Criança.

A implantação do MMC se deu a partir de maio de 2002, e em junho deste mesmo ano, uma equipe de cinco profissionais (três enfermeiras e duas neonatologistas) foram capacitados segundo a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru pelo MS.

## **5.2 Locais de realização do MMC**

Em relação ao MMC, a Maternidade Odete Valadares implantou as três etapas. A primeira é realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e nos dois berçários de alto risco. As equipes que atuam nestes três setores são equipes distintas. A segunda etapa acontece no Alojamento Canguru, que está localizado no segundo andar, sendo uma enfermaria do Alojamento Conjunto e situa-se no mesmo andar da UTIN e dos berçários. Os profissionais que atendem ao Alojamento Canguru são os mesmo do Alojamento Conjunto. A terceira etapa é realizada por um só profissional (neonatologista) que atende em um consultório localizado dentro do Banco de Leite Humano, no primeiro andar da maternidade.

## **5.3 – Avaliação da Estrutura**

Donabedian (1990) refere-se à estrutura como atributos materiais e organizacionais relativamente estáveis nos locais onde se proporciona a atenção. Segundo Malta (2001) a apreciação da estrutura busca saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. A análise seguinte refere-se à comparação da estrutura existente na MOV, com aquela preconizada pela RDC nº 50 (BRASIL, 2002).

### *5.3.1 – Primeira Etapa do Método Mãe Canguru*

A primeira etapa é o período após o nascimento de um recém-nascido de baixo peso que não pode ir para o alojamento conjunto com a mãe, necessitando ficar internado na Unidade de

Cuidados Intensivos ou Intermediários (BRASIL, 2000).

Na MOV a primeira etapa do MMC se desenvolve em três locais distintos (UTIN, Unidade Intensiva I e II). A UTIN possui vinte leitos e é dividida, fisicamente, em três estruturas internas, sendo a primeira área composta de quatorze leitos que recebe somente bebês nascidos na própria instituição. A segunda estrutura é composta de quatro leitos onde são atendidos bebês oriundos de outras instituições e bebês nascidos na MOV, mas que necessitam ser submetidos à cirurgia em outros hospitais, uma vez em que nesta instituição não é feito nenhum procedimento cirúrgico em crianças. A terceira estrutura é composta de dois leitos e atendem-se bebês que necessitam ficar isolados (TAB. 02).

Os outros dois serviços, as Unidades Intermediárias I e II, são dois berçários de cuidados intermediários, que chamaremos neste trabalho de berçário I e berçário II, respectivamente. O berçário I é constituído de quatorze leitos, conforme informação do Boletim Estatístico de 2005, porém ele atende a quinze leitos. Esta Unidade recebe bebês com até sete dias de vida. Ela possui quinze incubadoras e uma sala de amamentação. Já o Berçário II é constituído de vinte e quatro leitos e recebe crianças com mais de sete dias de vida. Este possui uma sala de amamentação, uma para prescrição médica e uma com armários para os funcionários (TAB. 02).

Segundo o MS os setores de terapia intensiva e cuidados intermediários, onde se realiza a primeira etapa da MOV deverão obedecer às normas já padronizadas para essas áreas e permitir o acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento tátil (BRASIL, 2000). Atualmente, existem duas portarias que regulamentam as estruturas físicas de Unidades

Neonatais. A Portaria GM/MS nº 1091, de 25 de agosto de 1999 que cria as Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento ao recém-nascido de médio risco, e a Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde.

Comparando a estrutura da UTIN com o preconizado pela RDC, nº 50, podemos verificar que ela atende em parte as especificações desta (QUADRO 1). Quanto ao posto de Enfermagem esta RDC normatiza que deve haver um para cada berçário de cuidados intensivos. Consideramos a existência de três berçários distintos e em cada um deles a uma área destinada ao Posto de Enfermagem. Esta RDC preconiza também que haja uma área para cuidados de higienização para cada 15 leitos, e a UTIN da MOV também atende a essa necessidade (BRASIL, 2002).

Quanto ao número de leitos é preconizado um para cada oitenta nascimentos abaixo de 2.500 gramas. Segundo o Boletim Estatístico da MOV, no ano de 2004, nasceram, 659 crianças com peso inferior a 2.500 gramas, o que demandaria aproximadamente oito leitos. Porém, a UTIN possui vinte leitos. No entanto este cálculo não é compatível com a MOV por se tratar de uma Maternidade que é referência estadual para gestações de alto risco o que leva a uma maior possibilidade de nascimento de bebês com baixo peso, o que, não prática, tem ocorrido constantemente. Além disso, há a prática comum de transferência de recém nascidos de risco, nascidos em outras maternidades para a MOV. Assim, vinte leitos são insuficientes para toda a demanda. Quanto ao tamanho da UTIN a RDC preconiza que ela tenha 6,5 (seis e meio) metros quadrados por leito. Os leitos devem estar distantes a dois metros uns dos outros, o

que não é atendido na MOV.

**QUADRO 1** – Comparação dos critérios exigidos pela legislação vigente (RDC n° 50), com os achados da UTI/Neonatal da Maternidade Odete Valadares – 2005

| <b>Ambiente<br/>(RDC n° 50)</b>    | <b>Quantificação Mínima<br/>(RDC n° 50)</b>                                                      | <b>UTIN da MOV</b>                                                                                               |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Posto de Enfermagem                | Um para cada berçário de cuidados Intensivos                                                     | Possui um em cada setor                                                                                          |
| Área para cuidados de higienização | Uma para cada quinze berços                                                                      | Atende                                                                                                           |
| Área para prescrição médica        | De dois metros quadrados                                                                         | Possui                                                                                                           |
| Berçário de Cuidados Intensivos    | Um berço para cada 80 recém-nascidos com peso inferior a 2.500 gramas, o que demandaria 8 leitos | Existem 20 leitos                                                                                                |
|                                    | 6,5 metros quadrados para cada berço e distância de 2 metros entre os berços                     | Existe mais de 6,5 metros quadrados por leito porém entre os leitos não há uma distância maior do que 1,5 metros |

O ANEXO A da Portaria n° 1091 GM/MS e a RDC n° 50 estabelecem os recursos físicos necessários para o funcionamento das Unidades de Cuidados Intermediários. O QUADRO 2 mostra os critérios exigidos por tal legislação comparados aos achados na MOV.

**QUADRO 2** – Critérios exigidos pela legislação vigente (RDC nº 50º), comparados com os achados do Berçário I e II (Unidade de Cuidados Intermediários) da Maternidade Odete Valadares

| <b>Ambiente<br/>(RDC nº 50)</b>    | <b>Quantificação Mínima<br/>(RDC nº 50)</b>                                      | <b>Berçário I e II</b>                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Posto de Enfermagem                | Um para cada 15 berços de Cuidados Intermediários                                | Ambos não possuem                                                                                                                                                                                                  |
| Área para cuidados de higienização | Uma para cada quinze berços                                                      | Ambos possuem                                                                                                                                                                                                      |
| Área para prescrição médica        | Dois metros quadrados                                                            | Apenas o berçário II possui                                                                                                                                                                                        |
| Berçário de Cuidados Intensivos    | Quatro berços para cada oitenta recém-nascidos com peso inferior a 2.500 gramas. | Segundo o Boletim Estatístico da MOV, nasceram 659 crianças com peso inferior a 2.500 gramas em 2004, o que gera a necessidade de aproximadamente 33 leitos. A MOV possui 39 leitos, somando-se os dois berçários. |
|                                    | 4,5 metros quadrados para cada berço e distância de um metro entre os berços     | Ambos possuem mais de 4,5 metros quadrados por leito, mas no berçário I não é atendido a distancia mínima de um metro entre os leitos.                                                                             |

Comparando os achados com o preconizado por estas duas resoluções, também percebemos que parte delas não são cumpridas como a necessidade de um posto de Enfermagem para cada quinze leitos. Em nenhum dos dois berçários há posto de enfermagem, a medicação é preparada em bancadas. É preconizado também uma área para prescrições médicas e o berçário I não a possui, sendo estas realizadas em balcões na entrada do berçário. É necessário, também uma área para cuidados de higienização para cada quinze leitos, o que não existe no berçário II.

A Portaria nº 1091/GM define, ainda, a necessidade de uma área para acolhimento, amamentação e/ou extração de leite e em ambos os berçários há uma sala destinada à amamentação. Porém, percebemos que elas não são utilizadas para esta finalidade e todas as mães são atendidas, quando necessário, no Banco de Leite Humano que fica em outro andar da maternidade. Este serviço, que funciona como apoio a todas unidades da neonatologia, há algum tempo não vem exercendo uma de suas principais atividades que a pasteurização do leite humano, fazendo que ocorra um grande uso de fórmulas para alimentação dos bebês.

O MS preconiza ainda que, dentro das Unidades, seja possível a colocação de assentos removíveis para, inicialmente, facilitar a colocação em posição canguru (BRASIL, 2000). Na pesquisa, identificamos o não cumprimento deste item dentro das Unidades devido ao tamanho das mesmas e da pouca distância entre um leito e outro e destes com a parede. Este é um obstáculo para que as mães possam realizar o cuidado canguru dentro destes setores uma vez que não é possível colocar assento para todas. Quanto à estrutura física, conclui-se que este é o ponto de maior estrangulamento, pois interfere diretamente na assistência canguru.

Conforme informações da gerente de neonatologia sobre a equipe médica e da gerente de enfermagem sobre a equipe de enfermagem, também da neonatologia, podemos dizer que a MOV atende às necessidades da Portaria nº 1091, com exceção do número de médicos plantonistas que deveria ser de três por turno e os dois berçários contam com apenas um (QUADRO 3).

**QUADRO 3** – Comparação da equipe necessária para o atendimento nos Berçários de Cuidados Intermediários segundo a Portaria n° 1091, com a equipe que atua nos berçários da Maternidade Odete Valadares – 2004

| <b>Crítérios exigidos pela Portaria n° 1091</b>                                                                             | <b>Berçário I e II</b>                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Um responsável técnico com título de especialista em neonatologia ou título de especialista em pediatria.                   | Ambos possuem                                                                                                                 |
| Um médico diarista com título de especialista em neonatologia ou residência médica em pediatria, para cada 15 quinze leitos | No berçário I temos três médicos diaristas e no berçário II quatro.                                                           |
| Um médico plantonista com especialidade em pediatria exclusivo para cada 15 quinze leitos por turno de trabalho             | Possuem apenas um plantonista que fica responsável pelos dois berçários que no total somam 39 leitos                          |
| Um enfermeiro coordenador                                                                                                   | Ambos possuem                                                                                                                 |
| Um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada quinze leitos.                                                               | No berçário I temos 15 leitos e um enfermeiro. No berçário II temos 24 leitos e dois enfermeiros                              |
| Um técnico/auxiliar de enfermagem para cada cinco leitos, por turno de trabalho.                                            | No berçário I, temos em média 5 técnicos/auxiliares por turno. Já no berçário II tem 6 técnicos/auxiliares em media por turno |
| Um funcionário exclusivo responsável pela limpeza do serviço                                                                | Ambos possuem                                                                                                                 |

Ainda em relação à estrutura necessária para a aplicação da primeira etapa do MMC, a norma do MS diz que as Unidades de Cuidados Intermediários e a UTIN devem permitir o livre acesso dos pais com a possibilidade de contato tátil (BRASIL, 2000). Na MOV o acesso dos pais a essas Unidades é permitido somente no horário estabelecido, que é das dez às dezoito horas, não atendendo assim o recomendado. Isso também se torna um obstáculo para a permanência dos pais e, principalmente, para a prestação do cuidado canguru.

Segundo a norma do MMC, na primeira etapa deve ser garantida a vinda diária das mães, para manutenção do contato com seu filho, e recebimento de orientações, principalmente em relação à ordenha do leite. Para tal, a Instituição deveria fornecer auxílio transporte e refeições durante a permanência diurna na Unidade e proporcionar também um espaço adequado para a permanência, que permita descanso. Este espaço pode ser utilizado também para reuniões com as mães e festas de conagração entre elas. Dentre estes elementos, a MOV fornece apenas as refeições durante a permanência da mãe na Maternidade. No momento não é fornecido nenhum auxílio transporte para elas. Aquelas que são de outras cidades, normalmente, são trazidas pelos veículos dos municípios. Já as mães de Belo Horizonte e região, custeiam as despesas com o transporte, o que leva a um grande absenteísmo das mães, pois a maioria delas são de classes sociais desfavorecidas e não têm condições de assumir essas despesas diariamente. Prejudica-se assim, o desenvolvimento do Método, uma vez que as mães não estão presentes todos os dias. O contato e vínculo com o bebê, o recebimento de informações e orientações e a ordenha do leite materno para alimentação do seu bebê também ficam comprometidos (BRASIL, 2000).

Este é um ponto de grande discussão, pois mesmo que a norma do MS exija o cumprimento dessas ações, ela não define quem vai custear essas despesas, pois não há nenhum recurso extra para as Instituições que prestam este tipo de assistência (BRASIL, 2000).

A ausência de um espaço para o descanso das mães também é um grave fator, pois elas, geralmente, permanecem durante todo o dia na Maternidade, acompanhando seus filhos e não têm nenhum lugar em que possam descansar. Comparando-se estas observações com os conteúdos das entrevistas, podemos inferir que a falta de espaço físico não representa uma

dificuldade na visão dos profissionais, pois apenas um relatou a inadequação da estrutura física para a prestação do cuidado canguru.

Em relação aos recursos humanos, o MS recomenda que, quando possível, a equipe deverá ter, além de médicos neonatologistas, obstetras, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, psicólogo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos e nutricionistas (BRASIL, 2000). A equipe da primeira fase é composta pelos profissionais descritos na TAB. 3, onde também descrevemos a quantidade destes profissionais que foram treinados no Método Mãe Canguru.

**TABELA 3** – Número de profissionais atuantes na Primeira Etapa do Método Mãe Canguru na Maternidade Odete Valadares – 2004

| Profissionais         | Quantidade | Capacitados |
|-----------------------|------------|-------------|
| Neonatologista        | 71         | 2           |
| Obstetra              | 71         | 0           |
| Enfermeiros           | 16         | 3           |
| Aux/Tec. Enfermagem   | 155        | 0           |
| Psicólogos            | 01         | 0           |
| Fonoaudiólogo         | 03         | 0           |
| Fisioterapeuta        | 08         | 0           |
| Terapeuta Ocupacional | 03         | 0           |
| Assistente Social     | 07         | 0           |
| Nutricionista         | 02         | 0           |
| Médicos Residentes    | 33         | 0           |

Dentre todos estes profissionais, cinco foram treinados no MMC pelo MS em junho de 2002 (três enfermeiras e duas neonatologistas). Dos quinze profissionais entrevistados, que atuam na primeira etapa, doze relataram nunca ter recebido nenhum tipo de treinamento sobre o

método. Segundo o MS, toda equipe de saúde responsável pelo atendimento da mãe e do filho deve conhecer toda a extensão e a importância do método e estar adequadamente treinado para que ele possa ser exercido de maneira plena. Em relação a recursos materiais, não é feita nenhuma exigência pela norma do MMC para a realização da primeira etapa (BRASIL, 2000).

### *5.3.2 – Segunda etapa do Método Mãe Canguru*

A segunda etapa do MMC é definida, conforme o MS, como o período em que o recém-nascido se encontra estabilizado e poderá ficar com acompanhamento contínuo de sua mãe. É neste período que a mãe e a criança poderão permanecer em alojamento conjunto realizando a posição canguru o maior tempo possível, funcionando com um período de adaptação para a alta (BRASIL, 2000).

A norma do MMC estabelece que os quartos ou enfermarias para a segunda etapa devem seguir a regulamentação para alojamento conjunto e ter, aproximadamente, cinco metros quadrados para cada conjunto de leito materno/berço, sendo seis o número máximo de leitos. Recomenda também que estes quartos sejam localizados próximos ao Posto de Enfermagem, permitindo acesso fácil ao setor de cuidados especiais. Cada enfermeira deve possuir um banheiro com vaso sanitário, chuveiro e lavatório (BRASIL, 2000). Na MOV, a Enfermaria Canguru, local onde é desenvolvida a segunda etapa do MMC, é composta de quatro leitos, e cada leito composto por uma cama e um berço. Possui também um banheiro e uma sala de televisão. Ela mede aproximadamente quarenta metros quadrados, e localiza-se no mesmo corredor que a UTI e as Unidades de Cuidados Intermediários e ao lado do Posto de

Enfermagem do Alojamento conjunto.

Esta Enfermaria está dentro do Alojamento Conjunto da Maternidade, portanto a equipe responsável pela assistência no local é a mesma do referido setor, sendo uma técnica/auxiliar de Enfermagem por período. A norma do MMC estabelece que nesta etapa tenha um técnico/auxiliar para cada seis leitos. Fazem parte também da equipe uma médica que atende exclusivamente aos bebês desta enfermaria, a psicóloga e a fonoaudióloga que dão suporte ao setor, quando solicitadas (BRASIL, 2000).

Esta Enfermaria contém todos os recursos materiais necessários, segundo a norma do MMC, para o desenvolvimento do método que é cama para as mães, berço que permite o posicionamento correto da criança, aspirador a vácuo, cadeira e material de asseio, balança, régua antropométrica, fita métrica, termômetro e carrinho equipado com material para reanimação. Esta enfermaria possui, ainda, um banheiro com vaso sanitário, chuveiro e lavatório e uma sala em anexo com poltrona e televisão. Portanto, este alojamento atende a todas as exigências solicitadas e avaliamos tratar-se de uma ótima estrutura para receber as mães e os bebês, na segunda etapa do MMC (BRASIL, 2000).

### *5.3.3 – Terceira etapa do Método Mãe Canguru*

Segundo a norma do MMC, a terceira etapa consiste no adequado acompanhamento das crianças no ambulatório após a alta. Este acompanhamento visa avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família, corrigir as situações de risco, como ganho de peso inadequado, sinais de refluxo, infecções e apnéias, dentre outras ações. Ainda de acordo com

a mesma norma, este acompanhamento será realizado por médico treinado. Deve ter uma agenda aberta que permita o retorno não agendado da criança, caso necessário, e a periodicidade deve ser no mínimo, três consultas na primeira semana após a alta, na segunda semana duas consultas e na terceira e nas seguintes uma consulta até a criança atingir o peso de 2.500 gramas. Após este peso, o acompanhamento poderá ser realizado de acordo com as normas para o acompanhamento e crescimento segundo o MS (BRASIL, 2000).

Na MOV este acompanhamento é realizado no ambulatório do Banco de Leite por um médico neonatologista que tem experiência nesse tipo de acompanhamento. A agenda é aberta e permite o retorno não agendado, caso necessário. O bebê é encaminhado ao serviço pelo profissional médico que dá a alta na segunda etapa. O profissional, agenda com o médico da terceira etapa o primeiro retorno do bebê, que acontece sete dias após esta alta e, se a criança tiver alcançado os dois quilos e não apresentar nenhuma complicação, ela já é imediatamente liberada do acompanhamento e encaminhada à rede pública de saúde. Portanto, o acompanhamento é realizado somente até os dois quilos e não segue a periodicidade descrita acima. Quanto a recursos físicos e materiais não é feita nenhuma exigência, segundo a norma do MS para esta etapa do MMC (BRASIL, 2000).

#### **5.4 – Avaliação do Processo**

Segundo Donabedian (1990) e Contandriopoulos *et al.* (1997) o termo processo refere-se à atenção que os profissionais de saúde dispensam aos pacientes, como diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação, além da habilidade com que efetuam essa atenção. A apreciação do processo trata de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados

esperados. Na avaliação de processo empregou-se a dimensão organizacional e a técnica. Na dimensão técnica, foram identificados dois núcleos avaliativos centrais: 1) O entendimento da proposta pela equipe (conhecimento do método, capacitação da equipe, adesão da equipe); 2) adequação dos serviços à necessidade dos clientes (Articulação entre as etapas do método, Apoio às mães como recreação, vale transporte, alimentação, alojamento, posição canguru, aleitamento materno). Na dimensão organizacional foram identificados dois núcleos avaliativos centrais: 1) cobertura do serviço e 2) valorização da proposta pela instituição.

#### *5.4.1 – Dimensão Organizacional*

Dentro da dimensão organizacional, avaliou-se o acesso, a extensão da cobertura do MMC na maternidade e o apoio institucional, buscando responder se a organização administrativa favorece a continuidade e a globalidade do método. Diante da análise das falas dos entrevistados, identificamos dois núcleos avaliativos centrais: cobertura do serviço e valorização da proposta pela instituição.

##### *5.4.1.1 Cobertura do Serviço*

No ano de 2004, conforme dados da Maternidade, nasceram 3.971 crianças e dentre essas 659 (16,6%) com peso inferior a 2.500 gramas. Segundo o MS, o MMC é um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce, entre a mãe e o recém-nascido de baixo-peso de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Segundo o MS, é a criança que determinará o tempo de permanência em posição canguru, o que ocorre, de modo geral, quando ela atinge o peso de 2.000 gramas (BRASIL, 2000).

Durante o ano de 2004, 89 crianças foram atendidas pelo Programa. Considerando este número, o MMC, na MOV, acompanhou 13,5% das crianças com peso inferior a 2.500 gramas. A TAB. 4 apresenta a distribuição de nascidos com peso, ao nascimento, menor que 2.500 gramas, segundo o SINASC de Belo Horizonte. Estes dados são referentes a nascimentos de bebês residentes em Belo Horizonte o que corresponde a, aproximadamente, 70% do total dos nascimentos da MOV segundo os registros internos da maternidade. Os outros 30% correspondem a crianças residentes em outros municípios do Estado, uma vez que a MOV é referência estadual em gestação de alto risco.

**TABELA 04** – Nascimento de residentes em Belo Horizonte, na Maternidade Odete Valadares, por faixa de peso – 2004

| <b>Faixa de Peso<br/>(gramas)</b> | <b>N</b>   | <b>% acumulado</b> |
|-----------------------------------|------------|--------------------|
| Até 499                           | 03         | 0,6                |
| 500 a 999                         | 40         | 8,6                |
| 1000 a 1499                       | 64         | 13,8               |
| 1500 a 1999                       | 99         | 21,3               |
| 2000 a 2499                       | 258        | 55,6               |
| <b>Total</b>                      | <b>464</b> | <b>100</b>         |

FONTE: SINASC, 2004

Analisando a TAB. 4, podemos verificar que dentre estes nascimentos, 44,4% são crianças com peso inferior a 2.000 gramas. Como não existem na MOV informações sobre a distribuição de nascidos por faixa de peso, admitiu-se a mesma proporção de peso dos residentes em Belo Horizonte, para todos os demais nascidos na MOV. Procedendo-se a esta projeção, considerando o total de 659 nascimentos com peso inferior a 2.500 gramas, na MOV, podemos estimar que houve cerca 290 nascimentos com peso inferior a 2.000 gramas,

o que corresponde a 44% dos nascimentos. A TAB. 5, apresenta o número de crianças atendidas pelo MMC, de acordo com o peso ao nascer. Em 2004, houve uma estimativa de 290 nascimentos de crianças com peso inferior a 2.000 gramas. Destes, 87 passaram pelo MMC. Ocorreu uma cobertura total do Programa de, aproximadamente, 30%.

**TABELA 5** - Crianças atendidas no Método Mãe Canguru, na Maternidade Odete Valadares conforme o peso ao nascer - 2004

| <b>Peso ao Nascer<br/>(Gramas)</b> | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
|------------------------------------|-----------|------------|
| 500 – 999                          | 08        | 20,0       |
| 1000 – 1499                        | 29        | 45,3       |
| 1500 – 1999                        | 50        | 50,5       |
| 2000 – 2499                        | 02        | 0,8        |
| <b>Total</b>                       | <b>89</b> | <b>100</b> |

Na observação participante do pesquisador, durante os três meses de pesquisa no serviço, não se presenciou a lotação máxima da enfermaria canguru, que é de quatro leitos. Portanto, existe um potencial de ocupação que não é utilizado pelo serviço.

A TAB. 6 mostra o tempo de permanência na enfermaria Canguru. Observa-se que 31,5% dos recém-nascidos ficam apenas dois a cinco dias, 30,3% permanecem seis a nove dias e, apenas 4,5%, dezoito a vinte dias. Logo, a média de permanência é baixa, menor que 9 dias. Considerando os quatro (4) leitos existentes, nove (9) dias com tempo médio de internação, e uma taxa de ocupação de 80%, teríamos a possibilidade de internar cerca de 130 RN/ano ( $365 \cdot 4 / 9 \cdot 0.8$ ). Conseqüentemente, a cobertura poderia ser ampliada em 47%.

**TABELA 6** – Tempo de internação na segunda etapa do Método Mãe Canguru, na Maternidade Odete Valadares, 2004

| <b>Dias de internação</b> | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
|---------------------------|-----------|------------|
| 2 – 5                     | 28        | 31,5       |
| 6 – 9                     | 27        | 30,3       |
| 10 – 13                   | 17        | 19,1       |
| 14 – 17                   | 13        | 14,6       |
| 18 – 20                   | 04        | 4,5        |
| <b>Total</b>              | <b>89</b> | <b>100</b> |

#### 5.4.1.2 Valorização da proposta pela instituição.

Nas entrevistas, surgiu a questão do apoio da Instituição (Diretoria) à proposta e alguns profissionais relataram suas percepções no sentido do afastamento da diretoria do projeto. Alguns técnicos dizem não haver, neste momento, um apoio explícito, nem uma intencionalidade no sentido da ampliação do método. Entretanto, alguns problemas identificados durante o transcurso da pesquisa, como por exemplo, liberação de alimentação especial (a mesma dos funcionários no jantar) para as mães, na segunda etapa, foram equacionadas pela direção. Algumas falas demonstram o afastamento da diretoria:

*Não é uma filosofia do hospital ainda tá, o dia que eu cheguei lá pra mostrar pra ela, o projeto que a gente fazia, com as fotos, com tudo, ela falou assim, oh, não vamos falar nessas coisas não. Vocês trabalham lá, qualquer dia a gente vai lá ver. Não sei se nunca subiu, nunca olhou, então não sei se sabe como funciona no hospital hoje. (P – 18)*

*Mas eu acho que também, pra apoiar tem que apoiar de verdade, e investir mesmo. (P – 4)*

Certamente, um apoio mais explícito contribuiria para maior institucionalização da proposta.

Não se observou nas entrevistas nenhuma restrição da diretoria ao projeto, entretanto, os entrevistados relatam que também não existe um apoio no sentido do aprofundamento e expansão do projeto.

#### *5.4.2 – Dimensão Técnica*

Dentro desta dimensão, buscou-se identificar se os serviços estão adequados para a prestação do cuidado mãe canguru e se a equipe está preparada para tal tarefa. Diante da análise dos discursos, identificaram-se dois núcleos avaliativos centrais: o entendimento da proposta pela equipe (conhecimento do método, capacitação da equipe, adesão da equipe) e adequação dos serviços à necessidade dos clientes (Articulação entre as etapas do método, Apoio às mães: recreação, vale transporte, alimentação, alojamento, posição canguru, aleitamento materno).

##### *5.4.2.1 Entendimento da proposta pela equipe*

###### *5.4.2.1.1 Conhecimento do Método*

Segundo a norma do MMC, a adoção do método visa fundamentalmente a uma mudança de atitude no manuseio do recém-nascido de baixo peso e da atitude de sua família. A adoção dessa estratégia pode ser essencial na promoção de uma mudança institucional, na busca de atenção à saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família. Para que isso ocorra, é necessário que a implantação do MMC seja um processo coeso, eficiente e contínuo (BRASIL, 2000).

Outro fator importante na institucionalização da proposta consiste no conhecimento dos técnicos e no reconhecimento de suas vantagens. Existem níveis distintos de conhecimento, entretanto o contato e conhecimento do conjunto de normas e rotinas do MMC tendem a ser um indicador sensível desta questão. Dos dezenove entrevistados, 66,7% disseram nunca ter recebido nenhuma orientação sobre normas e rotinas do MMC. Este fato é preocupante e ilustrador da dimensão da capilaridade da proposta junto à equipe. Torna-se difícil aplicar o MMC sem que se tenha conhecimento das suas normas e rotinas.

Nas entrevistas, alguns técnicos afirmam que faltava conhecimento do MMC por parte da equipe, mas atribuem esta deficiência a outros membros da equipe, nunca a si próprio.

*Eu acho que muitas pessoas novatas ainda não conhecem. (P – 3)*

*Não tem um conhecimento do método para já implantar. (P – 4)*

*Acredito que toda equipe não conhece o MMC. (P – 6)*

Um exemplo disso ocorreu com um médico e uma auxiliar de enfermagem, que atuam na Unidade de Cuidados Intermediários, ao serem questionados sobre sua possível participação na pesquisa, responderam que não trabalhavam com o MMC e que este funcionava no alojamento, ou seja, demonstraram total desconhecimento sobre o Método. Ao afirmarem que o MMC acontecia somente no Alojamento Canguru, e não no setor no qual eles atuavam, desconsideraram, assim, a primeira etapa do Método que deveria acontecer neste setor.

Podemos também afirmar, no entanto, que, no geral, a equipe reconhece a importância do MMC e relaciona diversas vantagens na adoção do método como o ganho de peso, melhora do padrão respiratório, interação mãe/filho, aprendizado das mães para o cuidado com o bebê

no pós-alta, dentre outras.

*Faz o bebê desenvolver mais rápido, ganha peso mais rápido, desenvolve mais rápido. (P – 10)*

*O padrão respiratório, o bebê melhora, né, em todos os aspectos, eu acho que é muito bom pro bebê e pra mãe, né, pro pai também. (P – 3)*

*É importante assim, para fortalecer o vínculo mãe e filho, é importante para a mãe aprender a lidar com o bebê, acho que para preparar as mães para a alta. (P – 19)*

Outro técnico que atua diretamente no processo na segunda etapa já tem uma visão mais engajada e avalia que, no transcurso dos anos, houve uma evolução da equipe quanto ao desenvolvimento do método desde a implantação até os dias atuais.

*Então eu acho que tudo a gente tem conseguido formar uma equipe, a gente tem conseguido formar um conjunto, um conjunto de assistência. Então eu acho que tem todo aquele trabalho. (P – 16)*

Certamente, deve-se entender toda a implantação de um projeto como algo processual e que a tendência é de ampliar a adesão e avançar na institucionalização, desde que sejam preenchidos alguns condicionantes, como a capacitação, apoio da direção, efetividade da proposta, dentre outros. Furlan (2002) relata em seu trabalho, onde descreve a implantação do MMC em uma maternidade, que a aproximação dos profissionais foi se dando aos poucos e à medida que os profissionais tomavam conhecimento do início do projeto, estes passavam de observadores a participantes.

#### 5.4.2.1.2 Capacitação da Equipe

Segundo o MS, a equipe de saúde responsável pelo atendimento no MMC deve conhecer toda a extensão e a importância do Método e estar adequadamente treinada, para que ele possa ser exercido de maneira plena. Estabelece também que é atribuição da equipe participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção (BRASIL, 2000). Sem dúvida, a capacitação é um elemento chave na adesão e efetividade da proposta. Entretanto, o que se observou foi a não sistematização de um projeto de capacitação. Dos dezenove profissionais entrevistados, doze deles (66,7%) responderam que nunca participaram de treinamento sobre o MMC. Os outros sete profissionais responderam que já participaram de algum treinamento, mas entre eles não houve consenso sobre a duração deles: dois disseram que estes tiveram duração de duas horas; um respondeu quatro horas; outros dois, seis horas e o último, oito horas.

O preconizado pela norma é que deve haver pelo menos um treinamento com, no mínimo, vinte horas para toda a equipe (BRASIL, 2000). Conclui-se, pois, pela ausência de uma política de capacitação da equipe para sua atuação no MMC. Considerando, ainda, que a média de tempo de serviço dos entrevistados é maior que o tempo de implantação do MMC nesta Instituição, não se pode atribuir à rotatividade dos profissionais a não implantação do método. Podemos destacar entre as falas dos entrevistados a necessidade que eles têm de se prepararem melhor para a prestação do cuidado canguru.

*Eu acho que precisa de muito mais treinamento aqui dentro. (P – 4)*

*Na verdade o que falta mesmo é esse treinamento geral, entendeu. (P – 14)*

*E nós dentro da UTI não tem nem porque tá fazendo isso, a gente faz porque sabe que é importante o contato. Eu nunca tive nenhum estímulo, nenhuma orientação aqui na Maternidade. (P – 13)*

No treinamento realizado pelo MS, cinco profissionais foram capacitados e ao voltarem,

iniciaram as atividades de implantação. Foi definido entre eles que cada um seria responsável pela disseminação e capacitação de seu setor e, segundo relato de um destes, este processo não aconteceu em alguns setores.

*A gente voltou realmente assim, empolgados. Só que a chefia da Enfermagem e eu aderimos e continuamos assim, começamos a dar curso, começamos a dar treinamentos, repassando, pegando o pique da coisa. O resto simplesmente esqueceu que foi no curso. (P – 18)*

Outro fator que podemos identificar foi o interesse e desejo de alguns profissionais que abraçaram a causa, o que foi muito importante para iniciar o processo. Sem dúvida, no momento inicial da implantação do método, a liderança de determinados técnicos, que buscaram sempre conversar, repassar o treinamento, incentivar a equipe foi importante. Entretanto, a manutenção e aprofundamento da proposta dependem da equipe como um todo.

*Não pode funcionar por uma pessoa. (P – 18)*

Porém, não houve um processo sistematizado de implantação. A equipe percebeu que, de fato, ainda não era uma proposta da instituição, mas de alguns grupos, o que resultou em uma menor adesão dos mesmos ao projeto.

*Chamamos os pediatras de todas as unidades, convidamos para mostrar o que era o programa, para ver se conseguia assim sensibilizar. Mas as pessoas simplesmente ouviam, achava interessante, muito bacana e tal. (P – 18)*

Para a efetiva implantação do MMC, em uma instituição é necessário também a capacitação de todos os profissionais envolvidos no processo, para a transformação do modelo assistencial (FURLAN et al. 2003).

Segundo Toma (2003), o sucesso do Programa Canguru depende não só da vontade da mãe, mas também de uma equipe de saúde compreensiva. O MS afirma ser necessário a mudança

de comportamento e da filosofia profissional para que a implantação dessa atenção humanizada não sofra solução de continuidade em nenhuma de suas etapas (BRASIL, 2000).

Bell e McGrath (1996) descreveram a experiência de implantação do MMC numa instituição e relataram que o primeiro insucesso desta implantação foi com a equipe de profissionais que encontrava fragmentada e com condutas discrepantes relacionadas ao método e a falta de compromisso de alguns profissionais com os familiares. No caso da MOV, mesmo que a equipe demonstre a necessidade de capacitação, percebemos que grande parte dos entrevistados reconhece a importância do método, principalmente em relação às vantagens deste para o desenvolvimento do bebê.

#### 5.4.2.1.3 Adesão da Equipe

A falta de uma política de capacitação e de informações sistemáticas repassadas aos profissionais pode ser o motivo que levou a equipe a não ter uma adesão homogênea em relação ao cuidado canguru. Ainda existem dúvidas quanto a efetividade do método, especialmente entre bebês de maior risco, como podemos perceber nas falas seguinte.

*E também ainda falta sabe, a integração mais, o acreditar mais no método. Eu sinto que não é totalmente convincente, sabe. (P -1)*

*A gente vem observando muita resistência. (P - 2)*

Na primeira etapa houve maior resistência e falta de informação quanto aos fluxos, identificação e orientação adequada para as mães dos bebês elegíveis. São poucos os profissionais da primeira etapa que divulgam, incentivam e orientam as mães a participarem

do MMC, o que interfere, diretamente, no acesso das mães e bebês ao serviço. Muitas mães que vão para o Programa, o conhecem através do contato com outras mães e não diretamente com profissionais. Um fator essencial é manter, por exemplo, a mãe informada e estimular o aleitamento.

*Porque as mães aqui mantêm contato no banco de leite, então o canguru ele passa mais de mãe para mãe, do que o funcionário chegar e apresentar o que o serviço, a maternidade vir e apresentar. (P – 10)*

Não se trata de uma resistência a priori, mas sim, de uma indiferença ao método, uma não implicação, especialmente por parte dos profissionais da primeira etapa. Na prática, a primeira etapa não está, de fato, implantada. Esta resistência ou indiferença ao MMC, é relatada pela maioria dos discursos dos entrevistados que atuam nesta etapa. Não se distingue esta postura entre as categorias profissionais, seja entre os profissionais da enfermagem ou da medicina.

*Existe resistência de vários, inclusive dos pediatras. A gente vê mais essa resistência dos pediatras do que de outros profissionais. (P – 18)*

*Está até prescrito para fazer canguru e às vezes as meninas (aux/tec.enfermagem) não fazem, entendeu. (P – 11)*

Esta postura, em parte, se explica pelo fato de os profissionais terem tido pouco contato com o método o que levou pouco conhecimento a equipe, baixa sensibilização e motivação. Este pouco conhecimento sobre o MMC gera na equipe uma insegurança em colocar o bebê na posição canguru, especialmente entre os pediatras.

*Na Enfermaria Canguru há até hoje resistência da parte da enfermagem em receber os meninos FIG. (P – 1)*

*Tem pediatras que realmente na UTI, ficam às vezes um pouco mais resistentes pelo fato da gravidade do bebê. (P – 5)*

Em relação à equipe de enfermagem, outro fator que pode levar a esta “resistência” seria a presença permanente da mãe na Unidade. Furlan (2002) relata que a equipe de enfermagem verbaliza a preocupação com a presença da mãe, no ambiente hospitalar, argumentando que isso poderia dificultar a realização de procedimentos invasivos e intensificaria os questionamentos maternos sobre a evolução clínica de seu filho, alterando, assim, o processo de trabalho desta equipe. Nas entrevistas, isto não foi claramente identificado, entretanto pode-se interrogar se não seria também algo não dito, mas vivido, por alterar o processo de trabalho e trazer uma certa exposição dos profissionais na sua rotina.

#### 5.4.2.2 Adequação do serviço às necessidades dos clientes

##### 5.4.2.2.1 Articulação entre as etapas do método

Torna-se fundamental avaliar a articulação das equipes nas três etapas, os fluxos internos, as trocas de informações, para o melhor entrosamento. Podemos perceber que o MMC não é uma prática incorporada pela equipe, principalmente dentro da UTIN, o que compromete o funcionamento da primeira etapa. “Se” a criança estiver estável e alguém indicar, pode-se fazer lá, algumas vezes, a prática pele a pele, mas não é rotina integrada, com fluxo de informação definido, articulado, planejado e indicação clara e objetiva na UTIN.

*Dentro da UTI é muito precário ainda, mas depende muito da pessoa, da sensibilidade da pessoa e isso não é uma homogeneidade da equipe. (P – 12)*

*Sinceramente aqui dentro da UTI eu não percebo isso não, eu acho que*

*aqui são atitudes individuais. (P – 12)*

Existe também uma desarmonia entre os membros das diferentes etapas, demonstrando problemas na comunicação entre os espaços e faltando informação até sobre ocupação de leitos, por exemplo:

*São três ou quatro leitos não sei, é muito difícil quando a gente quer tirar uma criança da UTI e mandar direto pro canguru, ter vaga lá. (P – 13).*

*Há uma certa resistência para receber os bebês lá (enfermaria canguru). (P – 19)*

Como afirmamos anteriormente, o alojamento canguru não tem ocupação plena, trabalha com ociosidade de vagas. Portanto, estas falas mostram a falta de comunicação entre os setores causando distorções na aplicação do método.

Nos berçários I e II, também a prática não está incorporada, porém é melhor compreendida. As mães são mais informadas, os profissionais mais atentos. Talvez, porque as crianças sejam consideradas de menor risco e eles percebiam vantagens na indicação como melhora do bebê (ganho de peso mais rápido) e melhora do vínculo.

*O canguru, ele tem que começar no berçário, então quando este bebê já começa a fazer canguru no berçário ele chega aqui no canguru a gente não tem trabalho, porque a mãe ta sempre disposta, ela já ta bem orientada. (P – 15)*

*Como existe a enfermaria canguru, o pessoal (UTI e Berçário) acha que o canguru é lá, então eu acho que falta um treinamento. (P – 1)*

*Na etapa I, as mães vem, mas elas não conhecem o que é o canguru, acho que isso deveria ter início bem lá na UTI, bem no prematurinho, bem pequenininho, isso às vezes não acontece. (P – 16)*

*Facilitaria se desde o berçário elas começarem a fazer lá, porque muitas vezes esses bebês vem pra gente e nunca fez canguru, nunca teve contato pele a pele. Acho que essas mães deveriam ser mais orientadas lá (berçário)*

*e UTI). (P – 14)*

Conclui-se que a enfermagem Canguru é o local de prática efetiva do MMC, na MOV. A primeira etapa é pouco consolidada. Na enfermagem Canguru, a prática fica desarticulada, sem grande capacidade de interferir nos outros espaços.

Este é um grande problema da MOV, pois a primeira etapa não está implantada e há desarticulação entre as diferentes etapas. Pode-se indagar se a desarticulação dos profissionais não ocorre pelo fato de cada espaço lidar com profissionais específicos com locais separados de atuação. Existem outras experiências de processo de trabalho nas quais os profissionais responsáveis pelo atendimento, perpassam por todas as fases, atendendo assim os clientes em todas as etapas do método. A norma do MS não aborda este problema, sendo necessário analisar melhor esta percepção e se ela, realmente, influencia na realização do método (BRASIL, 2000).

#### 5.4.2.2.2 Apoio às mães (recreação, vale transporte, alimentação, alojamento)

Um fator importante que também interfere na adequação do serviço à necessidade dos clientes, é a falta de atividades de recreação e lazer para as mães, quando estão acompanhando seus filhos. O MS coloca como atribuições da Instituição o desenvolvimento de atividades recreativas para as mães, durante o período de permanência hospitalar (BRASIL, 2000). Segundo Reichert e Costa (2000), citado por Duarte (2001), a vivência no ambiente hospitalar é muito traumatizante, uma vez que o indivíduo não se encontra em seu habitat. No caso da mulher, afirmam estes autores, isso é suficiente para gerar uma crise

existencial, pois não estando bem consigo mesma a mulher fica vulnerável na sua relação interpessoal.

A falta de apoio institucional se inicia na primeira etapa, na qual há restrição de horário de permanência. As mães só podem permanecer no hospital das dez às dezoito horas e das 21 às 23 horas. Durante esse período, elas recebem alimentação, porém não há um espaço para descansarem.

*Então assim, sempre ter ocupações, atividades. Porque você fica confinada, às vezes, sem vê sol, sem vê nada, é muito complicado, as pessoas piram mesmo. (M – 4)*

Outra dificuldade consiste na inexistência de vale transporte para o retorno ao lar. A maioria é de mães de baixa renda. O deslocamento se torna muito oneroso e isto acaba por impedir o seu acesso à maternidade, diariamente, causando sérios obstáculos à amamentação e à continuidade do vínculo com o bebê e o desenvolvimento da primeira etapa do MMC.

Na segunda etapa, as mães já ficam no alojamento junto com os bebês. Podem dormir, recebem alimentação, e há maior incentivo ao MMC. Entretanto, as atividades de lazer são restritas. Durante este período, a única atividade disponível é a de assistir televisão. Foi relatado por elas que, às vezes, uma funcionária que trabalha no período noturno leva algum material para elas se distraírem, como revistas, recortes, material para pintura e confecção de artigos artesanais.

*Só assistir televisão. Acho que se tivesse, não sei, as mães ficam com o tempo muito ocioso, né, e é muito cansativo pra gente. Poderia ter alguma coisa para passar o tempo. (M – 11)*

*Eu acho que o hospital não estruturou no sentido de ter alguma coisa para a mãe fazer. A única coisa que elas têm aqui é ver televisão. Eu acho que*

*faltam atividades, porque isso estressa a mãe. (P – 16)*

*Podia estar melhor se a gente tivesse mais apoio da diretoria, a questão da alimentação das mães, um lugar melhor para essas mães ficarem durante o dia, um local para tomar sol, mas tá funcionando dentro dos recursos que a gente tem. (P – 18)*

Furlan *et al.* (2003) descrevem os resultados positivos da realização de atividades lúdicas junto às mães, o que traz satisfação e alívio das tensões emocionais e favorece a socialização, pela troca de experiências. Este tipo de cuidado faz parte de uma assistência integral e humanizada, tendo a família como foco do cuidado. A importância dessas atividades também é percebida no discurso dos membros da equipe, uma vez que estes reconhecem as alterações emocionais vividas pelas mães durante o período de internação, devido ao afastamento do convívio domiciliar. Duarte (2001) cita que o espaço hospitalar é visto de forma conflituosa e contraditória pela mãe canguru, um espaço que fornece condições de assistência para seu filho prematuro, mas que estabelece, concretamente, os limites de sua vida social nesse período de dedicação.

A mãe que permanece no alojamento canguru (segunda etapa) está acompanhando seu bebê e já recebeu alta hospitalar, entretanto ela permanece submetida às mesmas regras que os demais pacientes, quanto à entrada de alimentos, saída do hospital, etc. Deve permanecer na Maternidade em tempo integral e só pode sair se vier um outro familiar ficar com a criança. Na visão dos entrevistados, seria importante que a mãe tivesse um pouco de flexibilidade na sua permanência hospitalar, uma vez que não é ela que está internada.

*Elas podem sair, podem passear, mas tem que ficar o acompanhante. Tem que ter um aviso prévio, para a gente preparar. (P – 14)*

Um outro ponto importante é a alimentação das mães que estão na segunda etapa. Está

restrito ao cardápio oferecido pelo hospital, não podendo as mães utilizar qualquer outro tipo de alimento. Isso gera certa insatisfação entre elas, como é demonstrado na fala do profissional a seguir. Esta proibição é desnecessária, uma vez que elas não estão internadas ou em tratamento, mas simplesmente, acompanhando seus filhos.

*Eu acredito que poderia melhorar se fosse liberado com relação à alimentação. Eu acho que isso melhoraria bastante, no caso de um parente tá trazendo um chocolate, uma fruta e tal. (P – 14)*

O MS fala, claramente, na importância da adoção da posição canguru o mais precoce possível (BRASIL, 2000). No entanto, percebe-se a falta de incorporação de determinadas práticas do MMC, como é o caso da não colocação dos bebês na posição canguru, principalmente, na primeira etapa, sendo as explicações para tal fato as mais variadas possíveis.

*Pele a pele que acho que não, muito pouco, fazem colo. (P – 12)*

*A mãe pega a criança, põe no colo, mas pele a pele não, porque esses meninos são muito graves, mas temos que mudar isso, né. (P – 4)*

Nas entrevistas com as mães isto fica mais claro, pois elas afirmam que só passam a adotar, efetivamente, a posição canguru, quando são encaminhadas para o alojamento canguru que é a segunda fase do método. Quando indagadas se praticavam a posição canguru na UTIN e berçário as falas são explícitas:

*Na UTI não, só no colo. No berçário eles me falaram que eu ia colocar aqui (Alojamento Canguru). (M – 5)*

*Na UTI e no berçário eu nunca fiz posição canguru. (M – 3)*

Além disso, a posição canguru, na segunda etapa, não é adotada de maneira contínua. Observou que no período da manhã, nenhuma mãe colocou o bebê nesta posição, em função do banho (tanto do bebê quanto da mãe), das visitas médicas e de outros profissionais, e das

prescrições. À noite o bebê permanecia no berço.

Outra prática que interfere no seguimento da terceira etapa do MMC e que causa uma descontinuidade do cuidado no domicílio, é o uso da bolsa produzida pelo hospital para a colocação do bebê na posição canguru. O uso desta bolsa, associado à falta de orientações às mães, levam-nas a achar indispensável o uso da mesma no período domiciliar. Como elas não possuem a bolsa em casa, não realizam a posição canguru no domicílio, como podemos ver nas falas que seguem.

*Após a alta eu nunca mais fiz o pele a pele em casa, por medo da temperatura e também por ele estar sem a bolsa. (M – 3)*

*Eu não tenho a bolsinha em casa. (M – 4)*

O MS recomenda que, durante a terceira etapa, a posição canguru seja realizada em tempo integral (BRASIL, 2000). É necessário, portanto, usar outro mecanismo para auxiliar na colocação do bebê na posição canguru, ou ensinar a mãe a utilizar outros meios que não só a bolsa, como, por exemplo, o uso da atadura de crepom.

Outro motivo que leva a não aplicação da posição canguru no domicílio é a alta tardia dos bebês na segunda etapa: 89,8% dos bebês recebem alta da mesma, com peso superior a 1800 gramas, peso este que, não é mais confortável nem prazeroso para mãe e filho exercerem a posição canguru.

Não há, também no discurso dos profissionais, muita preocupação com o aleitamento materno. Dentro da UTIN e dos berçários quase não é trabalhado esta prática, pois as mães,

quando necessitam de qualquer orientação ou cuidado, são encaminhadas para o Banco de Leite Humano (BLH) da maternidade.

*A gente encaminha as mães para o BLH, onde a gente tem o serviço. (P – 8)*

*O primeiro alimento oferecido por via enteral é fórmula. Não é prioridade o leite materno. (P – 13)*

As mães afirmam não receber informação prévia na UTI e berçário sobre a importância do aleitamento.

*No berçário não me deram nenhuma explicação, me falaram que iam explicar aqui, né (Alojamento Canguru). (M – 6)*

Mancini (2002) estudou o aleitamento materno na alta dos recém nascidos de risco da MOV e identificou uma taxa de prevalência do aleitamento materno exclusivo na alta de 45,3%. Esta autora, citando Bernard-Bonini *et al.* (1989), diz que a duração da amamentação aumenta com a prática do contato precoce mãe e filho e o apoio para amamentar. Mancini (2002) diz ainda que a prática do MMC preconiza o íntimo contato pele a pele entre mãe e filho o que favorece sobremaneira a lactação e o aleitamento materno exclusivo. Este alto abandono do aleitamento pode se explicar, em parte, pela falta de apoio da Instituição ao deslocamento da mãe. Se ocorre a interrupção do aleitamento o desestímulo torna-se maior. A falta de orientação às mães pelo profissionais quanto à importância do aleitamento, delegando esta tarefa ao banco de leite, constitui um grave problema para a prática do aleitamento. Esta deve ser uma tarefa assumida por toda a equipe, continuamente. Outro fato que pode ser responsável pela baixa prevalência do aleitamento materno é a não utilização do leite das mães (pasteurizado) pelo Banco de Leite. Isto, além de resultar em grandes gastos para o hospital, acaba por desestimular o aleitamento dos bebês internados.

## 5.5 – Avaliação de Resultados

Segundo Donabedian (1990), o termo resultado refere-se ao que se obtém para o paciente e supõe uma alteração no estado de saúde que possa ser atribuída à atenção que está sendo avaliada. Os resultados também incluem outras conseqüências da atenção como, por exemplo, conhecimento sobre a enfermidade, mudanças na conduta e satisfação do usuário. Na avaliação de resultado empregou-se a como categoria analítica a satisfação das mães com o método/equipe e o seu empoderamento.

O estudo atual apresenta um limite que consiste na impossibilidade de comparar o desempenho dos bebês submetidos ao MMC e aqueles que permaneceram no berçário. Determinar os resultados alcançados pelo MMC se torna muito complexo metodologicamente, pois para o desenvolvimento deste método é necessária uma cadeia de fatores, que envolve a consciência da mãe, a qualidade, sensibilidade e desempenho da equipe, o apoio de toda família, dentre outros. Portanto, torna-se difícil atribuir qualquer resultado ao método, pois não é possível isolar todos estes fatores externos que contribuem para o sucesso do mesmo.

Além disto, não existe registro específico separando os dois grupos (berçário e MMC) e sem os devidos cuidados metodológicos na comparação de grupos, torna-se complexa esta inferência. Assim, optamos por apresentar alguns dados gerais apenas dos bebês do alojamento canguru, sem a pretensão de comparação. Iremos também utilizar a percepção da mãe e sua satisfação com o método, o seu empoderamento e a satisfação da equipe, para auxiliar nesta avaliação.

O MS apresenta como vantagens do MMC o aumento do vínculo mãe-filho, evitando longos períodos sem estimulação sensorial, estímulo ao aleitamento materno, favorecendo maior frequência, precocidade e duração. E ainda maior competência e confiança dos pais no manuseio de seu filho mesmo após a alta hospitalar; melhora do controle térmico, menor número de recém nascidos em unidades de cuidados intermediários devido a maior rotatividade de leitos; melhor relacionamento da família com a equipe de saúde, diminuição da infecção hospitalar e menor permanência hospitalar (BRASIL, 2000). Sabe-se da complexidade de comparação e conclusão quanto a estes aspectos e optamos por não mensurar estes dados, apoiando-nos então nos registros da literatura.

Foram utilizados dados da própria instituição, registrados pelos profissionais sobre todas as crianças que passam neste serviço. As variáveis foram estabelecidas pela coordenação do Método, na Maternidade e registradas no momento da alta da segunda etapa pelo médico responsável ou pela equipe de enfermagem de plantão. A análise se refere aos registros de todas as crianças que passaram pelo MMC no ano de 2004.

Das mães que foram atendidas pelo MMC no ano de 2004 65%, aproximadamente, tinham entre vinte e 34 anos de idade. Já as mães adolescentes (10 a 19 anos) representam cerca de 13% enquanto as mães com 35 e mais anos, 10%. Quanto à escolaridade perto de 35% têm menos de oito anos de estudo; 54%, de oito a doze anos e apenas 1% tem mais de doze anos (TAB. 7).

**TABELA 7 - Distribuição das mães de bebês canguru segundo à idade e escolaridade – Maternidade Odete Valadares, 2004**

| <b>VARIÁVEIS</b>                 | <b>FREQUENCIAS</b> | <b>PERCENTAGEM</b> |
|----------------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Idade</b>                     |                    |                    |
| 10 a 14 anos                     | 01                 | 1,1                |
| 15 a 19 anos                     | 11                 | 12,4               |
| 20 a 34 anos                     | 58                 | 65,2               |
| 35 ou mais                       | 09                 | 10,1               |
| Ignorado                         | 10                 | 11,2               |
| <b>Anos concluídos de estudo</b> |                    |                    |
| 1 a 3                            | 01                 | 1,1                |
| 4 a 7                            | 30                 | 33,8               |
| 8 a 11                           | 48                 | 53,9               |
| 12 ou mais                       | 01                 | 1,1                |
| Ignorado                         | 09                 | 10,1               |

Outro ponto importante é o fato de 64% das mães serem primigestas Rea e Toma (1997) apontaram a presença de outros filhos como uma das dificuldades para a participação das mães no MMC. Toma (2003) demonstrou que a presença de outros filhos, particularmente se estes freqüentam escola, é um fator que dificulta a prática do MMC. Portanto, o fato de a maioria dessas mães não terem outros filhos, pode amenizar seus problemas oriundos de sua ausência no lar e aumentar as chances de êxito na assistência canguru.

Um dos critérios para elegibilidade dos bebês para a segunda etapa no MMC, conforme o MS é o peso mínimo de 1.250 gramas. Charpak (2001) demonstrou que as crianças com peso inferior a 1.500 gramas, assistidas pelo método, tiveram diversas vantagens, dentre elas um menor tempo de internação. Porém, o que presenciamos na MOV é a entrada tardia das crianças para a segunda etapa do MMC, pois 97,8% delas chegam a esta fase com peso acima

de 1.500 gramas (TAB. 8). Nenhuma criança foi transferida para a segunda etapa com peso inferior a 1.400 gramas. Isto influencia, negativamente, na permanência hospitalar dessas crianças, fazendo que não haja diminuição desse tempo. É possível iniciar, gradualmente, a prática do MMC, através da redução do peso e da idade limite para que o método seja aplicado, passo a passo, conforme a equipe for ganhando experiência (CARVALHO, 2001).

**TABELA 8** - Peso na admissão na segunda etapa dos bebês cangurus – MOV, 2004

| <b>Peso<br/>(gramas)</b> | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
|--------------------------|-----------|------------|
| 1400 – 1499              | 02        | 2,2        |
| 1500 – 1599              | 22        | 24,7       |
| 1600 – 1699              | 32        | 36,0       |
| 1700 – 1799              | 23        | 25,8       |
| 1800 e +                 | 10        | 11,3       |
| <b>Total</b>             | <b>89</b> | <b>100</b> |

Consequentemente, essa entrada tardia na segunda fase leva a uma alta também tardia, como podemos verificar na TAB. 9. Todos os bebês cangurus tiveram alta com peso superior a 1.780 gramas e 89,8% delas receberam alta com peso superior a 1.800 gramas, enquanto que o mínimo recomendável é de 1.500 gramas (BRASIL, 2000). Entendemos que há certa preocupação quanto à alta precoce, porém isto tem que ser trabalhado juntamente com a equipe. Há que se reduzir esta faixa de peso, continuamente, até chegar a patamares mínimos, como os recomendados, para que seja possível, realmente, diminuir o tempo de internação dessas crianças, uma vez que esta é uma das principais vantagens de tal método. A responsável pelo método na MOV, durante a entrevista, disse que é consenso entre a equipe dar a alta para as crianças que passam pelo MMC com 1.800 gramas, pois a direção da neonatologia não concorda com a alta menor que esta faixa de peso. Já as crianças que não

passam pelo método recebem alta com peso mínimo de 2.000 gramas.

*A gente já mandou com 1.750, 1.760 gramas. Então a diretoria fica arrasada, nó, você tá mandando esses meninos muito cedo não? Ah meu Deus do céu, e se acontecer alguma coisa com esses meninos? (P – 18)*

Este problema está localizado, principalmente, durante o desenvolvimento da primeira etapa, pois se a criança já chega, tardiamente, na segunda fase, a sua alta não terá condições de ser precoce. Logo, o que tem que ocorrer é a chegada precoce das crianças na segunda etapa, pois segundo a responsável pelo MMC, há um acordo entre os profissionais que a alta da primeira etapa seria com 1.400 gramas. No entanto, isso não ocorre: 97,8% dos RN chegam com 1.500 gramas. Outro ponto a ser considerado que favorece a alta precoce é a existência de um ambulatório que atenda as normas estabelecidas pelo MS, o que não acontece,

*Mas a gente tem assim, pra equipe, a gente tinha pontuado 1.400 gramas, mas a gente não mantém isso, se esse menino tá bem, ele vai quando dá. (P – 18).*

**TABELA 9** - Peso dos bebês canguru na alta da segunda etapa – MOV, 2004

| <b>Peso<br/>(gramas)</b> | <b>Numero de<br/>crianças</b> | <b>%</b>   |
|--------------------------|-------------------------------|------------|
| 1780 – 1799              | 09                            | 10,2       |
| 1800 – 1899              | 69                            | 77,5       |
| 1900 e +                 | 11                            | 12,3       |
| <b>Total</b>             | <b>89</b>                     | <b>100</b> |

Os bebês que passam pelo MMC tiveram uma média de 35 dias de internação, que é uma média alta se comparada com outros estudos. Feraudy (2001) realizou um estudo no Hospital San Gabriel, em La Paz, na Bolívia. Acompanhou 88 crianças no MMC e demonstrou que as crianças do Programa tiveram, em média doze dias de internação, enquanto os bebês

acompanhados pelos cuidados tradicionais, trinta dias. Charpak (2001), em um estudo randomizado, observou 382 crianças no MMC e 364 nos cuidados tradicionais e concluiu que crianças com peso ao nascer menor que 1.500 gramas, acompanhadas pelo método, tiveram menor tempo de internação do que no cuidado tradicional. Na MOV, podemos notar uma média de tempo de internação alta, quando comparada com os estudos acima, não alcançando, assim, um dos objetivos que é a menor permanência no hospital e, conseqüentemente, também uma redução significativa dos custos da internação.

### *5.5.1 – Avaliação das mães*

Nas falas das mães entrevistadas identificamos dois núcleos avaliativos centrais: satisfação com o método/ equipe e empoderamento das mães, ou o seu aprendizado, o que a torna mais segura no manejo do bebê.

#### *5.5.1.1 Satisfação das mães com o método e a equipe*

No discurso das mães fica muito claro a satisfação com o método, principalmente em relação ao melhor desenvolvimento de seu filho, destacando-se o ganho de peso que é o principal fator para a alta do bebê.

*Porque aqui ele ficou sem aparelho nenhum, ele aprendeu a mamar aqui, porque lá ele tava com dificuldade, aí ele aprendeu a sugar aqui. Pra mim foi muito bom. (M – 5)*

*Feliz por ela ter alcançado os objetivos, que foi ganhar peso, ganhou muito rápido por sinal. (M – 11)*

Duarte (2001) descreve, em estudo anterior, que as mães evidenciam o progresso do bebê de maneira quase unânime pelo aumento do ganho de peso. Na MOV, o critério estabelecido para alta hospitalar dos bebês cangurus é de 1.800 gramas, enquanto que no cuidado tradicional é de 2.000 gramas. Este critério de peso para a alta do bebê gera uma expectativa nos pais, significando para eles uma possibilidade de ganho ponderal mais rápido e, conseqüentemente, a esperança de alta hospitalar precoce (FURLAN, 2002).

O contato mais estreito com o filho gera nos pais um maior sentimento de tranqüilidade e também ameniza os sentimentos de medo, sendo isso muito evidente no discurso das mães.

*Só de estar com ela pra mim é a maior felicidade. (M – 10)*

*Ah, eu escolhi, porque eu acho que toda mãe quer ficar próxima do filho, né. (M – 5)*

Identifica-se a satisfação que as mães têm em participar do MMC e nas suas relações com a equipe. Não houve em nenhum momento, tanto nas observações quanto nas entrevistas, mães que fizessem queixas quanto à qualidade do cuidado recebido e ao atendimento dos profissionais.

*Ah, eu tô feliz demais. Nossa, não tem coisa melhor. Melhor coisa que eles fizeram aqui foi esse acompanhamento da mãe com o bebê. Eu não tenho nada a reclamar, acho que foi a melhor coisa que Deus fez, foi ter me encaminhado pra cá. (M – 9)*

*Eu acho que este hospital está de parabéns, sabe, as pessoas são muito competentes, são muito profissionais, e todos ajudaram de todas as formas. Foi 10, 10. Eu fiquei até muito impressionada com as pessoas aqui, porque o atendimento é muito bacana, todas as pessoas assim 100%. (M – 4)*

*Nunca tive nada a reclamar de ninguém. Até hoje, todos são excelentes profissionais. A gente fala que eles cuidam como se fosse o próprio filho deles. (M – 5)*

*Acho muito bom, elas são muito atenciosas, isso aí eu não tenho que reclamar, não. (M – 8)*

Esta satisfação também aparece na avaliação dos profissionais e, segundo Duarte (2001), o trabalho dos profissionais, de certa forma, preenche a lacuna deixada pela ausência dos membros da família. As mães precisam do apoio e amparo dos profissionais para terem condições de cuidar de seu filho.

*Na minha anamnese consta um item que é a satisfação das mães em relação ao alojamento canguru, e quase 100% gostam, elogiam e acham que fosse necessário se submeteriam novamente. (P – 17)*

Detectamos apenas um problema em relação à satisfação das mães com a equipe e se refere à diferença no atendimento da equipe diurna com a equipe noturna do alojamento canguru, com relatos tanto de mães quanto de profissionais. A equipe noturna não permanece dentro do alojamento, levando as mães a sentirem a sensação de estarem sozinhas e desamparadas.

*É relato de mães que elas ficam sozinhas principalmente à noite. Que o atendimento do dia é diferenciado em relação ao da noite. Todas as mães que acompanhei lá (enfermaria canguru) se sentem assim, até um abandono, eu já tive esses relatos. Que a noite, como quem diz, o filho é teu e a finalidade do canguru não é essa não. (P – 1)*

*Quando nós chegamos tivemos um problema com as enfermeiras da noite. Tinha enfermeira que chegava aqui, tinha acabado de chegar, entregava para a gente o bebê e saía. (M – 2)*

A manifestação de satisfação da mãe em ser mãe canguru indica que ela reconhece que também se beneficia com o método, não restringindo os benefícios apenas ao seu filho. Neste sentido Duarte (2001), diz que a mulher mãe/mãe canguru reafirma-se como sujeito do processo e não apenas como intermediária no atendimento à necessidade do filho. A expressão de gratidão não se restringe apenas aos aspectos técnico-científicos da assistência, mas mostra claramente as relações que são estabelecidas entre os pais e profissionais (DUARTE, 2001).

Na avaliação desta dimensão podemos dizer que a equipe tem uma excelente relação com as mães e familiares dos bebês cangurus, o que, conseqüentemente, gera satisfação destes como toda a equipe e o serviço de maneira geral. Isto é um fator importante para a continuidade do processo de implantação deste método na instituição.

Outra vantagem do MMC é o aumento do vínculo mãe-filho. A proximidade com o filho, propiciado pelo método, tem favorecido o estabelecimento deste vínculo, conforme se observa no discurso das mães.

*Só de estar com ela pra mim é a maior felicidade. (M – 10)*

*Eu me sinto muito bem. Acho que é uma coisa que toda mãe, se tivesse oportunidade, pra quem tem prematuro, poderia. Porque a gente aprende muita coisa, é um método muito bom. (M – 5)*

Leão (1984) diz que o início da vida é marcado por uma desestruturação interna completa e é na harmonia estabelecida entre mãe e filho que as angústias primitivas da criança vão sendo aplacadas e substituídas pelo sentimento de certa continuidade do ser. A vivência positiva do MMC relatada pelas mães parece dar segurança a elas e deve contribuir para a segurança do bebê.

#### *5.5.1.2 Empoderamento das mães*

Outra vantagem do MMC, segundo Brasil (2000), é a aquisição por parte dos pais de maior competência e confiança no manuseio de seu filho após a alta. Javorski (1997) diz que a

permanência no método ameniza os sentimentos de medo, possibilitando o desenvolvimento e habilidades para o manejo diário do filho. E isto torna muito evidente no discurso das mães entrevistadas. A grande maioria relata que a experiência de ter passado pelo MMC trouxe maior tranquilidade no manuseio com o bebê, principalmente após a alta hospitalar.

*Bem, legal, é interessante porque a gente aprende um monte de coisas. Com o bebê prematuro tem os cuidados específicos, e as pessoas que estão em casa não sabem desses cuidados. Quando a gente chega aqui, a gente aprende. (M – 2)*

*Segurança em relação aos cuidados do bebê, a proximidade que a gente tem, o contato direto. É isso. (M – 12)*

*Eu fico feliz, sabe por quê? Pelo contato maior mesmo, que a gente tem. A gente aprende muito. Eu não sabia nada, não sabia dar um banho, a gente aprende a ter responsabilidade de acordar toda noite, nos horários certinhos para amamentar. Eu aprendi a dar o complemento no copinho. A gente aprende tudo, a fazer tudo, fica independente, a gente com nosso filho, você sai daqui segura. (M – 12)*

Identificou-se também, nas falas das mães, que elas, através do MMC, estão incorporando os fatores de risco para o cuidado de seus filhos e assimilando isso no cuidado intra e extra hospitalar.

*Geralmente na hora das visitas chegam da rua, elas querem pegar o bebê, aí não tem capote aqui no canguru, escovinha para lavar as mãos. Tem que ter mais segurança, porque eles vem da rua. (M – 13)*

*Melhorar a limpeza, por ele ser prematuro e tudo, eu acho que deveria limpar mais vezes, assim, não só uma vez. (M – 8)*

Pudemos perceber a importância do MMC na assistência a crianças de risco, mesmo o método ainda sendo questionado cientificamente, além da importância da mãe participar dos cuidados e da assistência a um filho prematuro. É evidente a necessidade do MMC como complementar ao cuidado com bebês prematuros/baixo peso como suporte para as mães e familiares.

**CONCLUSÃO**

---

---

## 6. CONCLUSÃO

O MMC surgiu na Colômbia e consistia em colocar o bebê no seio da mãe visando a maior estabilidade térmica, substituindo as incubadoras, permitindo a alta precoce, menor taxa de infecção hospitalar e melhor qualidade da assistência com menor custo para o sistema de saúde. O Método se difundiu e apresentou-se como alternativa em países em desenvolvimento, com grande escassez de hospitais com infra-estrutura e recursos adequados para dar a assistência necessária às mães e aos bebês prematuros. Persiste, porém, no meio científico uma crítica ao método em função de não existirem evidências sólidas quanto a sua efetividade. Conde-Agudelo; Diaz-Rossello; Belizan (2004), no Cochrane Database, realizaram uma revisão sistemática onde concluíram que embora o Método Canguru aparente reduzir a morbidade grave das crianças sem o relato de nenhum efeito colateral sério, ainda existem poucas evidências para se recomendar seu uso rotineiro em recém-nascidos de baixo-peso, sendo necessário que se desenhem, adequadamente, novos estudos controlados e randomizados.

Habicht; Vaughan; Victoria (1999) relativizam essa premissa discutindo que os ECR são, usualmente, apropriados para resumir resultados de estudos clínicos, podendo ser pouco recomendável para a avaliação de programas complexos, pois o efeito de fatores contextuais locais é tão importante, que a premissa de homogeneidade de resultados entre diferentes estudos deixa de ser válida. Santos e Victora (2005) debatem a necessidade de se avançar no desenho de estudos de avaliação adequados à realidade da Saúde Coletiva, ou Saúde Coletiva Baseada em Evidências, levando em consideração as redes de causalidade complexas nos

programas aplicados à Saúde Pública.

Lamy e Lamy (2004) discutem se a opção de estudos randomizados para a avaliação do MMC não seria, eticamente, recomendável, já que se têm evidências do benefício do MMC, seja na redução do tempo de internação, na melhoria do tempo de aleitamento, na melhoria da relação mãe/bebê. Torna-se importante estudar o MMC para a avaliação do método e ampliar o consenso entre os técnicos, quanto ao debate travado.

No Brasil, desde 1999, o MS trabalha para a implantação e consolidação deste método, incluindo-a nas diretrizes políticas da atenção à saúde de crianças com baixo peso ao nascer e prematuras, com a criação do Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento que visa promover a melhoria da assistência perinatal. Estudos recentes, financiados pelo MS, buscam avaliar a extensão da implantação do programa, a sua adequação às normas preconizadas pelo MS: a adesão dos profissionais, a habilidade no manejo do método, os resultados obtidos no nível local, bem como a comparar o MMC a outras práticas humanizadas da Atenção Neonatal. Estes estudos agregarão evidências no sentido da realidade da implantação, quanto em relação à efetividade do método, contribuindo para sua melhor compreensão e difusão.

Embora ainda existam muito debates e questões colocadas quanto à efetividade do método, já existem evidências dos muitos benefícios do MMC, como a oportunidade de uma participação efetiva dos pais, desde o início da vida, favorecendo a criação e o fortalecimento do vínculo mãe/filho. Entretanto o sucesso do MMC depende não só da vontade da mãe, mas também do apoio de sua rede familiar e de uma equipe de saúde compreensiva (TOMA,

2003).

O atual trabalho objetivou avaliar a implantação do Método Mãe Canguru, na MOV, comparando-o com preconizado pelo MS na Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru. Trata de estudo de avaliação fundamentado em aspectos clássicos da avaliação normativa: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1990).

Na análise de resultados existiram limites do estudo quanto à obtenção de dados que possibilitassem a comparação dos dois grupos (atendidos no canguru e atendidos pelo método tradicional). As anotações existentes no berçário mãe canguru se referem apenas aos RN ali internados e as variáveis não abordam todo o processo de internação. Os dados da internação obtidos no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) não foram analisados devido a complexidade metodológica e o tempo disponível para o estudo, mas poderão ser, futuramente, analisadas, o que facilitaria o processo de comparação. Lançou-se mão de todas as três dimensões (estrutura, processo e resultado) propostas por Donabedian (1990), para possibilitar um cenário mais amplo de avaliação da implantação do MMC na maternidade.

Os resultados deste trabalho permitem concluir que o MMC na MOV foi implantado em 2002, após treinamento realizado pelo MS, contando com a adesão e participação efetiva de alguns profissionais da MOV. Este momento foi importante para a difusão e a sistematização de fluxos internos, a abertura do alojamento Mãe Canguru e a sensibilização dos profissionais.

Na avaliação de estrutura, em geral, a maternidade atende aos requisitos preconizados na Norma de MMC do MS nos aspectos referentes a instalações, equipamentos; recursos humanos (número, a variedade e qualificação dos profissionais) (BRASIL, 2000). Na primeira etapa, quanto ao apoio às mães, existem limites à sua permanência na MOV, pelo espaço físico limitado e inexistência de cadeira entre os leitos. Na segunda etapa, a avaliação de estrutura mostrou uma estrutura adequada, que atende a todos os requisitos necessários para a prestação do MMC nesta fase. Na terceira etapa, encontramos um profissional extremamente consciente sobre o MMC e a sua importância para o bebê e sua família, porém é necessário que se estenda esse atendimento até os 2.500 gramas de peso do bebê como, recomendado pelo MS (BRASIL, 2000), pois este acompanhamento na MOV é realizado só até os 2.000 gramas.

Quanto à dimensão organizacional, avaliou-se a cobertura do programa na MOV que, em 2004, na segunda etapa, foi de 30%. O tempo médio de internação de nove dias e uma taxa de ocupação de cerca de 50%. A avaliação da valorização da proposta pela instituição mostrou que, embora haja apoio no sentido da solução de problemas estruturais, como alimentação, estrutura física, ainda não se observa pelas entrevistas, a opção clara pela expansão do método e integração entre as etapas, por parte da direção.

Na “dimensão técnica”, o entendimento da proposta pela equipe e capacitação mostrou que, apesar de um conhecimento geral dos objetivos do MMC, 66,7% dos profissionais não conhecem as normas do MMC e nunca receberam treinamento específico do método. Existe

uma adesão ao MMC, embora apareçam em diversas entrevistas, falas que mostram uma não implicação com o método, especialmente entre os profissionais da primeira etapa. Em relação à dimensão “adequação dos serviços à necessidade dos clientes”, a articulação das três etapas do método não se mostrou adequada, especialmente na primeira etapa, na qual os profissionais não se sentem participantes do método. Não há um processo de identificação de RN elegíveis e de informação das mães quanto ao MMC, nem estímulo ao aleitamento; as fórmulas são mais adotadas na prescrição aos RN que a amamentação natural. Quanto ao apoio às mães, existem limites à sua permanência na MOV, restringindo-se ao horário diurno. Não há disponibilidade de vale transporte, o que dificulta a presença das mães que, na maioria, são de baixo poder aquisitivo. Isso desestimula o aleitamento materno e o vínculo mãe RN.

Quanto à análise dos resultados, foram avaliados dados de internação e permanência dos RN no Método Canguru da MOV e a satisfação das mães. Cerca de 90% dos RN tiveram alta com menos de 1.900 gramas, enquanto os RN acompanhados na UTIN e berçário de risco têm alta em média com 2.000 gramas. O tempo de internação na segunda fase teve média de nove dias.

As entrevistas conduzidas junto às mães mostraram a satisfação das mesmas quanto ao MMC, por se sentirem mais confiantes no manejo do RN, estimuladas para o aleitamento, esperançosas pela possibilidade de alta precoce, satisfeitas quanto ao desempenho do hospital e da equipe técnica. As entrevistas conduzidas junto às equipes mostraram que os técnicos da segunda etapa são muito receptivos e sensibilizados quanto ao método.

Assim, pode afirmar que adotar o MMC não requer uma nova tecnologia, nem significa uma ruptura com os padrões tecnológicos tradicionais que necessitam de maiores investimentos para sua implantação. O MMC é um programa que pode ser desenvolvido em instituições, onde todos os profissionais que estão envolvidos direta e indiretamente com a assistência a essa população alvo estejam preparados e qualificados adequadamente.

Conclui-se, portanto, que existem avanços importante na MOV, mas ainda há a necessidade de investimento e apoio institucional para a capacitação da equipe, melhor articulação entre elas e a implantação efetiva das três etapas, especialmente, a primeira. Estudos externos quanto à efetividade do método poderão contribuir na melhor aceitação do MMC e maior envolvimento dos profissionais, especialmente dos médicos.

**REFERÊNCIAS**

---

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. *et al.* Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, n. 1, p. 93-107, 2002.

ALMEIDA-FILHO, N. ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. 5° ed. Editora MEDSI. Rio de Janeiro, 1999. 600 p.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Martins Fontes. São Paulo, 1978.

BELL, R. P.; McGRATH, J. M. Implementing a research based Kangaroo care program in the neonatal intensive care unite. *Nursing Clinics of North América*, v. 31, n. 2, p. 387-403, 1996.

BERNARD-RONNIN, A. C.; STACHTCHENCO, S.; GIRARD, G.; ROUSSEAU, E. Hospital Practices and Breastfeeding Duration: A meta-Analysis of controlled trials. *Birth*, v. 16, n.2 p. 64 – 66, 1989.

BNDES, Área de Desenvolvimento Social. *Textos sobre o Método Mãe Canguru*. Rio de Janeiro, [1999?].

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*, Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso (Método Canguru)*, Portaria n. 693, de 5 de maio de 2000. Dispõe sobre a norma para a implantação do método canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Diário Oficial da União, Brasília, 2000.

CARVALHO, M. R. *Método Mãe Canguru de Assistência ao Prematuro*. Rio de Janeiro: BNDES, 2001. 96 p.

CHARPAK, N, *et al.* Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants <2000 grams: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, v. 100, n. 4, p. 682-8, 1997.

CHARPAK, N. *et al.* A randomized controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics*, v. 108, n. 5, p. 1072-1079, 2001.

CHARPAK, N. *et al.* The Bogotá Declaration on Kangaroo Mother Care: Conclusions at the second internacional whorkshop on the method. *Acta Paediatr*, n. 89, p. 1137-1140, 2000.

CONDE-AGUDELO, A. DIAZ-ROSSELLO, J.L. BELIZAN, J.M. El método madre canguro para reducir la morbimortalidad en los neonatos com bajo peso al nacer. [\*Cochrane Database Syst Rev.\*](#), v. 2, CD002771, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A Avaliação Na Área De Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. *et al.* *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 1997. p. 29-49.

DENIS, J. L., CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. *et al.* *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 1997. p. 49-88.

DONABEDIAN, A. *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica.* México: Instituto Nacional de Salud Publica, 1990. 74p.

DUARTE, E. D. *Agora eu me sinto como uma mãe de muito tempo: a mulher que realiza o cuidado Mãe Canguru.* 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

FELDMAN, R. *et al.* Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *Pediatrics*, v. 19, n. 2, p. 16-26, 2002.

FERAUDY, P. Y. Manejo Ambulatorio Del Recien Nacido de Bajo Peso – Madre Canguro. *Rev. Soc. Boliviana de Pediatri*, n. 30 (suplemento), p. 68-75, 2001.

FURLAN, C. E. F. B. *et al.* Percepção dos pais sobre a vivência no método Mãe-Canguru. Ribeirão Preto, *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, v.11, n. 4, p. 444-452, 2003.

FURLAN, C. E. F. B. *Implantação do Método Mãe Canguru: Percepção do Enfermeiro e dos pais sobre a vivência*. 2002. 179 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

HABICHT, J. P.; VAUGHAN, P.; VICTORA, C. G. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology*, v. 28, p. 10-18, 1999.

HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1985.

HARTZ, Z. M. A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z. M. A. *et al. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 1997. p. 19-28.

JAVORSKI, M. *Os Significados do aleitamento materno para as mães de prematuros em cuidado canguru*. 1997. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

LAMY, F.; LAMY, Z. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: aspectos da efetividade da metodologia canguru*. Projeto de investigação apresentado ao Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

LEÃO, S. C. A importância do vínculo afetivo mãe-filho. *Jornal de Pediatria*. v. 57, n. 4, p. 381-82, 1984.

LUDKE, M. ANDRE, E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986. 99p.

MALTA, D. C. *Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte 1993-1996*. 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2001.

MANCINI, P. G .B. *Aleitamento na Alta de Recém Nascidos Internados em Berçário de Alto Risco: O Caso da Maternidade Odete Valadares 1998-2000*. 2002. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

MILTERSTEINER, A. R. *et al.* Respostas fisiológicas da Posição Mãe-Canguru em bebês pré-termos, de baixo peso e ventilando espontaneamente. *Rev. Brasileira Materno Infantil*, Recife, v. 3, n. 4, p. 447-455, 2003.

MINAYO, M. C. S. *et al.* *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec. 1999. 269 p.

MOREIRA, M. E. L. *et al.* *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 192 p.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 5, n. 34, p. 547-59, 2000.

PIZZATO, M.G.; DA POIAN, V.R.L. *Enfermagem neonatológica*. Porto Alegre: Editora da Universidade, 1982.

REA, M. F.; TOMA, T. S. *Assistência Canguru: Desenvolvimento de um Projeto-Piloto na cidade de São Paulo e Estudo de Custo-Efetividade*. Relatório Técnico. São Paulo: Instituto de Saúde, 1997.

REICHERT, A.P.S; COSTA, S.F.G. Experiência de ser mãe de recém-nascido prematuro. João pessoa: Editora Idéia, 2000. 94p.

SANTOS, I. S; VICTORA, C. G. Serviços de Saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, sup. 2, p. 337-41, 2004.

SCOCHI, C. G. S. *et al.* Evolução histórica da assistência ao recém nascido: Um panorama geral. *Actual Paul. Enf.*, São Paulo, v.9, n. especial, p. 91-101, 1996

TOMA, T. S. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 2, p.233-242, 2003.

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. *Enfermagem Obstétrica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.



## APENDICE A – Questionários aplicados

### ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA EQUIPE (ATUANDO NA PRIMEIRA ETAPA)

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Data:     /     /

1 - Qual a sua profissão?

|                                 |               |
|---------------------------------|---------------|
| Médico neonatologista da equipe | Enfermeira(o) |
| Auxiliar/ Técnico de Enfermagem | Psicólogo     |
| Assistente Social               | Fonoaudiólogo |
| Fisioterapeuta                  | Nutricionista |

\_\_\_\_\_

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

UTI neonatal                      Unidade de cuidados intermediários  
Unidade Canguru

3 – Há quanto tempo você trabalha nesse setor? \_\_\_\_\_meses

4 - Desde que você trabalha nesse setor recebeu algum treinamento sobre o Método Mãe-Canguru?

Sim                                  Não

5 - Qual o total de horas deste treinamento \_\_\_\_\_

6 – O hospital possui uma rotina escrita sobre a Assistência ao RN de baixo peso?

Sim                                  Não

7 – Você recebeu alguma orientação sobre esta rotina?

Sim                                  Não

8 - Quem visita o bebê na UTI e qual o acesso?

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

### TOQUE

9 - Quais são os critérios para a mãe/pai tocar seu filho?

O toque é livre                      Depende da gravidade do RN

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

10 - Os pais são estimulados quanto ao toque?

Sim Não

Como: \_\_\_\_\_

### **ESTIMULO À AMAMENTAÇÃO**

11 - É feita abordagem de orientação à mãe sobre ordenha?

Sim Não

12 - Em que momento é feita a primeira abordagem à mãe sobre ordenha?

Não é feita  
Primeiras 24 horas  
Segundo dia  
Quando o bebê está saudável  
Quando o bebê começa a se alimentar  
Não sabe  
Outros: \_\_\_\_\_

13 - As mães recebem orientação sobre a armazenamento do leite?

SIM NÃO

14 - Em que local é feita esta orientação?

No BLH Na própria Unidade

15 - As mães participam do estímulo à sucção?

SIM NÃO

16 - As mães podem administrar o leite ordenhado?

SIM NÃO

17 - Qual é o principal alimento inicial administrado por via enteral?

Leite Materno Cru Leite Materno Pasteurizado  
Fórmula

### **VISITA ACOMPANHADA**

18 - Como é a primeira visita da mãe? / pai / responsável?

Acompanhada por funcionários/profissionais desta Unidade.  
Acompanhada por profissional do Alojamento Conjunto / Maternidade  
Não acompanhada  
Outros: \_\_\_\_\_

19 - Caso a família (pai e outros membros) não comparecem para visitar o bebê dentro das primeiras 24 horas a equipe faz contato com estes.

Sim  
Não existe rotina neste sentido

20 – Quais as informações dadas aos pais na primeira visita?

Informações do quadro clínico

Apresentação das normas do hospital

Depende da demanda dos pais

### **INÍCIO DO CONTATO PELE A PELE.**

21 - Quando é feito o primeiro contato pele a pele na posição canguru na UTIN/Alto Risco?

Não é feito

Quando o bebê está estável

Quando a mãe deseja

Outros: \_\_\_\_\_

22 – Para que haja o contato pele a pele é necessário ter autorização do pediatra?

SIM

NÃO

23 – O que acontece com a mãe caso ela receba alta primeiro que a criança?

Vai para casa

Continua no hospital

24 – Caso ela continue no Hospital quais são as estratégias utilizadas para a sua permanência?

Fica no Alojamento conjunto internada

Alojamento para as mães (hotelzinho)

Não existe nenhuma estrutura

25 – Quais as estratégias para a permanência da mãe, durante o dia na Unidade

Vale transporte

Sala de espera

Refeição

Sala de Convivência

Outros: \_\_\_\_\_

### **APOIO A FAMÍLIA**

26 – Como é feito o apoio/atividades com a família?

Reuniões regulares

Atendimento Individual

Atividades de recreação

Não existe

27 – Quais são os profissionais que dão apoio à família?

Médico neonatologista da equipe

Enfermeira(o)

Auxiliar/ Técnico de Enfermagem

Psicólogo

Assistente Social

Fonoaudiólogo

Fisioterapeuta

Nutricionista

28 - O treinamento que você recebeu contribuiu para a implantação do método?

29 - Quais as facilidades na realização do Método Mãe-Canguru na Instituição? E as dificuldades?

30 – Em sua opinião, há problemas no MMC nesta instituição? Descreva-os.

31 - Fale-me sobre o significado do Método Canguru para você.



**APOIO A FAMÍLIA**

11 – Como é feito o apoio/atividades com a família?

|                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| Reuniões regulares      | Atendimento Individual |
| Atividades de recreação | Não existe             |

12 – Quais são os profissionais que dão apoio à família?

|                                 |               |
|---------------------------------|---------------|
| Médico neonatologista da equipe | Enfermeira(o) |
| Auxiliar/ Técnico de Enfermagem | Psicólogo     |
| Assistente Social               | Fonoaudiólogo |
| Fisioterapeuta                  | Nutricionista |

13 - O treinamento que você recebeu contribuiu para a implantação do método?

14 - Quais as facilidades na realização do Método Mãe-Canguru na Instituição? E as dificuldades?

15 – Em sua opinião, há problemas no MMC nesta instituição? Descreva-os.

16 - Fale-me sobre o significado do Método Canguru para você.



## ENTREVISTA COM MÃE NA SEGUNDA ETAPA

Data: \_\_\_\_\_

1 - Quando o seu bebê nasceu? Data: \_\_\_\_\_

Tem \_\_\_\_\_ dias de vida

2 - Com que peso o seu bebê nasceu? \_\_\_\_\_ gramas

3 - Qual é o peso hoje? \_\_\_\_\_ gramas

4 - Qual o tipo de parto?

Natural                      cesárea

5 - Logo que nasceu, você viu ou tocou o bebê na sala de parto:?

SIM                      NAO

6 - Quanto tempo depois do parto você visitou o seu bebê pela primeira vez? \_\_\_\_\_ horas.

7 - Na primeira vez que foi ver o bebê na UTI/UCI alguém da equipe do hospital a acompanhou e deu as informações que desejava?

SIM                      NAO

8 - Nessa ocasião alguém da equipe do hospital falou que você e o pai poderiam visitar e tocar o bebê sempre que quiserem?

SIM                      NAO

9 - 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)?

SIM                      NAO

10 - 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?

SIM                      NAO

A primeira vez foi com quanto tempo de vida? \_\_\_\_\_

11 - A participação no MMC foi uma escolha sua e de sua família?

SIM                      NAO

12 - Você considera que recebeu as informações e explicações suficientes e adequadas sobre o Método Canguru?

SIM            NAO

13 - Você recebeu orientações sobre como retirar o leite do peito com as mãos?

SIM            NAO

14 - Você recebeu orientações para que em casa, retirasse e guardasse o seu leite?

SIM            NAO

15 - Você recebeu informações sobre como levar o leite de casa para o hospital?

SIM            NAO

16 - Como você coloca o bebê na posição canguru?

Correto

Incorreto

Não quis descrever/demonstrar

17 - Porque você escolheu/decidiu vir para a enfermaria mãe 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)

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

19 - 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.

20 - O que você faz aqui além de cuidar do seu bebê?

21 - Você tem alguma sugestão para melhorar o cuidado Mãe Canguru deste hospital?

## ***ENTREVISTA COM A MÃE NA TERCEIRA ETAPA***

Data: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

1. Quando seu bebe nasceu? Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Tem \_\_\_\_\_ dias de vida

2. O parto foi natural ou cesárea? \_\_\_\_\_

3. Com que peso o seu bebê nasceu? \_\_\_\_\_gramas

5. Quando o seu bebê saiu de alta do hospital?  
Dias de vida na alta \_\_\_\_\_  
Qual o peso na alta \_\_\_\_\_ gramas

11 – A participacao no MMC foi uma escolha sua e de sua familia?

SIM                      NAO

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

SIM                      NAO

8. Você continua fazendo o canguru em casa?

SIM                      NAO

9. Quando o seu bebê saiu de alta do hospital ele estava mamando no peito?

SIM                      NAO

10. Seu bebe esta mamando exclusivamente no peito?

SIM                      NAO

Aleitamento materno exclusivo  
Preponderantemente leite materno  
Aleitamento Misto  
Fórmula

11. 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)

SIM                      NAO

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

SIM

NAO

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

< 6 horas

6-12 horas

12-18 horas

> 18 horas

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

Avó / Avô

Pai

Filho (a)

Outros parentes

Vizinho (a) / Amigo (a)

Ninguém

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

16 - Qual a sua maior dificuldade no Método Mãe Canguru?

17 - 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.

18 - Você tem alguma sugestão para melhorar o Método Mãe-Canguru do hospital?

**APENDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Estou ciente dos propósitos da pesquisa “Avaliação normativa da implantação do Método Canguru no Hospital Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais”, que tem como objetivo avaliar o Método Mãe Canguru, visando uma melhor análise desta metodologia e de sua implantação.

Declaro que fui devidamente informado dos objetivos da pesquisa e tenho a garantia de esclarecimento durante o curso da pesquisa sobre a metodologia e resultados. Nesse sentido, livre e espontaneamente concordo em participar da pesquisa, sob a forma desta entrevista, sabendo que posso interrompê-la a qualquer momento.

Estou ciente de que os dados por mim declarados serão confidenciais, assegurando-se a minha privacidade e garantindo que esta entrevista será utilizada apenas para fins de pesquisa e os resultados divulgados em revistas científicas não terão a identificação nominal, preservando-se o meu anonimato.

Declaro-me ciente e de livre e espontânea vontade assino o termo acima, em duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a outra ficará com o pesquisador Tarcísio Laerte Gontijo, Coren/MG: 106383-ENF, residente à Rua Piauí, 255 centro – Divinópolis/MG - Fones: (37)3222-8257 ou (37) 9111-8540 - Email: enftarcisio@yahoo.com.br.

Belo Horizonte, de 2005.

Nome:

Profissão:

Assinatura

COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS  
GERAIS – COEP - Tel: (031) 3499-4592

Av Presidente Antônio Carlos 6.627 - Prédio da Reitoria 7º andar sala 7.018

CEP: 31.270-901 - Belo Horizonte MG



## ANEXO A

### Portaria nº 693 de 05/057/2000 – Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso (Método Canguru)

#### Introdução

1 – Estas normas deverão ser observadas nas Unidades Médico Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS. As unidades que já possuem esse sistema de atendimento deverão manter o que vem fazendo, introduzindo apenas as novas adaptações no sentido de melhorar a eficiência e a eficácia da atenção.

2 – Considerando que os avanços tecnológicos para diagnóstico e manuseio de recém nascidos enfermos, notadamente os de baixo peso, melhoraram de forma impressionante as chances de vida desse grupo etário e que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vista à maior humanização do atendimento.

3 – A adoção dessa estratégia pode ser essencial na promoção de uma mudança institucional na busca de atenção à saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família.

4 – Entende-se que as recomendações aqui contidas deverão ser consideradas como um mínimo ideal para a tomada de condutas que visem proceder a um atendimento adequado ao recém nascido de baixo peso, com procedimentos humanizados, objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao manuseio e ao relacionamento familiar.

#### Definição

1 – “Método Canguru” é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém nascido

2 – A posição canguru consiste em manter o recém nascido de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto.

3 – Só serão considerados como Método Canguru os sistemas que permitam o contato precoce, realizado de maneira orientada, por livre escolha da família, de forma crescente e segura e acompanhado de suporte assistencial por uma equipe e saúde adequadamente treinada.

#### Vantagens

- Aumento do vínculo mãe-filho;
- Menor tempo de separação mãe-filho, evitando longos períodos sem estimulação sensorial;

- Estímulo ao aleitamento materno, favorecendo maior frequência, periodicidade e duração;
- Maior competência e confiança dos pais no manuseio de seu filho de baixo peso, mesmo após a alta hospitalar;
- Melhor controle térmico;
- Menor número de recém nascidos em unidades de cuidados intermediários, devido a maior rotatividade de leitos;
- Melhor relacionamento da família com a equipe de saúde;
- Diminuição da infecção hospitalar;
- Menor permanência hospitalar

### **População a ser atendida**

- Gestantes com situações clínicas ou obstétricas com maior risco para o nascimento de crianças de baixo peso;
- Recém nascidos de baixo peso, desde o momento de admissão na Unidade Neonatal até sua alta hospitalar, quando deverão ser acompanhados por ambulatório especializado;
- Mães e pais que, com suporte da equipe de saúde, deverão ter contato com seu filho o mais breve possível e receber adequada orientação para participar do programa.

### **Aplicação do método**

O método será desenvolvido em três etapas:

#### **1º Etapa**

Período após o nascimento de um recém nascido de baixo peso que, impossibilitado de ir para o alojamento conjunto, necessita de internação na unidade. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir as seguintes cuidados especiais.

- 1.1 – Orientar a mãe e a família sobre as condições de saúde da criança, ressaltando as vantagens do método. Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, propiciando sempre que possível o contato tátil com a criança. É importante que essas visitas sejam acompanhadas pela equipe assistencial, para que as orientações como medidas de controle de infecção (lavagem adequada das mãos), informações sobre os procedimentos hospitalares utilizados e as particularidades ambientais possam ser mais bem compreendidas pela família.

Nessa etapa deverão ser iniciadas as medidas para estímulo à amamentação. Dessa forma, ensinam-se os cuidados com as mamas, a ordenha manual e a armazenagem do leite ordenhado. Deve-se implantar a co-participação da mãe no estímulo à sucção e na administração do leite ordenhado, além dos adequados cuidados de higienização.

Nas situações em que as condições clínicas da criança permitirem, deverá ser iniciado o contato pele a pele direto, entre a mãe e criança, progredindo até a colocação do recém nascido sobre o tórax da mãe ou do pai.

- 1.2 – Ressaltar, sempre, a importância da atuação da mãe e da família na recuperação da criança.
- 1.3 – Após o parto, os primeiros cinco dias deverão ser utilizados para prestar todos esses ensinamentos à mãe e à família. Portanto, deve ser assegurada à puérpera a permanência da

unidade hospitalar, pelo menos durante esse período, recebendo todo o suporte assistencial necessário.

1.4 – Decorrido esse período, se a criança não preencher os critérios de entrada na etapa seguinte (2º) e houver necessidade da volta da mãe ao domicílio, deverão ser asseguradas à puérpera as seguintes condições:

- Vinda diária à unidade hospitalar, onde manterá contato com seu filho, receberá orientação e manterá a ordenha do leite;
- Auxílio transporte para a vinda diária à unidade de saúde;
- Refeições durante a permanência diurna na unidade (lanche pela manhã, almoço e lanche à tarde)
- Espaço adequado para a permanência, que permita descanso e possa ser utilizado para palestras. Esse espaço servirá também para conagração entre mães, o que propiciará maior confiança materna;
- O pai terá acesso à unidade e será estimulada sua participação nas reuniões com a equipe de saúde.

## 2º Etapa

O recém nascido encontra-se estabilizado e poderá ficar com acompanhamento contínuo de sua mãe. Nessa etapa, após o período de adaptação e treinamento realizados na etapa anterior, a mãe e a criança estarão aptos a permanecer em enfermaria conjunta, onde a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Essa enfermaria funcionará como um “estágio” pré alta hospitalar da mãe e do filho.

2.1 – São critérios de elegibilidade para a permanência nessa enfermaria:

2.1.1 – Da mãe:

- Certeza de que quer participar desse tipo de assistência, se tem disponibilidade de tempo e existência de um serviço social de apoio;
- Certeza de que a decisão seja tomada por meio de consenso entre a mãe, familiares e profissionais de saúde;
- Capacidade de reconhecer as situações de risco do recém nascido (mudança da coloração da pele, pausas respiratórias, regurgitações e diminuição de movimentação);
- Conhecimento e habilidade para colocação da criança em posição canguru.

2.1.2 – Da Criança

- Estabilidade clínica;
- Nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo);
- Peso mínimo de 1.250 gramas;
- Ganho de peso diário maior que 15 gramas.

2.2 – Para que haja ganho de peso, deve-se garantir a amamentação a cada duas horas no período diurno e a cada três horas no período noturno.

2.3 – As crianças que não apresentarem ganho adequado de peso devem realizar complementação láctea com leite posterior da própria mãe, via sonda gástrica ou copo.

2.4 – A utilização de medicamentos orais (complexo vitamínico, medicação contra refluxo gastroesofágico, xantinas, etc) não contra-indica a permanência nessa enfermaria.

2.5 – A administração de medicação intravenosa intermitente, através de dispositivo intravascular periférico, também não contra-indica a permanência em posição canguru.

2.6 – São critérios para a alta hospitalar com transferência para a terceira etapa:

- Mãe segura e bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar da criança;
- Mãe psicologicamente motivada para dar continuidade ao trabalho iniciado na maternidade;
- Compromisso materno e familiar para a realização do método por 24 horas/dia;
- Garantia de retorno freqüente à unidade de saúde;
- Criança com sucção exclusiva ao peito e ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta;
- Garantia, se houver necessidade de complementação da dieta, de que ela não esteja sendo ministrada por sonda gástrica;
- Condição de acompanhamento ambulatorial assegurada, sendo que na primeira semana a freqüência deverá ser de três consultas: na segunda semana, de duas consultas: e na terceira semana e nas seguintes, de pelo menos uma consulta até o peso de 2.500 gramas;
- Condição de recorrer à unidade hospitalar de origem a qualquer momento de urgência, quando ainda na terceira etapa.

### 3º Etapa

Essa etapa consiste no adequado acompanhamento da criança no ambulatório após a alta.

3.1 – São atribuições do ambulatório de acompanhamento:

- Realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida;
- Avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família;
- Corrigir as situações de risco, como ganho de peso inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apnéias;
- Orientar e acompanhar tratamentos especializados, como exame oftalmológico, avaliação audiométrica e fisioterapia motora;
- Orientar esquema adequado de imunizações.

3.2 – O seguimento ambulatorial deve apresentar as seguintes características:

- Ser realizado por médico treinado e familiarizado com o seguimento do recém nascido de risco;
- Observar a periodicidade já referida em item anterior;
- Ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado caso a criança necessite;
- Levar em conta que é a criança que determinará o tempo de permanência em posição canguru, o que ocorre, de modo geral, quando ela atinge o termo ou peso de 2.000 gramas;

- Após o peso de 2.500 gramas, o acompanhamento passa a ser orientado de acordo com as normas para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde.

## **Recursos para Implantação**

### **1 – Recursos humanos**

Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento da mãe e do filho conheça toda a extensão e a importância do método e esteja adequadamente treinada, para que ele possa exercido de maneira plena. Enfatiza-se, portanto, a necessidade de mudança de comportamento e da filosofia profissional para que a implantação dessa atenção humanizada não sofra solução de continuidade em nenhuma de suas etapas. Sempre que possível essa equipe multiprofissional deve ser constituída por:

- Médicos
  - Neonatologistas (Cobertura 24 horas)
  - Obstetras (Cobertura 24 horas)
  - Pediatras com treinamento em seguimento do RN de risco
  - Oftalmologista
- Enfermeiras (Cobertura 24 horas)
- Auxiliares de Enfermagem (na 2º etapa, uma auxiliar para cada seis binômios com cobertura de 24 horas)
- Psicólogos
- Fisioterapeutas
- Terapeutas ocupacionais
- Assistentes sociais
- Fonoaudiólogos
- Nutricionistas

### **2 – Recursos Físicos**

2.1 – Os setores de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários deverão obedecer às normas já padronizadas para essas áreas e permitir o acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento do contato tátil descritos nas etapas 1 e 2 dessa norma. É importante que essas áreas permitam a colocação de assentos removíveis (cadeiras, bancos) para inicialmente facilitar a colocação em posição canguru.

2.2 – Os quartos ou enfermarias para a 2º deverão obedecer à norma já estabelecida para alojamento conjunto, com aproximadamente 5 metros quadrados para cada conjunto leite materno/berço do recém nascido.

2.3 – Recomenda-se que a localização desses quartos permita facilidade de acesso ao setor de cuidados especiais.

2.4 – Objetivando melhor funcionamento, o número de binômios por enfermaria deverá ser de no, máximo, seis.

2.5 – Os postos de Enfermagem deverão localizar-se próximos a essas enfermarias.

2.6 – Cada enfermaria deverá possuir um banheiro (com dispositivo sanitário, chuveiro e lavatório) e um recipiente com tampa para recolhimento de roupa usada.

### **3 – Recursos materiais**

3.1 – Na 2ª etapa, a área destinada a cada binômio deverá conter: cama, berço (de utilização eventual, mas que permita aquecimento e posicionamento da criança com a cabeceira elevada), aspirador a vácuo, central ou portátil, cadeira e material de asseio.

3.2 Balança pesa-bebê, régua antropométrica, fita métrica de plástico e termômetro.

3.3 – Carro com equipamento adequado para reanimação cardiopulmonar, que deverá estar localizado nos postos de enfermagem.

### **Avaliação do método**

1 – Sugere-se que, periodicamente sejam realizadas as seguintes avaliações:

- Morbidade e mortalidade neonatal;
- Taxas de reinternação;
- Crescimento e desenvolvimento;
- Grau de satisfação e segurança materna e familiar;
- Prevalência do aleitamento materno;
- Desempenho e satisfação da equipe de saúde;
- Conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança;
- Tempo de permanência intra-hospitalar.

2 – A equipe técnica da Saúde da Criança/MS dispõe-se a fornecer modelo de protocolo para obtenção dos dados dessas avaliações.

### **Normas gerais**

1 – A adoção do Método Canguru visa fundamentalmente uma mudança de atitude no manuseio do recém nascido de baixo peso com necessidade de hospitalização e da atitude de sua família.

2 – O método descrito não é substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal nem da utilização de incubadoras, já que essas situações têm suas indicações bem estabelecidas.

3 – Não deve ser considerado que o método objetive apenas economizar recursos humanos e recursos técnicos, mas fundamentalmente aprimorar a atenção perinatal.

4 – O início da atenção adequada ao RN antecede o período do nascimento. Durante o pré-natal, é possível identificar mulheres com maior risco de recém nascido de baixo peso; para elas devem ser oferecidas informações sobre cuidados médicos específicos e humanizados.

5 – Nas situações em que há risco de nascimento de crianças baixo peso, é recomendável encaminhar a gestante para cuidados de referência, uma vez que esta é a mais segura.

6 – Na 2º etapa **não se estipula a obrigatoriedade de tempo em posição canguru**. Essa situação deve ser entendida como um fato que ocorre com base na segurança do manuseio da criança, no prazer e satisfação da criança e da mãe.

7 – Na 3º etapa, **para maior segurança, recomenda-se a posição canguru em tempo integral**.

8 – Deverá ser também estimulada a participação do pai e de outros familiares na colocação da criança em posição canguru.

9 – A presença de berço no alojamento de mãe e filho, com possibilidade de elevação da cabeceira, permitirá que a criança ali permaneça na hora do exame clínico, durante o asseio da criança e da mãe e nos momentos em que a mãe e a equipe de saúde acharem necessário.

10 – São atribuições da equipe de saúde:

- Orientar a mãe e a família em todas as etapas do método;
- Oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos;
- Encorajar o aleitamento materno;
- Desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição;
- Desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar;
- Participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção;

Orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe, e garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado.

**ANEXO B - Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

**ANEXO C - Aprovação da Pesquisa pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa da FHEMIG**