

Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública



Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista

São Paulo-SP – CEP: 01314-000

Tel.: (11) 3116-8500

Fax: (11) 3105-2772

www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**Secretário de Estado da Saúde de São Paulo**

David Everson Uip

Instituto de Saúde**Diretora do Instituto de Saúde**

Luiza Sterman Heimann

Vice-diretora do Instituto de Saúde

Sônia I. Venancio

**Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento
para o SUS-SP**

Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP

Tereza Setsuko Toma

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico

Márcio Derbli

Diretora substituta do Centro de Gerenciamento**Administrativo**

Maria Bernardete Marini

Coleção Temas em Saúde Coletiva**Volume 19 – Método Canguru no Brasil: 15 anos de
política pública**

ISBN 85-88169-01-0 Coleção Temas em Saúde Coletiva

ISBN 978-85-88169-29-6

Tiragem: 2000 exemplares

Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública

Organização: Maria Teresa Cera Sanches, Roberta Costa, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo, Denise Streit Morsch, Zeni Carvalho Lamy

Edição: Márcio Derbli

Imagens da capa e contracapa: Eduarda Streit Morsch

Revisão: Sárvio Nogueira Holanda

Projeto gráfico, editoração e impressão:

Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica

Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração

Maria Bernardete Marini

Biblioteca

Carmen Campos Arias Paulenas

Conselho Editorial Executivo

Áurea Eleutério Pascalicchio

Camila Garcia Tosetti Pejão

Carlos Tato Cortizo

Carmen Campos Arias Paulenas

Katia Cibelle Machado Pirotta

Lenise Mondini

Luiza Sterman Heimann

Marcio Derbli

Maria de Lima Salum e Moraes

Marina Ruiz de Matos

Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Tereza Setsuko Toma

Este livro não pode ser comercializado e sua distribuição é gratuita.

A versão online está disponível no site [www.saude.sp.gov.br/](http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/temas-em-saude-coletiva)

instituto-de-saude/producao-editorial/temas-em-saude-coletiva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca. Centro de Apoio Técnico-Científico. Instituto de Saúde

Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública / organizado por Maria Teresa Cera Sanches... [et al]. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

261 p. (Temas em saúde coletiva, 19)

ISBN 978-85-88169-29-6

1. Método Canguru/hist. 2. Aleitamento materno 3. Recém-Nascido de Baixo Peso 4. Política Pública I. Sanches, Maria Teresa Cera, org. II. Série.

Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública

**Maria Teresa Cera Sanches
Roberta Costa
Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo
Denise Streit Morsch
Zeni Carvalho Lamy
Organizadores**

**Instituto de Saúde
São Paulo - 2015**

Sumário

Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública

Organização: Maria Teresa Cera Sanches, Roberta Costa, Vivian Mara
Gonçalves de Oliveira Azevedo, Denise Streit Morsch,
Zeni Carvalho Lamy

Prefácio

Paulo Vicente Bonilha Almeida 09

I Contando a história

1 Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru: 15 anos de uma política pública de saúde que mudou o cuidado perinatal brasileiro

Nelson Diniz de Oliveira, Marinice Coutinho Midlej Joaquim, Ana Goretti
Kalume Maranhão, Catarina Schubert 17

2 Método Canguru no contexto das políticas públicas para atenção à gestação, parto, nascimento e recém-nascido no Brasil

Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes 31

II Experiência dos Centros Nacionais de Referência

3 Trajetória do Método Canguru nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Nicole Oliveira Mota Gianini 49

4 Trajetória do Método Canguru no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

Geisy Maria de Souza Lima 65

- 5 Trajetória do Método Canguru no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA**
Zeni Carvalho Lamy, Marynéa Silva do Vale, Eremita Val Rafael, Francisca da Silva Sousa, Marinense Herminia Santos, Fernando Lamy Filho, Patrícia Franco Marques, Roberta Borges C. de Albuquerque, Vanda Maria Ferreira Simões .. 81
- 6 Trajetória do Método Canguru no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC**
Zaira Aparecida de Oliveira Custódio, Roberta Costa, Márcia Borck..... 99
- 7 Trajetória do Método Canguru no Hospital Geral de Itapeceirica da Serra – HGIS**
Eliana Maria Cintra, Vanessa Dias da Silva, Olga Penalva Vieira da Silva
Margareth Dirickson, Mari Elísia de Andrade 113

III Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru

- 8 Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru no Brasil**
Zeni Carvalho Lamy, Fernanda Córdova, Luiza Geaquinto Machado
Denise Streit Morsch, Paulo Vicente Bonilha Almeida 127
- 9 Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru em Hospitais de Ensino**
Sérgio Tadeu Martins Marba, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira
Azevedo, Maria Cândida Ferrarez Bouzada, Marcelle Campos Araújo,
Fernanda de Oliveira Gontijo 145
- 10 Análise Situacional da Implantação do Método Canguru em Maternidades Públicas Brasileiras**
Jordana Santos Cardoso, Zeni Carvalho Lamy, Fernando Lamy Filho,
Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes, André Luiz Guimarães de
Queiroz, Nicole Oliveira Mota Gianini, Geisy Maria de Souza Lima,
Zaira Aparecida de Oliveira Custódio, Maria Teresa Cera Sanches,
Paulo Vicente Bonilha Almeida 165
- 11 Cuidado compartilhado entre a Atenção Hospitalar e Atenção Básica**
Zeni Carvalho Lamy, Mae Soares, Denise Streit Morsch 187

IV Contribuições para a Produção do Conhecimento

12 Contribuições de autores nacionais para a produção de conhecimento sobre o Método Canguru

Roberta Costa, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo, Maria Teresa Cera Sanches, Arnaldo Costa Bueno, Luiza Geaquinto Machado 211

13 Contribuições do Instituto de Saúde para a produção de conhecimento e capacitação de profissionais para o Método Canguru

Maria Teresa Cera Sanches, Sonia Isoyama Venâncio, Tereza Setsuko Toma, Honorina de Almeida 245

Prefácio

Paulo Vicente Bonilha Almeida¹

Um dos grandes desafios para todos nós, brasileiros, refere-se ao cuidado de nossas crianças. Uma conjunção de políticas públicas voltadas para a gestante, criança e família vem sendo desenvolvida pelo País nas últimas décadas levando a alguns resultados exitosos, embora saibamos que ainda há muito o que fazer.

Nesta perspectiva, destacamos a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido (RN) de Baixo Peso – Método Canguru, política pública nacional desde o ano 2000, que vem modificando o paradigma do cuidado perinatal e contribuindo para a redução da morbimortalidade neonatal.

O Brasil apresentou redução de 77% das mortes na infância desde 1990 até 2012, com isso cumprindo, com três anos de antecedência, o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) número 4, que previa a redução em 2/3 da mortalidade desse público entre 1990 e 2015. Em 1990 a taxa brasileira indicava que a cada mil crianças nascidas vivas, 58 morriam antes de completar cinco de anos de vida. Em 2012, o índice foi reduzido para 16/1.000, o quinto maior ritmo de queda do mundo deixando conosco a tarefa de identificarmos a cada momento as questões que irão determinar a redução desses índices.

Estes resultados, segundo uma publicação da revista *Lancet*, em 2013, foram atribuídos, em grande parte, à expansão da Atenção Básica no país, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), somada ao benefício do programa de transferência de renda Bolsa-Família, que possibilitaram melhorias nas condições de educação e saúde, garantindo às famílias mais vulneráveis, maior cobertura de vacinação, de consultas de pré-natal e puericultura, entre outras.

Destacamos, ainda, a Política Nacional de Aleitamento Materno, com suas múltiplas estratégias de ação (Iniciativa Hospital Amigo da

¹ Paulo Vicente Bonilha Almeida (paulo.bonilha@saude.sp.gov.br) é Coordenador-Geral da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde.

Criança, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Ação Mulher Trabalhadora que Amamenta, Rede Brasileira de Bancos de Leite e campanhas anuais de mobilização social) a qual tem conseguido ampliar as taxas de aleitamento materno de forma significativa contribuindo efetivamente para que o País atingisse as metas internacionais. Nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, o tempo médio de aleitamento materno aumentou em um mês e meio entre 1999 a 2008.

O Programa Nacional de Imunização, que em 2013 completou 40 anos, conseguiu que o País eliminasse a ocorrência de muitas doenças imunopreveníveis e já vem conseguindo ofertar as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), mantendo altos índices de cobertura vacinal.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde, a partir da Rede Cegonha, fortaleceu medidas para o enfrentamento da mortalidade materna e infantil (em especial no componente neonatal cuja redução tem se mostrado mais lenta) a partir do fomento à atenção integral e humanizada às gestantes e aos bebês, qualificando o pré-natal, apoiando a adoção das boas práticas obstétricas e neonatais, baseadas em evidências e preconizadas pela OMS. Entre essas práticas, destacamos o enfrentamento às cesáreas sem indicação médica precisa, que favorecem o nascimento pré-termo ou em idade gestacional limítrofe e, conseqüentemente, uma série de complicações.

A Rede Cegonha possibilitou ainda a criação de mais de 1.000 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e por meio da Portaria GM-MS 930/2012, instituiu o conceito de “cuidado progressivo”, buscando a continuidade do cuidado, desde a UTIN, passando pelo leito de Unidade de Cuidados Intermediários Convencional, até chegar à Unidade de Cuidados Intermediários Canguru. Esta tipologia de leito canguru é outra inovação citada na portaria, que reforçou a garantia do direito do recém-nascido internado em UTIN contar com sua mãe, pai ou cuidador 24h por dia, conquistas normativas fortemente influenciadas pelas práticas do Método Canguru no País.

Iniciativa igualmente importante no âmbito da Rede Cegonha, do ponto de vista da qualificação e humanização da atenção, foi a normatização de diretrizes de atenção ao RN no momento do nascimento. A tríade

de boas práticas – clampeamento oportuno do cordão umbilical, contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora de vida – associada à garantia de oferta de profissionais capacitados em reanimação neonatal, são fundamentais para a redução da morbidade e do componente neonatal da mortalidade infantil.

Considerando todo o acima exposto, percebe-se que o atual contexto da saúde da criança no Brasil, não permite mais que as políticas públicas se contentem com a sobrevivência infantil, precisando necessariamente, a exemplo de muitos países, da estruturação de políticas públicas que ao mesmo tempo se preocupem com o pleno desenvolvimento na primeira infância.

Neste sentido, foram articuladas estratégias que culminaram, em 2015, com a publicação da Política de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Esta política agrega sete eixos que perpassam todas as redes de atenção à saúde, envolvendo ações que vão desde a atenção humanizada perinatal até o desenvolvimento integral da criança. Um dos sete eixos é a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru.

No Brasil, o Método Canguru sempre foi utilizado como um cuidado diferenciado visando à qualidade da assistência. Ao completar 15 anos de política no País, destaca-se além da redução da mortalidade, uma série de vantagens evidenciadas em publicações científicas, entre elas um melhor desenvolvimento neuropsicomotor.

A estratégia de disseminação do Método Canguru, historicamente adotada pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde brasileiro, com a criação de Centros de Referência e formação maciça de tutores para a disseminação do Método tem permitido sua implantação crescente em mais e mais hospitais.

O sucesso da capacitação dos hospitais de ensino do País, sendo vários deles referência nacional na atenção neonatal, foi outra conquista, com destaque para os que compõem a Rede Brasileira de Pesquisa Neonatal. Muitos, nos últimos anos, não apenas aderiram ao Método Canguru, mas estão atuando como multiplicadores em sua região, cumprindo com seu papel de formação e extensão universitária.

Este modo de trabalhar e seus resultados já colocaram o País em evidência no âmbito internacional, trazendo um novo desafio de respon-

der a crescentes demandas de países interessados em firmar parcerias de cooperação internacional com o Brasil. Neste sentido, é também com júbilo que o Ministério da Saúde pode anunciar que em 2015 foi iniciada a primeira Cooperação Internacional neste campo, apoiando El Salvador a ser mais um país a ter seus recém-nascidos beneficiados pelo Método Canguru.

No âmbito nacional, o desafio maior que ora se apresenta é a qualificação das equipes de Atenção Básica do País para uma atenção qualificada à criança que nasceu pré-termo egressa de internação neonatal, na 3ª etapa do Método Canguru. O objetivo é que os profissionais da Atenção Básica sintam-se seguros para acolher e acompanhar essas crianças, utilizando-se deste Método, de forma compartilhada com a equipe multiprofissional da maternidade de nascimento do bebê.

Esta publicação cumprirá papel importante como registro histórico e para a consolidação da implementação desta Política Nacional em todos os aspectos aqui abordados, se tornando leitura obrigatória por todos os profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) empenhados em ofertar uma atenção mais qualificada e humanizada a cada brasileira e brasileiro de nosso país.

Finalmente, não poderia encerrar sem deixar de prestar, em nome do Ministério da Saúde, uma justa homenagem à Profa. Zeni Lamy, docente da Universidade Federal do Maranhão, que, com tanto brilhantismo e dedicação vem coordenando a expansão e o fortalecimento desta Política no País. Na pessoa dela homenageio e agradeço a Luiza Geaquinto, responsável pela Política na Coordenação Geral Saúde da Criança e Aleitamento Materno – GSCAM, aqui no Ministério da Saúde e a cada um dos não menos devotados Consultores Nacionais e Tutores Estaduais do Método Canguru, que compõem este belo e generoso time de verdadeiros militantes pelo SUS e pela saúde dos bebês e suas famílias no Brasil!

Boa leitura!

Apresentação

Caro leitor,

É com imensa satisfação que apresentamos este livro, que comemora os 15 anos da Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, modelo de assistência neonatal implantado no País. Pretendemos que sua leitura possa levá-lo a conhecer a história de um movimento que se preocupa em cuidar de uma maneira integral de bebês que nascem pequenos e/ou de forma antecipada no Brasil.

Acreditando que seria possível provocar mudanças na forma tradicional de cuidado, que até então privilegiava os aspectos biológicos, um grupo de profissionais da área de neonatologia, convidados pela então Área Técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, assumiu a tarefa de pensar o Método Canguru no Brasil.

Desafios lançados, conquistas e dificuldades presentes, o tempo foi garantindo que não se tratava de um grupo de sonhadores, mas profissionais que conseguiam, em função de suas experiências e sua forma de entender os fios e os laços que ligam um bebê e sua família, criar uma forma de cuidar que fosse adequada ao momento de todos.

Saindo do lugar comum onde o Método Canguru era identificado apenas como a posição do bebê junto ao peito de sua mãe e/ou seu pai, o Cuidado Canguru foi tomando conta das maternidades e unidades neonatais, indo ao encontro dos desejos do grupo familiar quanto à proximidade e intimidade com seu bebê.

Entretanto, o descanso não se mostrou possível. Cada resultado alcançado trouxe consigo o descortinar de novas necessidades, provocando sempre um maior dinamismo nas intervenções sejam elas bio, psico ou sociais. A ideia de singularidade passou a ser contemplada e incluída como mais uma premissa do Método Canguru, possibilitando que o bebê seja amparado não só por sua história perinatal, mas também por sua história familiar e social.

À medida que você for lendo este livro e os relatos que ele contém, vai conhecer a trajetória deste trabalho e suas linhas mestras. O livro é

composto por espaços e tempos diferentes, mas sempre complementares, em seus diversos capítulos.

A parte 1 conta a história do Método Canguru no Brasil, narrada pelos profissionais que se ocuparam em formalizar e normatizar a sua aplicação como política nacional de saúde. E também, apresenta o Método Canguru no contexto das diversas políticas públicas relacionadas à gestação, parto, nascimento e recém-nascido.

Na parte 2 são apresentadas as experiências dos cinco Centros Nacionais de Referência, com suas estratégias e peculiaridades.

A parte 3 destaca o Projeto de Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru no Brasil, apresentando as principais ações desenvolvidas, nas maternidades da rede de saúde, nos Hospitais de Ensino e os novos desafios com o trabalho compartilhado com a Atenção Básica.

Finalizando, a parte 4 traz a contribuição de pesquisadores brasileiros e do Instituto de Saúde de São Paulo para a produção de conhecimento sobre o Método Canguru.

Se hoje podemos nos felicitar por muitas conquistas ao longo destes 15 anos, os relatos e estudos que fazem parte deste livro podem facilitar o encontro de novos parceiros para os desafios que, temos certeza, surgirão a cada dia.

O convite está feito. Aceite e compartilhe este método de cuidado que qualifica a neonatologia brasileira, promovendo uma melhor assistência e proteção às crianças e suas famílias.

As organizadoras.

Contando a história

As políticas públicas nacionais voltadas para a saúde materna e infantil vêm sendo articuladas e progressivamente construídas em nosso País. O Método Canguru surge no mundo na década de 1970 e no Brasil, ganha seu reconhecimento em 2000 a partir da publicação da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso.

Nesta primeira parte apresentaremos o trabalho contínuo de implantação e implementação dessa proposta de melhoria do cuidado perinatal e sua articulação com as diversas políticas públicas relacionadas à gestação, parto, nascimento e recém-nascido.

Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru: 15 anos de uma política pública de saúde que mudou o cuidado perinatal brasileiro

Nelson Diniz de Oliveira¹

Marinice Coutinho Midlej Joaquim²

Ana Goretti Kalume Maranhão³

Catarina Schubert⁴

Introdução

Decorridos quinze anos desde a sua publicação, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo peso, Método Canguru, do Ministério da Saúde, continua não só revolucionando a atenção perinatal de qualidade no País, mas realizando um trabalho constante de implantação e implementação dessa proposta de melhoria do cuidado perinatal dos serviços de neonatologia, impactando positivamente nos indicadores de saúde perinatal. Mas, qual foi o norteador que desencadeou todo esse movimento revolucionário no nosso sistema de atenção à saúde perina-

1 Nelson Diniz de Oliveira (nelson.diniz@uol.com.br) é pediatra – neonatologista, doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo e ex-Consultor da Área Técnica da Saúde da Criança do Ministério da Saúde-Brasil.

2 Marinice Coutinho Midlej Joaquim é pediatra – neonatologista, doutora em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo e ex-Consultora da Área Técnica da Saúde da Criança do Ministério da Saúde-Brasil.

3 Ana Goretti Kalume Maranhão é pediatra e ex-Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Criança do Ministério da Saúde – Brasil.

4 Catarina Schubert (catarinashubert@gmail.com) é enfermeira e ex-Consultora da Área Técnica da Saúde da Criança do Ministério da Saúde-Brasil.

tal? Quais foram os desafios enfrentados na sua implantação e consolidação? Por que a necessidade de um trabalho de reoxigenação constante e como realizar essa façanha?

Talvez para entendermos isso, devemos trabalhar com o conceito de mudança de paradigmas. Árdua tarefa que é a mudança de hábitos anteriormente considerados imutáveis na atenção perinatal e, de mente aberta ao conhecimento, lançar um olhar para novos conceitos e novos desafios. E para que esses novos conceitos e desafios não se percam e envelheçam com o tempo, pastoreá-los sempre e respaldá-los com evidências científicas na busca constante do seu aprimoramento, não os deixando envelhecer, tornando-os sempre atuais.

Neste capítulo abordamos parte dessa história e dos pilares da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo peso. Uma obra construída por muitos autores, profissionais sonhadores, abnegados e persistentes. Através da lista dos participantes do primeiro encontro de trabalho realizado pela então Área Técnica da Saúde da Criança, do Ministério da Saúde (figura 1), homenageamos todos esses construtores do passado, os que fazem o presente e o futuro dessa obra.

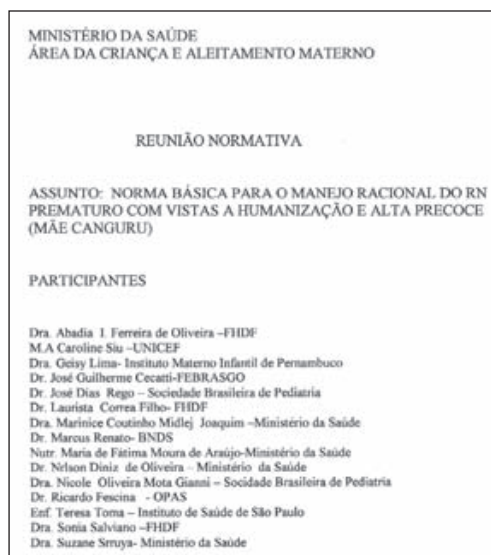


Figura 1 – Participantes da Reunião Normativa da Norma Básica para o Manejo Racional do RN Prematuro com vistas a Humanização e Alta Precoce

Procuramos também mostrar alguns dos passos atuais desse movimento que se mantém forte e crescente, ressaltando em quais aspectos ele impacta na melhoria dos indicadores de saúde perinatal, não somente para uma população de recém-nascidos de baixo peso ao nascer, mas na atenção perinatal de uma maneira global.

A ideia inicial

Com o nome de “Mãe Canguru” a proposta de colocar precocemente o recém-nascido de baixo peso em contato pele a pele contínuo com o peito de sua mãe, foi inicialmente idealizada na Colômbia no ano de 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, pelos Dr. Reyes Sanabria e Dr. Hector Martinez. O pensamento então era o de melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo naquele país, baratear os custos da assistência perinatal e promover, por meio do contato pele a pele precoce entre a mãe e o seu bebê, vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento. De acordo com o preconizado pelos seus propositores, haveria “alta hospitalar precoce” e o acompanhamento ambulatorial se tornava um dos pilares fundamentais no seguimento dessas crianças, que no domicílio deveriam continuar sendo mantidas em contato pele a pele com a mãe na “posição canguru”. Por isso, o termo utilizado, “Mãe Canguru”.

A partir de então, o ato de carregar o recém-nascido pré-termo contra o tórax materno ganhou o mundo, recebendo adeptos e opositores, como é natural em todo o processo de aplicação de novas tecnologias. Estabeleceu-se então o embate: “canguru x incubadora”. Entre os adeptos, podíamos observar aqueles cuja bandeira inicial era contrapor, com a nova proposta, o chamado tecnicismo desenvolvido para o cuidado do recém-nascido pré-termo, substituindo dessa forma a “máquina e o especialista” pelo “humano e familiar”.

A crônica dificuldade de se obter recursos adequados para a saúde pareceu acenar com uma “metodologia salvadora e de baixo custo”. No entanto, essa postura radical fechava os olhos para as necessidades essenciais que o ser pré-termo apresenta para superar as dificuldades bio-

lógicas inerentes ao seu grau de imaturidade e colocava esse segmento infantil sob uma prática de risco. Esse aspecto fez com que, por muito tempo, a questão fosse rotulada como uma alternativa encontrada pelos países ditos de “terceiro mundo” para baratear o custeio do cuidado neonatal. Aos críticos do método, no entanto, escapava a sensibilidade e o reconhecimento de que a precoce aproximação da mãe com o seu recém-nascido estaria estimulando e fortalecendo, entre outros fatores, um forte laço psíquico e afetivo, termos esses tão pouco conhecidos e aplicados nesse meio, muito embora já fossem enfatizados nos idos de 1900 pela escola francesa de Tarnier e Budin.

Aos defensores faltava uma aproximação entre o chamado “estado tecnológico da arte” no cuidado dos pré-termo e os benefícios que o reconhecimento da presença materna traria para a excelência desse cuidado tornando-se, portanto, uma tecnologia igualmente inovadora e de alta qualidade.

O surgimento do conceito brasileiro do Método Canguru

Em 1997, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), hoje conhecido como Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, foi um dos finalistas, com o projeto “Enfermaria Canguru”, do concurso de projetos sociais “Gestão Pública e Cidadania”, realizado pela Fundação Ford e Fundação Getúlio Vargas, com apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Essa prática já vinha sendo adotada previamente pelo Hospital Estadual Guilherme Álvaro, em Santos (SP), desde 1991, em uma pequena enfermaria para alojamento mãe-bebê.

De 27 a 29 de janeiro de 1999, o IMIP sediou o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru, do qual participaram representantes dos hospitais que já realizavam essa prática, como o César Cals (Ceará), Frei Damião (Paraíba), Maternidade Leila Diniz (Rio de Janeiro), Maternidade Sofia Feldman (Minas Gerais) e Hospital Guilherme Álvaro (São Paulo), além de representantes da então Área Técnica da Saúde da Criança do Ministério da Saúde.

No mesmo ano, nos dias 16 e 17 de março, o BNDES, no Rio de Janeiro, patrocinou um grande evento aberto ao público que incluiu, além

dos centros anteriormente citados, convidados de diversos outros hospitais, sendo alguns de ensino, para apresentar esse novo modelo de assistência ao recém-nascido pré-termo, que se tornava elemento fundamental para a sua sobrevivência.

A partir desses marcos, alguns hospitais brasileiros, notadamente no eixo norte-nordeste, passaram a estabelecer modelos, os mais diversos, de utilização da posição canguru para a população de “mães e bebês pré-termo”. Esse fato motivou o Ministério da Saúde, por intermédio da então Área Técnica de Saúde da Criança, a observar e analisar essa nova corrente instituída e propor uma normatização para o seu uso.

Dessa forma, em junho de 1999, a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, por intermédio de sua Área Técnica de Saúde da Criança, estabeleceu um grupo de trabalho que reuniu representantes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Universidade de Brasília, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, Instituto Materno Infantil de Pernambuco e BNDES, com o objetivo de traçar diretrizes que pudessem, de certa forma, organizar, padronizar e ampliar o entendimento das diferentes experiências em curso.

Para essa reunião, que consumiu inicialmente dois dias de intenso trabalho, a Área Técnica de Saúde da Criança, por meio dos seus técnicos, apresentou um relatório com a análise das observações previamente realizadas nos diferentes hospitais e maternidades, envolvendo e ampliando essa nova proposta de assistência. Esse documento, analítico e propositivo, seria a futura NORMA DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO - MÉTODO CANGURU. É interessante observar o título utilizado para a convocação da reunião (figura 1) e o resultado final (figura 2).

A concepção que norteou esse documento era de que, por meio da “prática canguru”, aproveitar-se-ia do momento ora em ebulição para poder associar todas as correntes mais modernas da atenção ao recém-nascido e à sua família. Isso incluía necessariamente os requisitos da atenção biológica e os cuidados técnicos especializados mais atuais, as particula-

ridades do conhecimento do neurodesenvolvimento infantil e a atenção psicoafetiva da tríade pai-mãe-bebê e família, com igual ênfase. Especial preocupação também foi dada ao estabelecimento do item dos “cuidados com quem cuida”, ampliando a importância do cuidar também da equipe de saúde como um princípio básico e fundamental para se propiciar uma boa atenção em saúde perinatal. Era o princípio para o estabelecimento de uma Perinatologia moderna e ampliada.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ilmo Sr. (a)
Nicole Mota Gianni

Com respeito a minuta da norma para Atenção Humanizada do Recém-nascido de baixo-peso (Método Canguru), aprovada nas reuniões de 1 e 2 de junho próximo passado e encaminhada recentemente para apreciação final, solicitamos especial atenção no envio da resposta até o dia 15/08/99.

Desde já renovamos os votos de estima e consideração.

Atenciosamente,


Dra Ana Goretti Kalume Maranhão
Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
SPS/MSAb

Figura 2 – Solicitação de apreciação da minuta da Norma para Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru).

Dessa forma, no dia 8 de dezembro de 1999, em seminário realizado no Rio de Janeiro, novamente no auditório do BNDES, a NORMA DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO – MÉTODO CANGURU foi apresentada pelo então Ministro da Saúde à comunidade científica brasileira.

No dia 5 de julho de 2000, o projeto foi publicado na íntegra no Diário Oficial da União - Portaria GM nº 693, que estabelece o Método Canguru como uma Política Nacional de Saúde. Esta portaria esteve vigente durante sete anos e no dia 12 de julho de 2007 foi revogada e atualizada com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.683.

A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru

A visão brasileira sobre o Método Canguru é uma mudança do paradigma da atenção perinatal, na qual as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos. A atuação começa numa fase prévia ao nascimento de um bebê pré-termo e/ou de baixo peso, com a identificação das gestantes com risco. Nessa situação, a futura mãe e a sua família recebem orientações e cuidados específicos. O suporte psicológico é prontamente oferecido. Com o nascimento do bebê, e havendo a necessidade de permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e/ou de Cuidados Intermediários (UCI), especial atenção é dada no sentido de estimular a entrada dos pais na unidade, estabelecerem maior proximidade com o seu filho até um contato direto pele a pele com a criança, que acontece de forma gradual, crescente, de maneira segura e agradável. O estímulo à lactação/amamentação e a participação dos pais nos cuidados do bebê são prioridades. A posição canguru é proposta sempre que possível e desejada.

Na segunda etapa existe um grau de estabilidade clínica da criança, ganho de peso regular, segurança materna, interesse e disponibilidade da mãe em permanecer com a criança o maior tempo desejado. Nessa situação, a posição canguru também será realizada pelo maior período possível considerado seguro e agradável.

A terceira etapa ocorre com a alta hospitalar e vai até a criança atingir 2.500g. Nesta etapa um seguimento ambulatorial criterioso é realizado para o bebê e sua família. Todo esse acompanhamento, desde a primeira fase, é realizado por uma equipe multiprofissional capacitada para a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

Estabelecimento dos Centros de Referência Nacional e a implantação da Norma de Atenção Humanizada

Após o estabelecimento de uma norma para nortear a utilização do Método Canguru segundo o paradigma brasileiro, surgiu a necessidade de desenvolvimento de uma estratégia para a sua implementação nas diversas unidades neonatais do País. Para isso foi constituído um novo grupo de trabalho para a concepção de um manual detalhando toda a metodologia.

Uma vez elaborado o manual, discutiu-se a criação dos Centros Nacionais de Referência, inicialmente cinco, espalhados estrategicamente pelo País, que seriam responsáveis por disseminar a metodologia a partir de cursos teóricos/práticos, com 40 horas de duração, para os grupos de profissionais das diferentes unidades hospitalares. O curso para treinamento dos instrutores que iniciariam a capacitação dos profissionais nos Centros Nacionais de Referência ocorreu nas dependências do IMIP nos dias 17, 18 e 19 de maio de 2000 (figura 3).

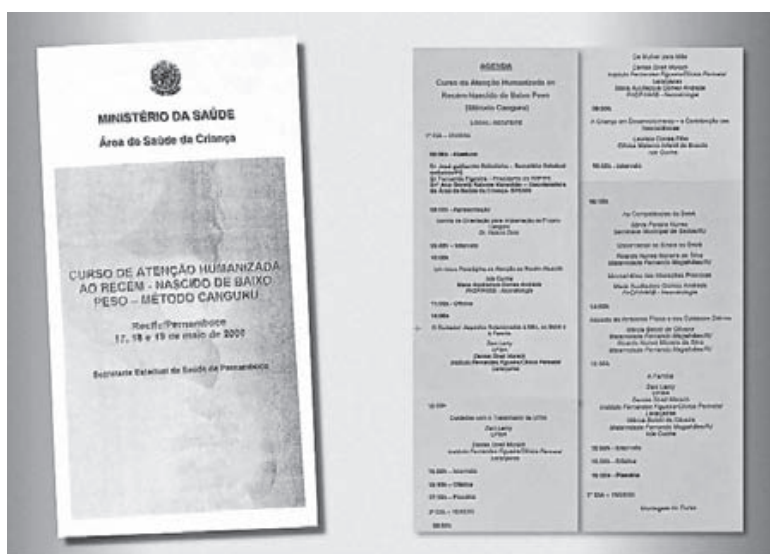




Figura 3: Folder do Curso de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, IMIP-Recife/PE, 17 a 19 de maio de 2000.

Os primeiros Centros Nacionais de Referência foram: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), em Recife (PE); Maternidade Escola Assis Chateaubriand juntamente com o Hospital César Cals, em Fortaleza (CE); Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão em São Luís (MA); cinco maternidades da Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, compondo um centro único de capacitação; e o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina em Florianópolis (SC). Logo depois, criaram-se mais dois Centros Nacionais de Referência, um localizado em Brasília (DF), no Hospital Regional de Taguatinga, da Secretaria de Saúde do GDF, e outro em São Paulo (SP) no Hospital Geral de Itapeverica da Serra (HGIS) da Secretaria Estadual de Saúde.

Resultados preliminares e labutas na implantação

Os programas de capacitação de profissionais e o estabelecimento de unidades praticantes do Método Canguru, norteados pela Norma de

Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso, do Ministério da Saúde, cresceram de forma vertiginosa, mudando o paradigma da atenção ao recém-nascido. Para isso contou-se também com a valiosa participação da Fundação ORSA, que colaborou com essa disseminação como parceira do Ministério da Saúde. Nesse período também, um trabalho árduo e constante de alguns membros do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria foi desenvolvido para que o Método proposto pelo modelo brasileiro, bem diferenciado dos até então existentes, pela sua abrangência, atualidade e reconhecimento de todos os aspectos necessários para uma atenção perinatal de qualidade, fosse discutido em congressos e seminários médicos em todo território nacional. Dessa forma, o Método proposto passou a ganhar dimensões de acreditação científica e ser visto como um verdadeiro avanço na atenção perinatal. No ano de 2002 o Programa de Disseminação do Método Canguru do Ministério da Saúde recebeu o Prêmio Racine.

Nos dias 11 e 12 de novembro do ano de 2004, na cidade do Rio de Janeiro, o Brasil teve a honra de sediar o Primeiro Seminário Internacional sobre a Assistência Humanizada ao Recém-nascido de Baixo peso e o 5º Workshop Internacional sobre o Método Canguru, financiado pelo BNDES. Esse Workshop contou com a participação de profissionais de 22 diferentes países que puderam conhecer a forma como o Brasil trabalhava o Método Canguru. Para que esse entendimento se tornasse mais fácil para a comunidade científica internacional, o Manual de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo peso – Método Canguru foi disponibilizado aos participantes em uma versão em inglês.

Importante também observar que, tendo em vista a necessidade de avaliar essa nova proposta de atenção, o Ministério da Saúde, em 2005, financiou um estudo comparando dezesseis unidades que possuíam ou não a segunda fase do Método Canguru, incluindo 985 recém-nascidos pesando entre 500 e 1749g. Verificou-se que as unidades canguru tiveram desempenho nitidamente superior em relação ao aleitamento materno exclusivo na alta (69,2% versus 23,8%) e aos 3 meses após a alta, além de menores percentuais de reinternação (9,6% versus 17,1%). Os autores concluíram que a estratégia de humanização adotada pelo Ministério da Saúde era maneira segura e moderna de tratamento convencional e uma

boa estratégia para a promoção do aleitamento materno (LAMY-FILHO *et al.*, 2008). Concomitantemente, foi desenvolvido estudo visando a observar as repercussões na competência materna a partir das experiências advindas do Método Canguru. Foi possível observar, naquelas mulheres que participaram dos cuidados com o bebê utilizando a posição canguru, relatos indicativos de experiências de maternalização surgidos no contato com o bebê e na participação do restante da família e da própria equipe, capazes de sustentar a formação e o desenrolar de uma maternagem prazerosa. Portanto, podemos dizer que o Método Canguru promove o empoderamento materno com repercussões no cuidado e na atenção para com o bebê (LAMY *et al.*, 2011).

Evidências científicas

Várias evidências têm surgido em publicações indexadas, avaliando positivamente o Método Canguru, principalmente no que diz respeito à promoção do aleitamento materno em pré-termo. Trabalhos de Venâncio e Almeida (2008) e Lamy-Filho *et al.* (2008), mostram esses resultados. Mais recentemente, Conde Agudelo e Dias Rosselo (2014), mostram em revisão sistemática da Cochrane Library o impacto positivo do Método Canguru na promoção do aleitamento materno.

Durante muito tempo não tínhamos um descritor em português para o Método Canguru. Quando foi colocado o descritor, este era Método Mãe Canguru, um viés para os autores nacionais identificarem seus trabalhos analisando o modelo preconizado no Brasil. No entanto atualmente encontramos no DeCS o descritor “Método Canguru”, o que compatibiliza aquilo que realizamos com a literatura produzida a esse respeito.

Aspecto também importante é a inclusão da Norma de Atenção Humanizada em vários hospitais universitários brasileiros, a realização de cursos de capacitação entre residentes e o projeto para a inclusão do tema no currículo de graduação. Ao lado disso, vários temas de teses para conclusão de cursos de Mestrado e Doutorado têm como norteadores assuntos relacionados à Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo peso.

Consolidar e reoxigenar o Método

O trabalho de aprimoramento constante das práticas de assistência à saúde no âmbito perinatal e a implantação de metodologias de aprendizagem inovadoras nos cursos de capacitação, tem sido a tônica da Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso. Com a premissa de iniciar esse cuidado a partir da identificação da gestante com possibilidade de dar a luz a um recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, seguindo pela atenção ao nascimento, internação na unidade neonatal e acompanhamento ambulatorial na terceira etapa, o Método já incorporava o conceito de linha de cuidado. Isso o transforma numa notável proposta de cuidado perinatal articulado, pois instrumenta uma mesma equipe para realizar todo o processo.

A partir de 2009 foram iniciadas as capacitações de tutores para o Método Canguru utilizando a metodologia PBL (*Problem Based Learning*). Assim os temas das antigas aulas teóricas, foram transformados em situações reais (problemas) e a metodologia de busca do conhecimento aplicada para solucionar essas situações. Esse mesmo modelo foi sendo gradualmente incorporado nos cursos de capacitação das equipes para a aplicação da Norma. Essa metodologia tem inserido nos hospitais a importante prática de busca do conhecimento através da pesquisa científica.

Outro aspecto extremamente interessante foi a proposição, utilizada desde 2013, do Projeto Terapêutico Singular (CAMPOS, 2007), que no âmbito da Norma de Atenção Humanizada, tem sido proposto com o termo: “Cuidado Terapêutico Singular”. A grande vantagem é poder individualizar a atenção de cada criança para que suas necessidades específicas possam ser atendidas, e fazer com que a equipe multiprofissional aja da maneira mais interdisciplinar possível.

Ainda em 2013, graças ao apoio de novos consultores, foram formados cinco grupos com o objetivo de fortalecer e ampliar a estrutura de trabalho. Esses grupos foram divididos entre as seguintes áreas temáticas: Ensino e Capacitação, Avaliação e Monitoramento, Revisão e Publicação de Material Técnico, e, Pesquisa e Publicação. As distâncias entre os consultores nacionais distribuídos em diferentes estados brasileiros foram

encurtadas por reuniões realizadas por teleconferências. Além disso, a Coordenação Geral de Saúde da Criança (antiga Área Técnica de Saúde da Criança) tem sido solicitada para assessorar países que tem a intenção de implantar o Método brasileiro nos seus sistemas de saúde.

Finalmente, em novembro de 2014, o 22º Congresso Brasileiro de Perinatologia, o mais importante evento científico da Perinatologia brasileira, organizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade de Pediatria do Distrito Federal e Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília, realizado no período de 19 a 22 de novembro em Brasília, apresentou nas suas diversas mesas de debates a incorporação de forte conteúdo da Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo peso – Método Canguru. Era a consolidação do reconhecimento pelas instancias acadêmicas nacionais.

Conclusão

A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo peso – Método Canguru, do Ministério da Saúde, deixou de ser uma proposta de mudança do paradigma da atenção perinatal para se tornar uma realidade. Uma realidade onde a humanização do atendimento e a qualidade do cuidado técnico oferecido, que também é humanização, constituem objetivos fundamentais. Atingir essas metas passa a ser um compromisso de todo o profissional engajado em promover o bem-estar do Recém-nascido, de sua mãe, pai e de sua família.

Referências

CONDE-AGUDELO, A; DIAZ-ROSSELLO, JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, issue 4. Art. No. :CD002772. DOI:10.1002/14651858.CD00271.pub3.

CAMPOS, GW; AMARAL MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referência teórico-operacionais para reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Col.**, v.12, n.4, p.849-859, 2007.

FURMAN, L; KENNEL, J. Breastmilk and skin-to-skin kangaroo care for premature infants. **Acta Paediatr.** , v.89, p.1280-1283.2000.

HURST,N. et al. Skin-to-skin holding in the neonatal care influences maternal milk volume. **J Perinatol.**, v. 17, p.213-217. 1997.

LAMY, Z.C. et al. Construção do papel materno a partir da vivência de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais. **Rev Pesq Saúde**, v.12, n.1, p.1-68, jan-abril, 2011.

LAMY-FILHO, F. et al. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.84, n.5, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 72. **Diário Oficial da União**, 45-E; Seção 1: p.26, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 693 GM. **Diário Oficial da União**, 129-E; Seção 1;p.15-16. 2000.

REY, E.S.; MARTINEZ, H. **Manejo racional del niño pré-termo**. Bogotá: Universidad Nacional, 1983. Curso de Medicina Fetal.

VENÂNCIO, S.I.; HONORINA, A. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.80, supl: p.S173-S180, 2004.

Método Canguru no contexto das políticas públicas para atenção à gestação, parto, nascimento e recém-nascido no Brasil

Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes¹

A Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP-MC), desde sua formulação e ao longo de seus 15 anos, tem correspondências, influenciou e se desenvolveu no contexto de outros programas e políticas do Ministério da Saúde (MS) voltados para a humanização da atenção em saúde em geral e para a organização e qualificação da atenção perinatal em particular.

Ao longo desse período, as estratégias que contribuíram para a implantação e consolidação do Método Canguru (MC), como o reconhecemos hoje no Brasil, foram coordenadas pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), posteriormente renomeada como Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM). O resultado desse processo, identificado como a experiência brasileira na concepção, implantação e disseminação do MC, alcançou abrangência nacional e tem reconhecimento internacional pelo seu caráter de política pública e amplitude.

Sem a pretensão de esgotar o amplo e complexo leque de ações desenvolvidas nesses 15 anos, este capítulo tem o objetivo de contribuir para a compreensão desse período através do diálogo entre os pilares e processo de implantação e fortalecimento da AHRNBP e as marcas encontradas em outras iniciativas do Ministério da Saúde no campo perinatal.

¹ Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes (maria@iff.fiocruz.br) é pediatra e sanitarista, doutora em Saúde da Criança e da Mulher e Pesquisadora do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz).

O final da década de 1990

Esse é um momento marcado pelo reconhecimento de pesquisadores, técnicos do MS, particularmente na Saúde da Mulher, e de movimentos sociais em relação à necessidade de mudanças nos modelos de atenção ao parto e nascimento no Brasil. Esse processo, iniciado desde a década anterior, se consolidou ao longo dos anos 1990. A partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e de eventos marcantes como o encontro promovido, em 1985, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Fortaleza (CE), encontramos um movimento permanente e contínuo de alertas e estratégias visando à revisão dos processos envolvidos na atenção à gestação e ao parto. Ao consenso técnico e acadêmico de que a assistência obstétrica precisava melhorar em vários de seus aspectos lógicos e organizacionais (acesso, acolhimento, qualidade, resolutividade) associava-se uma questão central de mudança de uma atenção baseada em princípios tecnocráticos.

A publicação em 1996, pela OMS, de diretrizes clínicas baseadas em evidências para a atenção ao parto normal com recomendações que valorizavam práticas benéficas e indicavam a redução de intervenções desnecessárias representaram um importante fator para a consolidação desse movimento.

Questionamentos e inquietações com rotinas tecnicistas repetidas de forma automática, sem evidências em relação ao seu benefício e sem a valorização da singularidade na abordagem clínica ganharam força nos diferentes cenários envolvidos na produção do cuidado ao parto e nascimento. Embora voltados mais especificamente para o processo de cuidado no parto de risco habitual, esse debate e as estratégias de revisão de práticas aconteceram no contexto perinatal mais amplo. Como sinalizadores desse momento, podemos citar um conjunto de portarias, elaboradas e editadas pelo MS ao longo de 1998 e 1999, visando ao incentivo ao parto normal, inclusão do parto normal sem distocia realizado por enfermeiro na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) e readequação física e tecnológica das unidades neonatais, incluindo portarias com critérios de classificação entre unidades de terapia intensiva.

É importante registrar que, até esse momento, a atuação hospitalar de gestores e técnicos que atuavam na Saúde da Criança no âmbito federal ou de estados e municípios era voltada, quase que exclusivamente, para as ações envolvidas na implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Alguns fatores foram determinantes para a ampliação do escopo das ações programáticas do MS anteriormente mais concentrado nas questões de risco nutricional e nas doenças infecciosas.

Contribuíram para esse processo a mudança no perfil da mortalidade infantil, com redução do componente pós-neonatal, resultado de mudanças sociais e de um conjunto de ações de saúde priorizadas nas décadas anteriores, assim como a maior disponibilidade e qualidade das informações epidemiológicas sobre nascimento e óbitos, a partir do aprimoramento do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e da implantação e expansão do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Encontramos ainda, nesse período, a disseminação do conhecimento sobre a disponibilidade de tecnologias e práticas de terapia intensiva neonatal com capacidade de garantir a sobrevivência de bebês pré-termo ou gravemente enfermos. Esse conhecimento alterou a expectativa, socialmente aceita até então, de inevitabilidade em relação ao óbito neonatal.

A maior visibilidade da mortalidade entre recém-nascidos e a incorporação do cuidado neonatal na agenda da política de saúde passam a ocorrer em diferentes regionais no que diz respeito à gestão e organização da rede assistencial. No que se refere à disponibilidade de serviços neonatais, entretanto, o cenário mais comum era o de oferta insuficiente de leitos, em geral, concentrados em hospitais universitários ou de ensino e pesquisa. A partir desse período (final da década de 1990), se registra uma significativa ampliação de leitos neonatais intensivos e intermediários no setor público, principalmente nas regiões metropolitanas do Sul e Sudeste.

A inclusão do cuidado neonatal na agenda das políticas públicas para a infância contribuiu para a reconfiguração da atuação política e técnica da Saúde da Criança no País, incluindo maior interação da Área Técnica com outras áreas do Ministério, especialmente com aquelas voltadas para o planejamento e gestão hospitalar. Nesse contexto, a presença, na Área, de neonatologistas com atuação acadêmica e significativo reco-

nhecimento nacional é um dos elementos que caracterizam e, ao mesmo tempo, fortalecem a incorporação do cuidado neonatal como eixo prioritário da política pública federal.

Esse processo influenciou, na década seguinte, a composição técnica das equipes de Saúde da Criança nos estados e municípios brasileiros, até então compostas predominantemente por quadros com formação, experiência e atuação em ações programáticas planejadas e desenvolvidas na Atenção Básica (Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, Promoção do Aleitamento Materno, Imunização, Prevenção e Controle das Doenças Diarreicas e Controle das Infecções Respiratórias Agudas).

Ainda em relação a esse período, também é importante registrar o estabelecimento, fortalecimento e ampliação do escopo das parcerias com instituições acadêmicas ou voltadas para o aprimoramento de práticas clínicas neonatais, como serviços universitários e o Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Esse movimento foi absolutamente necessário uma vez que a garantia da humanização do cuidado neonatal, numa perspectiva de respeito à integralidade e singularidade, não estava dissociada da qualidade técnico-científica e das boas práticas do campo da terapia intensiva neonatal. Para além das ações de políticas públicas brasileiras, é importante também mencionar que, encontramos, na década de 1990, um expressivo movimento internacional de revisão e readequação de práticas hospitalares no âmbito da terapia intensiva pediátrica e de adultos. De aspectos da ambiência até as normas em relação aos acompanhantes e visitas, passando pelas rotinas assistenciais, há um amplo debate internacional que compõe o que se denomina humanização em terapia intensiva.

2000 – 2010: Consolidação da atenção obstétrica e neonatal na agenda de prioridades e da humanização como referência conceitual nas políticas de saúde

A mortalidade materna em patamares significativamente elevados, a estagnação da mortalidade neonatal, com as afecções perinatais sendo

a principal causa dos óbitos no primeiro ano de vida e os inúmeros registros relativos à inadequação do modelo de atenção pré-natal, ao parto e nascimento mantiveram a organização e qualificação do cuidado obstétrico e neonatal como desafios permanentes nessa década.

Duas perspectivas são relevantes no período 2000 – 2010. A primeira delas é a identificação de um conjunto de iniciativas que confirmam a atenção obstétrica e neonatal na agenda das políticas de saúde no Brasil. A segunda delas é que, ao longo desse período, ocorre também a inserção e a consolidação da humanização como uma política do SUS.

Essas duas perspectivas convergiram para o propósito – atenção humanizada, e para o objeto – recém-nascido e sua família do Método Canguru. Ao longo dessa década, esse é o contexto no qual ocorre o processo de expansão e fortalecimento do MC no Brasil.

No campo da humanização, ocorre em 2001, o lançamento do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH). O Programa apontava para a necessidade de requalificação dos hospitais públicos e apresentava como objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais de saúde entre si e do hospital com a comunidade. De forma significativamente mais ampla e potente, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003, pelo Ministério da Saúde, como política pública construída para enfrentar e superar os desafios quanto à qualidade e à dignidade no cuidado à saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e enfrentar problemas no campo da organização e gestão do trabalho. Suas marcas centrais (acolhimento, revisão de fluxos e rotinas hospitalares, visita ampliada, reformulação da ambiência, gestão colegiada, clínica ampliada, entre outras) influenciaram os debates e os movimentos operacionais na rede de atenção em âmbito nacional.

Entre as iniciativas federais no campo perinatal, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (2000) se caracterizou por sua abrangência e seus objetivos de melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e ao recém-nascido, incluindo de forma explícita a necessidade de vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto. Ao assumir, desde sua denominação, o compromisso com a humanização, o

PHPN enfatizou, em seus marcos conceituais, a necessidade de buscar, a partir de um olhar de gênero, as questões de humanização e as chamadas “técnicas”, trazendo a humanização como princípio da qualidade de atenção.

Posteriormente, em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal reafirmou e ampliou o conjunto de ações estratégicas visando à melhoria do cuidado perinatal. Esse conjunto incluiu a ênfase em parcerias e corresponsabilidades de diferentes instituições e atores sociais (sociedades científicas, conselhos profissionais, movimentos sociais, organizações governamentais e não governamentais), na construção de pactos estaduais e municipais e no controle social.

Nesse mesmo conjunto estavam também definidas ações que buscavam a regionalização da assistência ao parto de forma hierarquizada, a adequação da oferta de serviços (ampliação do cadastro e implantação de leitos neonatais), a expansão da Rede de Bancos de Leite Humano e a implantação da Vigilância Nacional do Óbito Infantil e Fetal. A garantia do direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato assim como a garantia de acolhimento nos serviços foram objetivos muito enfatizados nesse período. Partindo da premissa “parto é urgência prevista”, os documentos do MS, a partir desse momento, intensificam a orientação de que mulheres e recém-nascidos não podem ser recusados nos serviços e peregrinar em busca da assistência.

Nesse mesmo período, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança, lançada pela ATSCAM / MS em 2004, como documento com a síntese das principais diretrizes nacionais no desenvolvimento de políticas de atenção à criança incluía o cuidado integral na saúde reprodutiva e perinatal como uma das prioridades na organização dos serviços de saúde e da rede de atenção à criança.

Em 2008, o Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal (PQM), em estreita articulação conceitual e operacional com a PNH, é implementado com o objetivo de apoiar o processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal nas principais maternidades nesses estados e formação de redes perinatais regionalizadas. Temos, desde esse momento, a consolidação da perspectiva de “rede” que, será reafirmada e fortalecida a partir de

2011 com a definição de cinco redes de atenção prioritárias para a política de saúde federal. Além dessa perspectiva, o PQM apresentava como elementos centrais: vinculação da gestante com a maternidade de referência, implantação do acolhimento e classificação de risco, o direito ao acompanhante e a implantação da cogestão em maternidades.

Nos marcos conceituais presentes nessas iniciativas para a atenção obstétrica e neonatal entre 2000 - 2010 (Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN, Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Programa de Qualificação de Maternidades – PQM), verifica-se, como ponto comum, a ênfase na revisão de práticas assistenciais e de rotinas institucionais. Todo esse movimento pautado na perspectiva de direitos e de cidadania e da humanização da atenção, princípios encontrados desde os primeiros debates e documentos da AHRNBP-MC. Nesse sentido, compreende-se que foram iniciativas que se potencializaram na busca de uma atenção obstétrica e neonatal mais próxima das boas práticas. Não se pode desconsiderar, entretanto, a variação nesse processo de acordo com os cenários e territórios das diferentes regiões e de acordo com maior ou menor grau de articulação desse conjunto de iniciativas.

2011 – 2015: Rede Cegonha

A Rede Cegonha (RC) (lançada em 2011 como uma das cinco redes prioritárias nas políticas de saúde para o País) reafirmou o compromisso do MS com a busca de boas práticas na gestão e na atenção obstétrica e neonatal e enfatizou a urgência na revisão dos processos de cuidado em maternidades brasileiras.

Apesar do período já decorrido desde as primeiras ações do MS para a qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento, a análise de indicadores perinatais e neonatais, assim como de publicações sobre as experiências vividas por mulheres e famílias brasileiras, ainda identificava a manutenção de um cenário desafiador. Esse cenário, caracterizado por padrão assistencial de intervenções excessivas e nem sempre baseadas em evidências científicas, apresentava-se como predominante

num amplo espectro do cuidado perinatal. Assim sendo, além da expectativa de valorização das boas práticas clínicas nos processos fisiológicos do parto e nascimento, os esforços para a garantia de práticas adequadas, qualificadas e humanizadas no cuidado intensivo neonatal, foco específico da AHRNBP – MC, também foram potencializados nesse momento de intensificação de uma política pública voltada para a qualificação e humanização do cuidado perinatal.

Embora os avanços, já documentados em publicações científicas e relatórios técnicos e de gestão dos projetos de fortalecimento do MC, fossem evidentes, a efetiva garantia de que cada bebê pré-termo, nascido em maternidades brasileiras, tivesse acesso ao preconizado nas três etapas do MC ainda permanecia como um objetivo a ser alcançado em nosso País.

As bases conceituais, as portarias e diretrizes operacionais da RC, além de potencializarem a possibilidade de revisão de conceitos e valores na forma de cuidar, também trouxeram novas perspectivas para o planejamento e programação nos diferentes recortes de territórios. Consequentemente, temos, nesse momento, um período fértil para a ampliação da oferta do cuidado neonatal acompanhada da necessária readequação dos modelos de atenção e reversão de práticas assistenciais que destoam das diretrizes da AHRNBP – MC.

Um conjunto de situações e fatores com potencial de agir sinergicamente para a expansão e fortalecimento do MC em todo o país podem ser identificados na análise dos últimos cinco anos. Entre eles podem ser destacados: (1) o processo de implantação da Rede Cegonha (cuidado com “o modo de fazer” e oferta de apoio institucional nos territórios) demonstra que seu objetivo não se limitou à expansão da capacidade instalada o que, inevitavelmente, contribuiria para “mais do mesmo”; (2) consolidação da Política Nacional de Humanização como eixo condutor nas redes de atenção garantindo o apoio institucional para a implementação das boas práticas; (3) um novo ciclo de fortalecimento técnico da CGSCAM que, mais uma vez, reforça seus quadros com neonatologistas nacionalmente reconhecidos e com ampla capacidade de mobilização de seus pares e da comunidade científica no campo neonatal; (4) trabalho sistemático da CGSCAM visando a maior articulação com os hospitais

universitários e com a Rede de Pesquisas Neonatais (RBPN) para ações conjuntas na qualificação e humanização do cuidado neonatal, incluindo a valorização desses espaços na disseminação do Método Canguru (MC).

Nos últimos anos, a consolidação da “neonatologia baseada em evidências”, mundialmente reconhecida e legitimada, vem marcando a formação de novas gerações de profissionais que atuam na atenção ao recém-nascido. Aspectos valorizados pelo MC desde sua formulação e implantação no Brasil, pelo seu impacto nos resultados neonatais imediatos e de médio prazo (desenvolvimento psicoafetivo, cognitivo e neuromotor) foram reafirmados de forma sistemática e crescente por pesquisadores de diferentes subáreas do campo neonatal.

Assim sendo, os serviços de neonatologia comprometidos com as boas práticas e com excelência clínica passaram a incorporar mudanças físicas e em seus processos compatíveis com a melhor técnica de cuidado, se incorporando ao movimento iniciado em anos anteriores pelos Centros de Referência Nacionais, seguido posteriormente, pelos Centros Estaduais. Isso faz com que, boa parte dos novos profissionais para o cuidado neonatal já estejam experimentando, desde a sua formação, maternidades que, da estrutura física às rotinas institucionais buscam o cuidado humanizado ao bebê e sua família, conforme preconizado em normas técnicas, manuais e portarias do MS desde o final da década de 90.

No contexto organizacional, um elemento estratégico foi a elaboração e publicação da Portaria GM/MS 930, de 10 de maio de 2012, que definiu as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS. O processo de discussão e elaboração da Portaria 930 foi integrado e partilhado por consultores da Coordenação Geral de Saúde de Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), especialistas e técnicos de diferentes serviços de ensino e pesquisa do País.

A Portaria nº 930, portanto, registra claramente a perspectiva da integralidade e humanização no cuidado neonatal e detalha como diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave: o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; a promoção da equidade; a integralidade da assistência; o cuidado multipro-

fissional, com enfoque nas necessidades do usuário; a atenção humanizada e o estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido. Tais diretrizes estão claramente comprometidas com os pilares da proposta da AHRBP-MC expressos desde sua origem.

De forma coerente e também como resultado do amadurecimento a partir do monitoramento de experiências em diferentes regiões brasileiras e da análise de estudos nacionais e internacionais, a Portaria nº 930 aponta para um redirecionamento na organização dos serviços e leitos neonatais. O conceito de Unidade Neonatal é fortalecido e há a indicação de que seus componentes devem articular uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido.

A partir da Portaria nº 930, as Unidades Neonatais no âmbito do SUS passam a ser divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos:

- I – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);
- II – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias:
 - a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo);
 - b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Assim sendo, temos, a partir de 2012, uma regulamentação que legitima a 2ª etapa da AHRNBP-MC no cenário do Cuidado Intermediário Neonatal. Embora portarias e diretrizes anteriores já tivessem normatizado a concepção da Unidade Canguru para esse momento do cuidado para recém-nascidos elegíveis, é inegável que a Portaria nº 930 representou um marco significativo tanto no campo conceitual quanto no campo operacional da atenção ao recém-nascido pré-termo.

Outro elemento importante da valorização, pelo MS, das Redes de Atenção com influência direta nas ações preconizadas pela AHRNBP diz respeito à possibilidade de planejamento e visão do todo na linha de cuidado perinatal, desde o início da gestação. Aspectos valorizados como marcas centrais da RC, tais como vinculação pré-natal – maternidade, acolhimento e classificação de risco nas portas de entrada das maternidades, assim como o direito ao acompanhante da escolha da mulher, en-

contram estreita consonância com aspectos muito preciosos para o MC tais como: cuidado com as especificidades da gestação de risco diante da maior probabilidade de nascimentos prematuros, acolhimento do bebê e sua família e estabelecimento de redes sociais de apoio.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

Em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi instituída pela Portaria MS/GM Nº 1.130. Fruto de um extenso trabalho de acúmulo, reflexão, discussão e articulação da CGS-CAM com inúmeros e diversos parceiros, a PNAISC tem como objetivos centrais promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos nove anos de vida. Com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, a Política visa à redução da morbimortalidade e a promoção de um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

A identificação dos princípios orientadores da PNAISC (direito à vida e à saúde; prioridade absoluta da criança; acesso universal à saúde; integralidade do cuidado; equidade em saúde; ambiente facilitador à vida; humanização da atenção e gestão participativa e controle social) nos permite, de imediato, compreender sua proximidade em relação aos pilares do MC no Brasil.

Essa proximidade é traduzida na apresentação da *Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido* como o primeiro dos sete eixos de ação da PNAISC. As ações inseridas nesse eixo incluem a melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção.

Algumas considerações finais

Partindo da análise do caminho já trilhado e das reflexões apresentadas nesse capítulo, reitero a confiança na consolidação de um modelo de atenção neonatal integral e humanizado conforme programado desde a implantação do Método Canguru no Brasil.

Na perspectiva da conquista e dos compromissos elencados nos eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, destaco, entre as inúmeras e complexas questões que exigirão muita dedicação nos próximos anos, duas que identifico como centrais:

(1) integração efetiva, desde seu planejamento até sua operacionalização, das diferentes iniciativas das políticas públicas no campo neonatal e dessas com as políticas públicas responsáveis pela atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento. Esse leque de iniciativas tem cenários diferentes (atenção básica, centro obstétrico ou centro de parto normal, alojamento conjunto, unidade neonatal apenas para citar alguns exemplos) e diferentes dinâmicas operacionais na perspectiva das equipes e do processo do cuidado. Tais características tornam essa integração particularmente desafiadora se consideramos as dimensões e especificidades regionais em nosso País. Entretanto ela é central para a consolidação de um modelo de atenção neonatal integral e com estreito respeito à qualidade do cuidado. Nesse sentido, o conjunto de protocolos para reanimação do prematuro não deve ser apresentado, compreendido ou implementado sem a premissa de continuidade do cuidado. Isso inclui necessariamente questões como o acolhimento do bebê e sua família e apoio ao estabelecimento de vínculo nas primeiras horas e dias após o nascimento. Da mesma forma, o cuidado clínico nos primeiros dias de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal não pode ser compreendido sem a perspectiva de sua continuidade na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru. O alcance efetivo da integração nesses e nos vários outros momentos do cuidado neonatal exigirá muita disciplina no âmbito da gestão e no âmbito clínico. Com frequência, pressões e mecanismos operacionais do cotidiano induzem a apresentação para estados, municípios, maternidades e até mesmo

para os quadros técnicos e profissionais, de ações de qualificação do cuidado neonatal que, se desarticuladas, correm o risco de ter menor compreensão e impacto positivo. O esforço de articulação e integração das iniciativas que têm como foco o cuidado neonatal fortalece uma marca conceitual presente desde o início do MC no Brasil: indissociabilidade entre os diferentes aspectos que compõem o cuidado clínico do recém-nascido prematuro, desde seu nascimento e ao longo de toda sua internação, sem a dicotomia entre ações “clínicas” ou “técnicas” e ações de “humanização”. A articulação de conhecimentos e estratégias de qualificação do cuidado clínico em sua integralidade, e, sobretudo, na perspectiva de planos terapêuticos singulares para cada bebê e família exige a integração de todos os componentes do primeiro eixo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC);

(2) definição de diretrizes nacionais e efetiva implementação de modelo de atenção integral e adequado para o seguimento dos bebês egressos de Unidades Neonatais. O momento do cuidado compartilhado com a Atenção Básica, na 3ª Etapa do MC, é suficiente para o período imediatamente após a alta, mas não para o seguimento nos primeiros anos de vida. Considerando o perfil desses bebês, a probabilidade de necessidade de cuidado especializado e interdisciplinar não é pequena. Se esse cuidado não for viabilizado, corre-se o risco de que o grande investimento no período neonatal não encontre continuidade de resultados e que os fatores de proteção ao desenvolvimento global desta criança não operem em toda a sua plenitude, pois temos claro que são crianças que possuem indicação de uma criteriosa observação, no mínimo, até três anos de idade. Mas para muitas delas, este tempo será ainda mais longo.

Assim sendo, a definição de parâmetros, o planejamento e a implantação dos pontos de atenção interdisciplinar para os egressos do cuidado intensivo neonatal são aspectos urgentes para a agenda de prioridades na Saúde da Criança e deve ocorrer de forma articulada com os outros eixos da PNAISC. O compromisso com a atenção humanizada e qualificada ao recém-nascido de risco, explicitado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), não pode ser rompido após sua alta da 3ª Etapa do Método Canguru.

Referências

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynecol Obstet**, v.48, Suppl, p.S33 – S52, 2001.

GOMES, M.A.S.M. Organização da assistência perinatal no Brasil. In: MOREIRA, M; LOPES, M.C. Org.). **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

SERRUYA, S. J. et al. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Brasil. Saúde Materno-Infantil**, v.4, n.3, p. 269 – 279, 2004.

LAMY, Z.C. et al. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso. Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 659–668, 2005.

CARVALHO, M.; GOMES, M.A.S.M. A mortalidade do prematuro em nosso meio: realidade e desafios. **J Pediatr.**, v.81, n.1,supl, p. s111–s118, 2005.

GOMES, M. A. S. M. As políticas públicas na área da saúde da criança. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, v.12,n.5, p.329–330, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF; 2004.

HENNIG, M.A.S.; GOMES, M.A.S.M.; MORSCH, D.S. Atenção humanizada ao recém-nascido de Baixo Peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. **Physis**, Rio de Janeiro,v. 20, n.3, p.835– 852, 2010.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E.A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p. 4541–4548, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal. Brasília, DF; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jun. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria no 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 maio 2012.

CAVALCANTI, P.C.S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.1297-1316, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC**. Brasília, DF; 2015.

Experiência dos Centros Nacionais de Referência

A política da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso no Brasil foi construída com o apoio de cinco centros nacionais que se tornaram referência para a Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde para a capacitação e disseminação do Método Canguru no País.

Esses centros, maternidades que já vinham desenvolvendo práticas voltadas para humanização do cuidado ao recém-nascido e sua família, utilizando o contato pele a pele foram reconhecidos e até hoje continuam como importante base de apoio às ações do Método Canguru. Neles está inserida grande parte dos consultores nacionais responsáveis por sua divulgação, capacitação, avaliação e monitoramento.

Nesta parte do livro, você irá conhecer suas histórias, peculiaridades, desafios e conquistas narrados por seus protagonistas.

Trajetória do Método Canguru nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Nicole Oliveira Mota Gianini¹

Antes da Norma do Ministério da Saúde

Antes do Ministério da Saúde constituir o Grupo de Trabalho para a construção da Norma e da Política de Atenção Humanizada, o grupo da Maternidade Leila Diniz iniciou a estratégia da posição Canguru, em 1998. Foi a unidade pioneira nessa estratégia no Rio de Janeiro. Para disseminar essa prática na unidade neonatal houve um evento – um simpósio de Neonatologia com a presença do Dr. Hector Martinez, da Colômbia.

Muito nos alegra esse pioneirismo que, como tudo que é novo, enfrentou resistências. Ainda mais que foi uma iniciativa isolada, sem a força que uma política pública imprime. Devemos nos orgulhar e parabenizar o grupo pela visão de vanguarda.

¹ Nicole Oliveira Mota Gianini (ngianini@globo.com) é doutora em Saúde da Criança pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), Coordenadora Executiva de Neonatologia da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Coordenadora do Centro de Referência Nacional – SMS/RJ, Consultora Nacional do Método Canguru para o Ministério da Saúde e Coordenadora Médica do Centro de Tratamento Intensivo Neonatal (CETRIN) do Hospital Maternidade Santa Lúcia.

Oportunidade

A história do Centro de Referência do Rio de Janeiro começa como muitas histórias de trajetórias de pessoas e serviços, com a oportunidade – estar no lugar certo e no momento certo. Um dos membros da equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (RJ), Programa da Criança, Área Neonatal, era membro do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria quando, há quinze anos, o grupo técnico do Ministério da Saúde, após o evento no Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico Social (BNDES) com convidados da Colômbia, recebe a missão de desenhar uma Política Pública do Método Canguru e convida vários atores para as primeiras reuniões: Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), Sociedade Brasileira de Pediatria, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e outros, nos dias 1 e 2 de junho de 1999.

Foi uma oportunidade ímpar poder participar da elaboração da norma, dos cursos, trocar experiências com outros profissionais, participar dos treinamentos, construir dinâmicas, indicar colegas com *expertises* que pudessem ser incorporadas. Foi um divisor de água na forma de construir o processo de trabalho na coordenação da área neonatal da Secretaria Municipal de Saúde.

Com essa proximidade do grupo técnico do Ministério da Saúde com o grupo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e das unidades assistenciais (que tiveram membros indicados para compor a equipe de consultores desse grupo de trabalho) houve o entendimento de que as unidades da SMS poderiam ser campo de treinamento para outros estados do País. Tendo uma característica peculiar, no Rio de Janeiro não apenas uma unidade seria visitada, mas cinco (cada uma com suas características próprias) – ampliando o olhar de quem fizesse sua formação no Rio de Janeiro.

Peculiaridade

A peculiaridade da Coordenação do Centro de Referência estar cotidianamente na Secretaria de Saúde e não na Unidade de Saúde, como

em outros centros, tem duas faces. Uma é positiva e a outra nem tanto. Sendo uma Secretaria de Saúde, com o grupo técnico sendo consultor do Ministério da Saúde, a definição de “política pública”, diretriz, fica mais clara. Mas não necessariamente mais fácil de implementar na “ponta”.

Estar presente no serviço, diariamente, utilizando da melhor forma de ensinar que é o exemplo e a atitude, ficou prejudicada. O grupo estava cotidianamente na sede da Secretaria de Saúde, e não nas unidades, nos *rounds*, em contato com a equipe e com as famílias. Isso é, sem dúvida, um complicador.

Reuniões com as lideranças locais, treinamentos, envio de artigos e referências, construção de diretrizes (mesmo com a liderança da unidade) nem sempre têm o efeito, a velocidade e capilaridade desejada para a incorporação dos conhecimentos para toda a equipe e a mudança efetiva no processo de trabalho – nosso objetivo.

Nesse sentido a formação e a efetiva incorporação dos conceitos para as lideranças e formadores de opinião locais são vitais. Isso deve ser um foco constante – atualizar conceitos, reforçar o processo de trabalho sob os preceitos do Método. Consultores oriundos das unidades foram indicados para o Ministério da Saúde, esses tinham papel fundamental em suas unidades de origem.

Uniformidade com cinco unidades é uma missão sabidamente complicada. Cada uma tem uma característica, um grupo com maior ou menor dificuldade em pontos distintos. O desenho de solução e planos de ação para problemas é invariavelmente diverso. Ter elementos com qualificação inconteste (incorporados, inclusive, como consultores do Ministério da Saúde) não é garantia de agilidade na incorporação de conhecimento e de novo processo de trabalho no local de trabalho. Por vezes, é até mais moroso que em outros locais, que adquirem conhecimentos com esse profissional em treinamentos em outros estados, que não dispõem de sua presença e convívio rotineiramente.

Unidades do Centro de Referência Rio

1. **Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth** (Praça XV). Inaugurada em 21 de janeiro de 1974. Localizada na Praça XV de novembro nº 4, fundos, Centro.

Capacidade Instalada: 89 leitos obstétricos, 10 leitos de UTIN, 15 leitos de UCINCo, 6 leitos. Realizava cerca de 4897 partos por ano.

Foi fechada em fevereiro de 2012 por conta de projeto arquitetônico na região.

- ⇒ Foi substituída como Unidade do Centro de Referência pela **Maternidade Mariska Ribeiro**. Inaugurada em 28 de junho de 2012. Localizada na Praça Primeiro de Maio, sem número, Bangu (figura 1).

Capacidade instalada: 73 leitos obstétricos, 10 leitos de UTIN neonatal, 11 leitos de UCINCo, 4 leitos de UCINCa. Realizou 4.663 partos em 2014.



Figura 1: Maternidade Mariska Ribeiro/Crédito: Renata Missagia

2. Maternidade Fernando Magalhães. Inaugurada em 6 de julho de 1955. Localizada na Rua General José Cristino, 87. São Cristóvão (figura 2).

Capacidade instalada: 86 leitos obstétricos, 18 leitos de UTIN, 24 leitos de UCINCo, 6 leitos de UCINCa. Realizou 3.950 partos em 2014.



Figura 2: Maternidade Fernando Magalhães/Crédito: Renata Missagia

- 3. Maternidade Herculano Pinheiro.** Inaugurada em 1933 e inaugurada novas instalações em 22 de maio de 1997. Localizada na Av. Edgard Romero, 276. Madureira (figura 3). Capacidade instalada: 41 leitos obstétricos, 4 leitos de UTIN, 10 leitos de UCINCo, 4 leitos de UCINCa. Realizou 3.234 partos em 2014.



Figura 3: Maternidade Herculano Pinheiro/ Crédito: Renata Missagia

4. Maternidade Carmela Dutra. Inaugurada em 19 de novembro de 1947. Localizada na Rua Aquidabã, 1037. Lins de Vasconcelos (figura 4).

Capacidade instalada: 94 leitos obstétricos, 14 leitos de UTIN, 28 leitos de UCINCo, 5 leitos de UCINCa. Realizou 5.869 partos em 2014.



Figura 4: Maternidade Carmela Dutra/ Crédito: Renata Missagia

5. Maternidade Alexander Fleming. Inaugurada em 26 de janeiro de 1956. Localizada na Rua Jorge Schimdt, 331. Marechal Hermes. No momento em obras. Funcionando com parte da capacidade instalada em funcionamento (figura 5).

Capacidade instalada (momentaneamente): 40 leitos obstétricos, 4 leitos de UTIN, 4 leitos de UCINCo e 3 leitos de UCINCa.



Figura 5: Maternidade Alexander Fleming/ Crédito: Renata Missagia

Fechamento de serviços

Tivemos, nesses quinze anos, alguns serviços que se modificaram e um deles que fechou. A Maternidade Oswaldo Nazareth na Praça XV, por estar em um prédio antigo e em uma região na qual havia um plano de revitalização e mudança arquitetônica da cidade, foi fechada e seus profissionais transferidos para outras unidades. Essa situação foi muito complicada. Era uma das nossas melhores (se não a melhor) unidade.

Um líder especial, que construiu uma equipe atualizada e afinada com as diretrizes da Coordenação da SMS, inclusive quanto ao Método Canguru. Muitos membros dessa unidade foram consultores e colaboradores do Ministério da Saúde para a implantação do Método Canguru. Alguns ainda permanecem na consultoria, mesmo estando em outras unidades.

Com o fechamento da unidade, os profissionais foram alocados em outros serviços, mas não poderíamos deixar de mencionar no relato da nossa trajetória de quinze anos, que o fechamento de uma unidade profícua é um fato marcante. Em especial quando o redirecionamento de uma equipe muito boa não significa incremento de qualidade ou mesma performance na unidade de destino. Temos que lembrar que cada instituição, cada equipe constrói sua história. A introdução de uma pessoa nova, mesmo que extremamente competente, modifica a continuidade do processo. A construção de equipe harmônica requer muitos ingredientes – um grande desafio. O aprendizado é o cuidado que devemos ter ao mobilizar e provocar interferências nas equipes harmônicas. Os ingredientes podem se alterar em outro cenário e com outras pessoas.

Literatura

Nesses quinze anos de jornada na implantação do processo de trabalho do Método Canguru tivemos uma aliada: a literatura. Inúmeros trabalhos nacionais e internacionais foram publicados respaldando os muitos benefícios do Método, não apenas para o bebê e sua família, mas, também, para os profissionais de saúde. Isso foi muito importante porque, como muitos sabem, o início da jornada para a implantação dessa política pública foi recheada de posturas antagônicas, algumas vezes um tanto agressivas que, inegavelmente, dificultaram a adesão de muitos membros das unidades neonatais – muitos já resistentes por índole às mudanças de suas rotinas e condutas.

Nos últimos anos, cada vez mais robustas foram as publicações de estudos sobre vários tópicos que têm interface com o Método, ampliando o interesse para novos estudos na área de infecção, neurodesenvolvimento, amamentação, vínculo e relação do bebê e sua família. Com o tempo

também houve estudos sobre o comportamento das equipes nessa nova rotina de trabalho.

As unidades da SMS são responsáveis por 64% dos partos na cidade do Rio de Janeiro, enquanto 6% ocorrem nas unidades Universitárias, 6% nas unidades do Ministério da Saúde e 14% nas unidades da Secretaria Estadual de Saúde. Cerca de 60% dos partos de risco ocorrem nas unidades da Secretaria Municipal de Saúde. Nossas unidades são campo de estudo de forma sistemática em diversas dissertações e teses no Rio de Janeiro, exatamente por identificarem as unidades da SMS como locais nos quais a Unidade Neonatal concentra o maior quantitativo de recém-nascidos da rede pública (em especial os gravemente enfermos) e por serem o conglomerado do Centro de Referência Rio.

Essas teses e dissertações são interessantes para identificar oportunidades de melhorias e reforçar as benesses dessas práticas nos indicadores de qualidade perinatal. Muitas questões foram apontadas nesses estudos.

Congressos e encontro científicos

Para os que não têm o hábito de leitura sistemática para atualização de conceitos nessa área tão em mutação que é a neonatologia, os eventos e congressos científicos são fonte de atualização. Nesse tópico é interessante perceber a mudança na programação de muitos eventos.

Outrora eram raras mesas-redondas, palestras ou trabalhos abordando o tema. Quando começou a surgir era no tom de “alerta” para o risco e para a necessidade de estudos que fundamentassem as diretrizes. Interessante verificar a mudança das programações e dos discursos no decorrer desses anos. É alvissareiro participar desses eventos e perceber as mudanças nas pessoas, nas colocações diante de tantas evidências e vivências positivas. Embora, infelizmente cada um tenha seu tempo, há os que persistem com suas práticas congeladas.

Acreditamos que esses encontros colaboraram para a incorporação, ou pelo menos uma menor resistência, à implantação das diretrizes do Método nas unidades do nosso Centro.

Unidade de Terapia Intensiva

Local que mereceu e continua merecendo nossa maior atenção e preocupação. É lá que tudo começa (na verdade no pré-natal e na sala de parto, mas é o primeiro local da Unidade Neonatal – e o mais intenso). Esse cenário merece foco, é fundamental na plena incorporação do processo de trabalho e das diretrizes do Método.

A Unidade de Terapia Intensiva tem um desenho arquitetônico rígido por ser o local no qual lidamos com pacientes gravemente enfermos e com a possibilidade de morte. Esse clima de potencial perda da vida norteia o foco na segurança, na vigilância, no controle, no monitoramento e faz com que a lógica seja focada no trabalho da equipe e menos na presença da família por um tempo prolongado. Assim, não raro, há poucas cadeiras, quando há é para a equipe, não havendo cadeiras ao lado do leito para a mãe e outra pessoa (pai, avó, madrinha ou pessoa de eleição da família para estar nesse momento). Como garantir um vínculo, que sabidamente tem seu período ideal nas primeiras quatro semanas após o nascimento, não havendo cadeira ao lado do leito para uma mãe que deu à luz há pouco? Isso foi uma questão: garantir cadeira, mesmo que não a ideal (reclinável, encosto para cabeça...) ao lado do leito. Idealmente duas, no mínimo uma. Garantindo a cadeira, alteramos o fluxo de trabalho para que a mãe fique na unidade o máximo possível, gerenciando o processo de trabalho da equipe à sua presença e no futuro à sua participação nos cuidados. Não foi fácil, ainda é um desafio em algumas situações, apesar de poder ser avaliada como uma conduta simples e de fácil incorporação.

Ainda no tópico arquitetura, a visualização do paciente é um item do monitoramento e a iluminação, em cima de cada leito, é um elemento de estresse para o paciente. Há de se respeitar momentos de sono, penumbra, menor manipulação para o melhor desenvolvimento cerebral (comprovação robusta). Mas como não visualizar o paciente? O ideal seriam os *dimers* graduando a intensidade da luz e permitindo penumbras. Isso não sendo de ágil e fácil viabilização os *blecautes* são uma solução, mas também causam estresse, dessa vez na equipe, que se incomoda de controlar apenas pelo monitor. Esse comentário é para tangibilizar como

alguns itens que parecem de fácil incorporação necessitam alteração no processo de trabalho (rotinas) e negociação. Mesmo com relação ao rádio, ao celular, à atenção aos alarmes, para exemplificar as demandas.

A equipe da Unidade de Terapia Intensiva está sob um clima de tensão que varia de acordo com a gravidade do paciente e o número de pacientes. É um cenário e um grupo que têm singularidades. Como estão envolvidos com tecnologias duras, equipamentos para ventilação, monitoramento, invasões... há muitos anos, focam seus estudos nesses temas. Os novos tópicos de estudo, importantes para o futuro desses pacientes críticos, para essa equipe nem sempre é o prioritário. Há questões mais imediatas que preocupam e nas quais eles se concentram mais. Logo, ao convidarmos para se debruçarem sobre vínculo, posição canguru, participação da família nos cuidados, visita de irmãos e outros temas, há um estranhamento e um rechaçamento inicial. A abordagem com essa equipe deve merecer muita atenção. Deixar claro que o Método Canguru não é religião (que precisamos acreditar) e, na verdade, precisamos estudar, porque há inúmeros trabalhos respaldando a lógica do Método, inclusive na Cochrane Library. Este é o caminho. Mesmo assim, lançando mão da Prática Clínica Baseada em Evidência, há dificuldade de muitos membros que são, natural e tradicionalmente, resistentes às mudanças (mesmo em questões como uso racional de antibiótico, ventilação mecânica, dieta precoce e outros). Mudar processo de trabalho nunca foi fácil, seja em que tópico for, no Canguru não seria diferente.

Um caminho interessante é modificar a argumentação, ao invés de ser uma “boa prática” é “prevenção de dano”, um novo conceito a ser discutido nas unidades. Não implementar as diretrizes dessa lógica de trabalho causará dano ao paciente, interferindo no seu potencial de desenvolvimento, na sua interação com sua família, aumentando o risco de alta sem amamentação e outros danos que processos de trabalho não atualizados com trabalhos científicos podem acarretar. As argumentações devem ser alicerçadas na evidência e todo o time da unidade deve ser abordado. Claro que as lideranças são fundamentais. Só há uma forma de ensinar – pelo exemplo. Líderes que desconheçam os estudos, as diretrizes e as atualizações podem desqualificar roteiros de trabalho, isso será danoso ao sucesso da implantação. Atenção nesse grupo é vital.

Trabalho voluntário

Sabemos o benefício que o trabalho voluntário traz em unidades hospitalares. Experiências internacionais e nacionais comprovam. A unidade neonatal casa-se muito bem com os desenhos de trabalhos voluntários. Mas, infelizmente, mesmo sabendo do sucesso que seria um trabalho voluntário organizado nas nossas unidades, não conseguimos sistematizar o trabalho de voluntários.

Nesses quinze anos a parceira mais exitosa foi com os alunos de pedagogia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que uma vez por semana compareciam às unidades que compõem o Centro de Referência e desenvolviam um trabalho com literatura e trabalhos manuais.

É uma contribuição para as unidades que desejem implantar o Método. Caso tenham um grupo para coordenar o trabalho voluntário na unidade, essa é uma boa estratégia, que pode trazer muitos frutos e minorar conflitos. A ocupação das mães nesse período de internação de seu filho é interessante para garantir sua presença mais serena na unidade.

Evasão de profissionais

Na trajetória de implantação do Método no Centro de Referência Rio há um ingrediente que difere de alguns lugares do Brasil. Mesmo sendo serviço público, com concurso, observamos a evasão de muitos profissionais. Aquele paradigma antigo que as pessoas não saem de serviço público não mais se sustenta. Perdemos muitos membros, há equipes que se modificaram totalmente. Lideranças trocadas com frequência. Ingrediente que atrapalha a curva de aprendizado da equipe e interfere nas relações de trabalho e estilos comportamentais na unidade. É inegável que pessoas fazem diferença. Mesmo com diretrizes e protocolos, ter um líder inspirador e comprometido faz muita diferença. Cotidianamente temos prova disso.

Isso tem sido um desafio: a evasão da equipe. Muitos, após treinados, são absorvidos por serviços privados e outros fazem concursos

e seguem carreira universitária (às vezes com dedicação exclusiva, inviabilizando a permanência em duas unidades). Por isso o treinamento das equipes deve ser constante. Novos elementos, quando incorporados à unidade devem ter seus conceitos atualizados e ser introduzido no processo de trabalho da unidade, de acordo com as diretrizes clínicas.

Esse desafio tem sido complicado de lidar. Sabendo da importância de um “time”, equipes que trabalhem harmonicamente como numa orquestra, com convívio e camaradagem criando parcerias são interessantes. Há equipes que trabalham juntas há anos. Há interação, troca, cumplicidade. Percebe-se que a divisão e o processo de trabalho fluem melhor. Quando há um líder inspirador e estudioso é melhor ainda, todos os processos e diretrizes fluem e são incorporados mais consistentemente e rapidamente. É um desafio, sem dúvida, evitar a evasão de pessoas.

Perfil dos profissionais

É uma preocupação. Temos assistido a uma mudança no perfil dos profissionais de saúde. Notem como as características e prioridades dos novos membros das unidades neonatais têm se modificado. Lidar com essas novas características tem sido um aprendizado. Não tem sido fácil. A empatia, que outrora era quase pré-requisito para trabalhar na área da saúde, tem sido elemento escasso. Novas ferramentas devem ser buscadas para lidar com esse grupo.

Também percebemos uma mudança no grupo antigo. Isso tem nos preocupado sobremaneira. Não sabemos se por conta das demandas cotidianas (da unidade e da vida pessoal) os perfis estão se modificando. Precisamos nos debruçar sobre essas questões para avançar e aprimorar nossa implantação e constante vigilância para a prevenção de dano (boa prática). Um grupo antigo cansado e sem estímulo merece muita atenção. A sabedoria e a história estão nesse grupo. É um grupo precioso que devemos cuidar e reanimar. Estamos focando nessa questão nos últimos tempos.

Atualização e estudo

Não há área de saúde que mais que se modifique que a área neonatal. Talvez porque seja a mais recente (há outras que são milenares, a neonatologia é muito jovem) e o conhecimento ainda está sendo construído. Além disso, faz-se necessário tempo de acompanhamento para melhor avaliação das condutas na fase neonatal – o que está ainda sendo avaliado à medida que as crianças estão crescendo e se desenvolvendo.

Não apenas nas questões do Método, em tudo na área neonatal, há necessidade de atualizar conceitos e premissas de forma sistemática. Mais um desafio: acompanhar o surgimento de melhores abordagens e incorporar ao cotidiano da prática da unidade. Nisso o grupo de consultores do Ministério da Saúde tem sido de valia – atualizações e treinamentos são compartilhados para os Centros com ricas trocas de experiências. A visita às outras unidades é sempre uma oportunidade de refletir o que pode ser incorporado. Visitas de avaliação de nossas unidades apontam oportunidades de melhorias que com o olhar viciado da rotina diária pode nos escapar.

Não só para o Método Canguru, para todo o cuidado neonatal há de se estudar e compartilhar com a equipe para a garantia da segurança e qualidade do nosso cuidado. Desafio diuturno de coordenadores, lideranças locais e toda a equipe da unidade neonatal. Impossível não estudar lidando com recém-nascidos e suas famílias.

Considerações finais

Resumir a trajetória de quinze anos não é tarefa fácil. Muito tempo, muitos fatos, muitas pessoas, muitas alegrias, muitas tristezas, muitas perdas, muitas decepções, muito orgulho, muito estudo, muito trabalho, muitas viagens, muitas reuniões, tudo muito intenso (como não poderia deixar de ser em se tratando de neonatologia). Sinto que perdi fatos e informações que podem ajudar outros centros, outros serviços, outras equipes. A implantação nunca “termina”. Assim como o controle de todas as diretrizes clínicas

(uso racional de antibióticos, ventilação gentil, uso de CPAP², dieta precoce e outros) as diretrizes que estão sob o guarda-chuva do Método (que também são diretrizes clínicas) precisam de cuidado constante e intensivo. Nunca acaba. Precisamos sempre atualizar, treinar, compartilhar.

Talvez, deva ressaltar alguns pontos na implantação do Método no Centro de Referência Rio. Foco nas pessoas. Área física, local adequado e nossa planta ideal devem ser buscados, mas não são fundamentais para a implantação. O processo de trabalho é o cerne da questão.

Deixar claro que Método Canguru não é dogma, é ciência. **Não é para acreditar, é para estudar.** Nisso a literatura é uma aliada, é cada vez mais robusta a evidência das benesses do Método. **Agarre-se à literatura (com a crítica correta) – buscando a melhor evidência.** Isso alicerça a sua credibilidade. Isso é fundamental na construção de todas as diretrizes da unidade.

Foco na Unidade de Terapia Intensiva – tendo um bom alicerce nessa etapa as demais fluirão com mais serenidade. **Unidade sem cadeira é impossível.** Como assegurar a presença da mãe sem que ao menos ela sente. Mudanças arquitetônicas, como já comentamos, não são essenciais, contudo sem cadeira é impossível tangibilizar o nosso convite para que ela fique ao lado de seu filho. A incorporação das práticas no processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva é fundamental na prevenção de dano ao recém-nascido gravemente enfermo. Toda a equipe deve estar alinhada nesse processo.

A equipe merece toda a nossa atenção e estudo. Novos membros, com características que ainda não dominamos completamente, membros antigos com mudanças de comportamento (distanciamento do paciente e sua família). Captar o grupo para treinamento e novas abordagens clínicas (há sempre novidade na área neonatal). Desafio constante. Fonte de preocupação e de foco de estratégias.

Para a implantação do método há de se ter certeza que previne danos e garante uma melhor qualidade de vida para o nosso paciente e sua família: nosso foco, nosso objetivo, nosso ofício. Para isso acordamos, estudamos, trabalhamos e roubamos tempo de nossas famílias e nosso lazer. Deve ser bem feito e com paixão, como deve ser tudo que envolva cuidar de vida.

2 (Continue Positive Airway Pressure) ou pressão positiva contínua nas vias aéreas. (N.do E.)

Trajetória do Método Canguru no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)

Geisy Maria de Souza Lima¹

Fundado em 1960 por um grupo de médicos, liderados pelo Professor Fernando Figueira, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) é uma entidade filantrópica que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Voltado para o atendimento da população carente pernambucana, o complexo hospitalar do IMIP é centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas. Por incentivar o aleitamento materno numa época em que pouco se falava sobre o assunto, o IMIP foi o primeiro hospital do Brasil a receber o título de “Hospital Amigo da Criança”, concedido pela Organização Mundial de Saúde/UNICEF/Ministério da Saúde.

Com mais de 1.000 leitos, o IMIP realiza cerca de 600 mil atendimentos anuais. O Centro de Atenção à Mulher (CAM) assiste as mulheres pernambucanas e conta com vários serviços como ginecologia, mastologia, oncologia, obstetrícia, entre outros. Sua maternidade, referência para alto risco, possui 28 leitos de gestantes, 63 leitos de alojamento conjunto, 12 leitos de UTI obstétrica. Realiza cerca de 6.000 partos por ano com taxa de 30% de baixo peso. A Unidade Neonatal conta com 18 leitos de UTIN, 32 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

¹ Geisy Maria de Souza Lima (geisysmlima@hotmail.com) é médica neonatologista, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (UFP), Chefe da Unidade Neonatal e Unidade Canguru do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira de Pernambuco (IMIP), Consultora Nacional do Método Canguru para o Ministério da Saúde e Coordenadora do Centro de Referência Nacional do Método Canguru - IMIP.

(UCINCo) e 22 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). O ambulatório de seguimento dos recém-nascidos de risco possui uma equipe multiprofissional e acompanha os bebês nascidos com menos de 1750g e menores de 35 semanas de idade gestacional até 14 anos.

Histórico

Em 25 de maio de 1987, foi inaugurada a Maternidade do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), hoje Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. A unidade neonatal contava com dois leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e 15 leitos de cuidados especiais (intermediários), havia 33 leitos de alojamento conjunto, 28 leitos para gestantes de alto risco e 14 leitos destinados às mães após a alta obstétrica para acompanhar seus filhos que se encontravam na Unidade Neonatal.

Na inauguração, algumas rotinas já estavam definidas e logo sedimentadas:

- Livre acesso dos pais na Unidade Neonatal;
- Mães participando dos cuidados com os filhos e realizando estimulação sensorial nos momentos de higiene, alimentação quando os seguravam no colo;
- Alojamento para as mães cujos filhos estavam internados na Unidade Neonatal e vale-transporte para aquelas que não podiam permanecer no hospital, a fim de que pudessem vir diariamente acompanhar os filhos;
- Proibição do uso de mamadeira e chupeta na Unidade Neonatal e alojamento conjunto.

No primeiro ano de funcionamento, ocorreram 1.267 partos dos quais 9,2% foram Recém-Nascidos Pré-Termo (RNPT). Em 1988 e 89, foram realizados mais de três mil partos por ano. Chamava atenção o elevado percentual de pré-termos, 326 RNPT/ano, (9,5%). Em 1993, este percentual chegou a 28% dos partos. Também preocupava a equipe a existência de bebês que se encontravam sem intercorrências clínicas

aguardando atingir o peso de dois quilos recomendado para alta hospitalar da unidade de cuidados intermediários, localizado no 3º andar da maternidade, enquanto suas genitoras que os acompanhavam se encontravam alojadas no 5º andar. Naquela ocasião a equipe se inquietava com o baixo percentual de aleitamento materno no momento da alta destes recém-nascidos, mesmo com todo o trabalho desenvolvido pela equipe que já contava com o apoio do Banco de Leite, que havia sido inaugurado em abril de 1987.

Neste período, o Método Mãe Canguru ambulatorial da Colômbia já era conhecido pela equipe, por meio da literatura e vídeos do Instituto Materno Infantil de Bogotá. A coordenadora da Unidade, Dra. Geisy Lima, desenvolveu um projeto conhecido como “Projeto Mãe Canguru” para a implantação de um modelo hospitalar criando uma unidade com 15 leitos; a mãe e o bebê ficariam juntos 24h, sendo estimulada a posição canguru, fortalecendo o vínculo e o aleitamento materno. Com isso a Unidade de Cuidados Intermediários foi transferida para o 5º andar em área contígua ao alojamento das mães.

Em fevereiro de 1994, iniciou-se um projeto-piloto e a área reformada para a enfermaria foi inaugurada em 13 de junho de 1994 (aniversário do IMIP) (figura 1). A unidade era composta por uma enfermaria com 15 leitos, banheiros e sala de estar com mesa para refeições, televisão e cadeiras reclináveis para maior conforto (figura 2).

Neste mesmo ano, o IMIP já começava seu papel de disseminador, pois serviu de modelo para a Maternidade do Hospital Agamenon Magalhães (HAM), hoje Referência Estadual do Método, sendo o IMIP, a Referência Nacional. Em 1995, transmitiu esta metodologia às maternidades do Hospital Barão de Lucena e Maternidade Amaury de Medeiros da Universidade de Pernambuco, que o implantaram. Também neste ano começa a atuação do fonoaudiólogo na unidade neonatal, sendo incorporadas à equipe duas fonoaudiólogas que prestavam assistência aos bebês de forma voluntária, Maria de Lourdes Almeida e Rebeca Raposo.

Em 1995-1996 houve um Curso de Especialização em Terapia Ocupacional nas disfunções neuropsicomotoras pela Universidade Federal de Pernambuco. Nesta ocasião a terapeuta ocupacional Miriam Guerra passou a frequentar a Unidade Neonatal do IMIP e questionou a lumino-

sidade excessiva e constante. Isto motivou a equipe a confeccionar cobertura com tecido escuro para a incubadora. Na coberta, com o objetivo de chamar a atenção da equipe, foi colocado “Estou dormindo”. Além disso, foram elaborados rolinhos, mantendo o posicionamento adequado dos bebês na incubadora.



Figura 1: Beatriz na enfermaria canguru



Figura 2: Primeiras mães cangurus, junho de 1994

Em fevereiro de 1996, foi permitida a entrada dos avós na unidade neonatal do IMIP, uma vez que o serviço percebeu a importância socio-afetiva do contato avó-bebê (figura 3).



Figura 3: Beatriz, nascida em 14 de junho de 1994, na incubadora com sua mãe Alice e Vovó Vilma.

Em 1996, Dra. Geisy Lima é convidada a assessorar a equipe da Maternidade César Cals, no Ceará. Foi realizada a apresentação do trabalho do IMIP para a equipe, que implanta sua unidade com cinco leitos. Neste mesmo ano, durante o XV Congresso Brasileiro de Perinatologia foi realizada uma reunião entre o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e o IMIP para troca de informações visando à possibilidade de implantação do Método Mãe Canguru.

Ainda em 1996, foi firmado convênio com o Serviço Social da Indústria (SESI) pelo qual passamos a contar com professoras de artes e de culinária para atividades com as mães, evitando ociosidade e profissionalizando-as. As atividades aconteciam quatro vezes por semana. A partir de 1999 passamos a contar também com o voluntariado do IMIP. Atualmente a terapeuta ocupacional realiza uma oficina de brinquedos

ensinando às mães a confeccioná-los e a importância do brincar para o desenvolvimento das crianças.

Em 1997, a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco solicitou uma avaliação das maternidades regionais do estado e o apoio institucional para implantação do Método no Estado. Foram identificadas as maternidades com maior percentual de partos prematuros. Realizaram-se visitas a estes hospitais e foram inauguradas neste mesmo ano, e no início do ano seguinte, enfermarias em Caruaru e Petrolina (8 leitos) e em Garanhuns e Arcoverde (4 leitos). Atualmente mantem-se em funcionamento apenas Caruaru e Petrolina.

Ocorreu no IMIP a primeira reunião de gestores estaduais em 06 de agosto de 1997. Foram convidados os diretores dos Hospitais Regionais para conhecer o trabalho do IMIP e discutir as estratégias para implantação de Unidades Mãe Canguru. Após 15 dias, no dia 20 de agosto de 1997, ocorreu o “Primeiro Curso do Método Mãe Canguru” no Brasil (figura 4) do qual participaram 16 profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem com curso teórico-prático de 20 horas.



Figura 4 - 1º Curso Canguru do Brasil (20 a 22/08/1997)
Profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem dos hospitais regionais do estado de Pernambuco

Em 1997, o IMIP participou da premiação “Gestão Pública e Cidadania”, promovido pela Fundação Getúlio Vargas sendo o BNDES um dos patrocinadores desta premiação. Após a solenidade, a coordenação do IMIP foi procurada pela técnica da área social do BNDES, que se mostrou mobilizada com o cuidado desenvolvido por esta instituição, demonstrando seu interesse em apoiar, inclusive com recursos financeiros, este trabalho.

A participação do BNDES iniciou-se logo após, com o financiamento da reforma e ampliação da Unidade Mãe Canguru do IMIP. Ampliada para 18 leitos com sala de visita, solário, cozinha, área de serviço, auditório para reunião com as mães e carro para visita domiciliar, que até então eram realizadas em carro particular (figura 5).



Figura 5: Dra. Geisy realizando visita domiciliar

Em 1998 a equipe estava completa. Contávamos com o trabalho de uma equipe multiprofissional: Fisioterapia Motora, Terapia Ocupacional, Assistente Social, Fonoaudióloga (avaliação motora oral e auditiva), Psicóloga, Nutricionista. Também neste ano, buscando uma forma mais fisiológica para fazer a transição da alimentação da sonda para a via oral, a fonoaudióloga discute a realização da técnica da relactação, a fonoaudióloga discute a realização da técnica da relactação, pois após observações e estudos criteriosos mostrou que seria mais adequado que o uso do “copinho”. As mães eram orientadas e incentivadas a retirar manualmente

o leite para alimentar o filho. Passamos a prescrever para a transição, a re-lactação. Os técnicos de enfermagem já estavam familiarizados com esta técnica da lactação. No dia seguinte à prescrição, a equipe de enfermagem havia suspenso a lactação e justificou que não era necessário, pois as mães tinham muito leite. A partir disso muitas outras discussões ocorreram e surgiu então o termo “trans”, de transição, ficando translactação.

Vinte e sete de janeiro de 1999 foi a data da inauguração da nova Unidade Mãe Canguru do IMIP, aproveitando o “Primeiro Encontro Nacional Mãe Canguru”, onde contamos com a participação da Dra. Natalie Charpak e Zita Figueroa, do programa Mãe Canguru de Bogotá (Colômbia), Dr. Adriano Cattaneo, Trieste (Itália) e técnicos da Área da Saúde da Criança do Ministério da Saúde (MS), Dr. Nelson Diniz, Marinice Coutinho e Catarina Schubert (figura 6).



Figura 6: Primeiro Encontro Nacional Mãe Canguru

Na abertura do evento, o Dr. Adriano Cattaneo proferiu a Conferência: “Importância da Assistência Mãe Canguru”, seguida da apresentação: “Proposta Mãe Canguru – BNDES”, proferida por Marta Prochnik. No dia 28, os convidados visitaram a Unidade Neonatal com ênfase na enfermagem Mãe Canguru. A programação prosseguiu com a conferência da coordenadora da Unidade Neonatal do IMIP, Dra. Geisy Lima, “Assistência Mãe Canguru no IMIP”, e da mesa redonda “Assistência Mãe Canguru do

IMIP – equipe multidisciplinar” com profissionais da equipe, com suas respectivas temáticas: Estimulação Motora-Oral, Avaliação Auditiva, O papel da Fisioterapeuta e O papel da Terapia Ocupacional. Seguiu a programação com o Dr. Mario Rosa que falou da experiência do Hospital Guilherme Álvaro em Santos (SP) (pioneiro em posição canguru no Brasil-1991); Dr. José Dias Rego e a experiência do Rio de Janeiro (Maternidade Alexander Fleming), seguido das apresentações das experiências de Belo Horizonte, Salvador, Ceará e Rio Grande do Norte. Compareceram ao evento profissionais da Paraíba, Alagoas, Rio Grande do Norte, Ceará, Pernambuco e Bahia. Na tarde do dia 29, os participantes foram divididos em quatro grupos para discutir suas unidades, seguido de plenária, sob a coordenação da colombiana Dra. Nathalie, que encerrou o evento com a conferência “Assistência Mãe Canguru na Colômbia”.

Em março de 1999, o auditório do BNDES sediou a “1ª Conferência Nacional Mãe Canguru” no Rio de Janeiro (figura 7). O ministro da Saúde, José Serra, participou da solenidade de abertura junto com o fundador do Método Mãe Canguru na Colômbia, Dr. Hector Martinez. A coordenadora da Unidade Neonatal do IMIP, Dra. Geisy Lima, proferiu a conferência: Assistência Mãe Canguru do IMIP e a terapeuta ocupacional Miriam Guerra, da UFPE, O Papel do Terapeuta Ocupacional na Unidade Neonatal.



Figura 7: 1ª Conferência Nacional Mãe Canguru - Marta Prochnik (BNDES), Beatriz Azeredo (BNDES), Hector Martinez (Bogotá), Marcus Renato (UFRJ), Geisy Lima (IMIP) e Mirian Guerra (UFPE)

Em julho de 1999 aconteceu no IMIP um curso de 16h no Método Mãe Canguru e Atualização em Neonatologia, com equipes das maternidades estaduais da Paraíba. Neste período foi implantada a enfermaria canguru na Maternidade Cândida Vargas com 6 leitos, hoje Maternidade de Referência Estadual. O IMIP também ajudou na implantação da Unidade na Maternidade Frei Damião.

O primeiro Curso de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru, promovido pelo Ministério da Saúde, foi realizado no IMIP, de 17 a 19 de maio de 2000, e destinou-se aos profissionais dos Centros de Referência Nacional, momento rico de troca de experiências (figura 8).



Figura 8: Primeiro Curso de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo peso – Método Canguru, IMIP, de 17 a 19 de Maio de 2000

De 20 a 24 de novembro de 2000, o IMIP sediou o primeiro Curso de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, para os profissionais das equipes multiprofissionais das maternidades dos estados de Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Alagoas e Sergipe. Administraram o curso os consultores do MS, a psicóloga Maria Auxiliadora Andrade, o pediatra Dr. Ricardo Nunes Moreira da

Silva, a enfermeira Susane de Oliveira Meneses e a equipe do IMIP. Após este, muitos outros cursos ocorreram entre 2000 e 2004, cada curso com 30 participantes dos vários estados.

Dificuldades encontradas ao longo desta trajetória

O IMIP, como maternidade de referência para gestação de alto risco, recebe gestantes oriundas de todo o estado e dos estados vizinhos. A superlotação da unidade neonatal é uma constante, como relatamos no início do capítulo, com um percentual de RNPT em torno de 30%, e isto oferece entraves para a realização das propostas preconizadas pelo Método Canguru. Em decorrência disto, temos como preocupação o desgaste da equipe que necessariamente lida com situações extremas como RN graves, óbitos, sequelas, trazendo consigo a presença da Síndrome de Burnout, acarretando licença saúde e pedidos de demissões por excesso de trabalho. Com isto temos necessidade de treinamento constante devida à elevada rotatividade da equipe. Somam-se a essas dificuldades, o espaço inadequado da unidade, que se tornou pequena para a demanda, pouco conforto para acomodação dos familiares e mesmo dos profissionais.

Produção de conhecimento no IMIP

O IMIP vem contribuindo para produção do conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido pré-termo, desenvolvendo inúmeros trabalhos que vem sendo divulgados em jornadas e congressos científicos. Também é significativa a defesa de teses em relação à temática Método Canguru, citamos alguns exemplos a seguir:

- “Comparação do comportamento visiomotor entre as idades cronológica e corrigida de recém-nascidos prematuros”, de Raquel Costa Albuquerque (2010);

- “Efeito em curto prazo, da posição canguru sobre o tônus muscular flexor em bebês pré-termo do IMIP”, de autoria de Juliana Barradas de Souza (2010);

– “Estudos comparativos do desenvolvimento motor de pré-termo na idade equivalente ao termo e recém-nascido a termo, nascidos no IMIP”, de autoria de Carmem Lúcia Neves Guimarães (2010);

– “Perfil da atividade eletromiográfica de recém-nascidos, pré-termos submetidos à posição canguru”, de autoria de Kaisa Trovão Diniz (2010);

– “Desenvolvimento da linguagem e da cognição de crianças nascidas pré-termo, assistidas pelo Método Canguru”, de autoria de Cláudia Logman Mendonça (2012);

– “Atividade eletromiográfica de recém-nascido, pré-termo submetidos e não submetidos ao Método Canguru”, autoria de Rafael Moura (2013);

– “Correção da idade para identificação do atraso no desenvolvimento motor grosso de lactentes nascidos pré-termo”, de autoria de Miriam Queiroz de Farias Guerra (2014);

– “Análise eletromiográfica dos músculos bíceps braquial e isquiotibiais de recém-nascidos pré-termo submetidos à posição canguru nos decúbitos ventral e lateral: um estudo Follow-up”, de autoria de Ana Stela Salvino de Brito (2015);

– “Atividade eletromiográfica e desempenho motor de recém-nascidos pré-termo submetidos à posição canguru: um estudo follow-up”, de autoria de Camila Ferreira Gomes (2015);

– “Avaliação eletromiográfica do músculo esternocleidomastoideo de recém-nascidos pré-termo submetidos à posição canguru”, de autoria Daniela de Lucena Monteiro (2015).

Além disso, destacam-se as premiações recebidas em reconhecimento ao trabalho desenvolvido na Instituição. Já em 1997, o IMIP recebeu a premiação “Gestão Pública e Cidadania” pela Fundação Getúlio Vargas. Naquele ano, também recebeu o primeiro lugar na Área Social do I Prêmio Unibanco Saúde de Medicina. Em 2012, além do Prêmio Ser Humano Paulo Freire, foi agraciado com o 1º lugar na categoria Responsabilidade Social. Em maio de 2014, foi finalista da 5ª edição do Prêmio ODM² Brasil. Também em 2014, foi finalista do Prêmio Saúde, cuja solenidade

ocorreu no Instituto Tomie Ohtake em São Paulo, ficando entre os três primeiros lugares, dentre 427 inscritos.

Fatos pitorescos

Durante estes anos, no IMIP, vivemos situações de muita preocupação, investimento profissional, cansaço e mesmo desânimos. Entretanto, também vivemos situações especiais que são constantemente lembradas por ocorrerem em momentos chave de nossa história, ajudando a diminuir estresse da equipe. Queremos aqui compartilhá-las com vocês.

1. O professor Fernando Figueira

No primeiro Curso Canguru do Brasil realizado no IMIP, em agosto de 1997, para os hospitais regionais do estado, as aulas iniciariam às 8h, na sala “Nelson Chaves”, junto à sala da presidência do IMIP (sala do professor Fernando Figueira). Às 8h haviam chegado apenas duas profissionais de Caruaru. O professor Fernando Figueira, que não admitia atrasos, abre a porta e pergunta-me porque eu não havia começado a apresentação. Respondi estar aguardando os outros participantes. Ele ordenou que eu levantasse e comesse a aula em respeito aos que haviam honrado o horário. Solicitou que no intervalo, levasse os demais participantes à sua sala. No intervalo todos fomos para a sala do professor Fernando. Ele nos esperava com um texto que era muito familiar a todos que faziam parte da família IMIP – “Quem chega atrasado e não é pontual, é ladrão do tempo alheio”. Este texto ele entregava a todos que não cumprissem horário. Na manhã seguinte às 7:30, todos estavam na sala de aula.

2. O financiamento da reforma

Após apresentação do trabalho realizado, durante a premiação Gestão Pública e Cidadania – FGV, em São Paulo, a técnica da área so-

cial do BNDES Ângela Marques desejou conhecer o trabalho realizado no IMIP e perguntou se precisávamos de ajuda para ampliar a unidade. Imediatamente, assinalamos que sim, pois no IMIP, havia uma área de 600m² que seria desativada e gostaríamos de fazer a unidade canguru neste espaço. Entretanto, não dispúnhamos de recursos para a grande reforma. Ela questionou o quanto de recurso seria necessário. Dra. Geysi respondeu receando ser criticada, pois se tratava de muito dinheiro: R\$ 50.000. A técnica do BNDES sorriu e falou: realmente, você é médica e não tem ideia de custo. Volte, chame um arquiteto e engenheiro, faça o orçamento e nós iremos ao IMIP para fechar este orçamento. A reforma foi orçada em R\$ 310.000,00.

3. A visita do ministro

Em 1998, foi marcada visita do ministro da Saúde José Serra ao IMIP. Todo o Cerimonial de visita foi realizado. Na hora marcada, todos o esperavam na Presidência do IMIP. Houve atraso na chegada do ministro. Algum tempo depois, a coordenadora da Unidade Neonatal recebeu telefonema da técnica de enfermagem, anunciando que o ministro se encontrava na sala de estar sentado com as mães, conversando. O mesmo acessou o espaço por outra entrada do Hospital, acompanhado por apenas dois seguranças, tomou o elevador e chegou à unidade canguru. Todos saíram correndo e subiram cinco andares de escada, transcorrendo cerca de 10 a 15 minutos. Ao chegar à Unidade, lá estava o ministro sentado, rodeado de mães. E o ministro José Serra deu seu depoimento de estar “encantado com o trabalho realizado” no hospital.

Imagens da história

Os profissionais do IMIP contribuíram imensamente no cuidado de inúmeras crianças e suas famílias, cada uma como sua história de vida, como é o caso da Beatriz, uma das primeiras bebês canguru em 1984 (figuras 9 e 10).



Figura 9: Beatriz com sua mãe na unidade neonatal, em 1984



Figura 10: Beatriz com 21 anos

O sucesso da implementação do Método Canguru no IMIP vem sendo comemorado ao longo dos anos pelos participantes desta história, a exemplo do evento de Aniversário Canguru 10 anos “Canguru nas Artes Plásticas”, em junho de 2004 (figura 11).



Figura 11: Bebês cangurus com 10 anos pintaram painel com o artista plástico George Barbosa, junho de 2004

Trajetória do Método Canguru no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA

Zeni Carvalho Lamy¹

Marynéa Silva do Vale²

Eremita Val Rafael³

Francisca da Silva Souza⁴

Marinese Hermínia Santos⁵

Fernando Lamy Filho⁶

Patricia Franco Marques⁷

Roberta Borges C. de Albuquerque⁸

Vanda Maria Ferreira Simões⁹

1 Zeni Carvalho Lamy (zenilamy@gmail.com) é médica pediatra e neonatologista, Doutora em Saúde da Criança e da Mulher (2000), pelo Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Docente do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFMA), e Saúde da Família (RENASF), Consultora Nacional da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde e Coordenadora do Projeto de Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru em Maternidades Públicas Brasileiras.

2 Marynéa Silva do Vale (maryneavale@gmail.com) é médica pediatra e neonatologista, Chefe do Serviço de Neonatologia do Hospital da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e Consultora do Ministério da Saúde para o Projeto de Capacitação de Parteiros Tradicionais e para a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru.

3 Eremita Val Rafael (eremitavr@hotmail.com) é enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Consultora do Ministério da Saúde para a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru e Gestora de Projetos da Escola Técnica do SUS do Maranhão.

4 Francisca da Silva Souza (souzafran13@gmail.com) é enfermeira, Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente e Consultora do Ministério da Saúde para a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru.

5 Marinese Hermínia Santos (marinesesantos@gmail.com) é enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e Docente do Departamento de Enfermagem da UFMA.

6 Fernando Lamy Filho (lamyfilho@gmail.com) é médico pediatra e neonatologista, Doutor em Saúde da Criança e da Mulher - IFF pela Fundação Oswaldo Cruz, Professor associado da UFMA e Professor dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Saúde da Criança e do Adulto da UFMA.

7 Patricia Franco Marques (patricia_marquesf@hotmail.com) é médica pediatra e neonatologista, Mestre em Saúde Materno-Infantil pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Consultora do Ministério da Saúde para a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru e Coordenadora da Unidade Neonatal.

8 Roberta Borges C. de Albuquerque (robertabca@uol.com.br) é médica pediatra e neonatologista, Consultora do Ministério da Saúde para a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru e Coordenadora do Ambulatório de Seguimento do Hospital Universitário da UFMA.

9 Vanda Maria Ferreira Simões (vandamfsimoes@gmail.com) é médica pediatra e neonatologista. Doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Docente do Departamento de Saúde Pública da UFMA e dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e em Ciências da Saúde.

Um pouco da história antes do Método Canguru

O Hospital Universitário Unidade Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão, desempenha papel estratégico na atenção à saúde, no âmbito SUS, no estado do Maranhão. Iniciou suas atividades em 05 de agosto de 1984, como hospital do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Sua inauguração preencheu uma lacuna no estado, garantindo assistência pública e de qualidade à mulher e à criança desde o nascimento até a adolescência. Garantiu também o ensino de pediatria e obstetrícia. Desde a inauguração já contava com a residência de pediatria.

A abertura dos diferentes serviços aconteceu de forma gradual. Em sua estrutura organizacional já contava com o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia e com o Serviço de Pediatria, dentro do qual se encontrava a Neonatologia.

A equipe assistencial era composta essencialmente por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Em 1985, foram admitidos novos profissionais aprovados em concurso do Ministério da Saúde, aumentando sobremaneira a capacidade de cuidado do hospital. Parte desses profissionais, a maioria muito jovem, estava retornando ao Maranhão após residência ou especialização, e alguns vinham de outros estados, para compor a equipe que iniciou o trabalho do Serviço de Neonatologia que tem como marca, desde então, o envolvimento e compromisso da equipe.

Desde o nascimento do primeiro bebê, que recebeu o nome de Valdir em homenagem ao então Ministro da Saúde Valdir Pires, em junho de 1986, a equipe de neonatologia organizou seu processo de trabalho voltado para manter mãe e filho juntos desde a sala de parto até o alojamento conjunto e, assim, o berçário foi transformado em unidade para recém-nascidos doentes.

Um projeto ousado para a época, coordenado pelo neonatologista Fernando Lamy Filho, foi realizado visando implantar uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) que, depois de uma dura emprei-

tada, foi inaugurada em 1987. Esta UTIN foi a primeira do estado do Maranhão e uma das primeiras das regiões norte e nordeste. Apesar de contar com uma boa infraestrutura, ainda convivía com a falta de recursos organizacionais do hospital e da cidade e, conseqüentemente, com altos índices de morbimortalidade neonatal.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), o Hospital deixou de ser vinculado ao INAMPS e ficou sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde, passando a atender de forma universal aos usuários do SUS.

Em Janeiro de 1991 um importante acontecimento mudou a história do hospital, quando, juntamente com outra unidade hospitalar do antigo INAMPS, Hospital Presidente Dutra, passou a ser administrado pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Estes dois hospitais, um materno-infantil e outro geral, agora com administração única, passaram a compor o Hospital Universitário da UFMA, transformando-se em referência em ensino, pesquisa e extensão para o Estado do Maranhão (figura 1).

A residência de neonatologia teve início no ano seguinte com duas vagas e em 2010 passou a ter cinco vagas autorizadas pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação (MEC). É ainda campo de treinamento para a Residência Multiprofissional nas categorias de serviço social, fisioterapia, psicologia, enfermagem e terapia ocupacional.

Em 2012, o Hospital Universitário passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública vinculada ao MEC.

O Serviço de Neonatologia do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUUMI) já envolvia, nesta ocasião, o atendimento ao recém-nascido (RN) na sala de parto, o Alojamento Conjunto, a Unidade de Terapia Intensiva, a Unidade Intermediária e um ainda insipiente Ambulatório de Seguimento de Crianças de Risco egressas da UTIN.



Figura 1: Fachada do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/Merval (2013)

A mudança necessária: implantando o Método Canguru

Em seus 10 primeiros anos de existência, a marca do trabalho desenvolvido no HUUMI foi a incorporação progressiva de tecnologias, desde as tecnologias duras, envolvendo equipamentos e drogas, até as tecnologias leves, garantindo aos bebês e suas famílias acolhimento e cuidado. Nessa perspectiva, uma nova grande mudança no processo de trabalho se deu em 1997 com a criação da Unidade Mãe Bebê, um setor dentro da Unidade Neonatal que garantia livre acesso ao pai e mãe, permanência da mãe 24 horas junto ao seu filho, posição canguru, podendo participar de todas as atividades desenvolvidas com o bebê.

Esta mudança aconteceu em decorrência da pesquisa de mestrado intitulada “Situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em UTI Neonatal” (LAMY, 1997), realizada no Instituto Fernandes Figueira (FIOCRUZ) pela neonatologista do serviço Zeni Carvalho Lamy. Os resultados mostraram que as práticas e rotinas hospitalares vigentes ainda eram muito restritivas. Os pais eram recebidos como visita, o que não lhes possibilitava participar dos cuidados dos filhos e, no momento da alta hospitalar, estavam inseguros e não se sentiam capazes de cuidar dos filhos em casa. A equipe, embora atenta e interessada, não identificava a importância da participação dos pais junto ao filho e do apoio de sua rede social e familiar.

A proposta de inclusão dos pais como parte fundamental dos cuidados do recém-nascido ganhou força e se concretizou em um momento que o Método Canguru começava a ser divulgado no mundo, reforçando a importância do contato pele a pele praticado o mais precocemente possível entre a mãe e seus bebês pré-termo e/ou de baixo peso.

A Unidade Mãe-Bebê, iniciada com quatro leitos, possibilitava essa nova abordagem estimulando o progressivo contato pele a pele entre a mãe e seu bebê, além de sua participação, com suporte da equipe, em todos os cuidados do filho.

Simultaneamente, outras práticas de humanização do cuidado foram sendo incorporadas envolvendo todo o serviço de neonatologia. Podemos destacar: visita da equipe de neonatologia à gestante internada com ameaça de parto prematuro, entrada livre dos pais na UTI, visita à mãe no alojamento conjunto antes do primeiro contato com o recém-nascido internado na UTI, reuniões semanais com os pais e familiares por eles indicados, para esclarecer dúvidas sobre o bebê internado, reuniões regulares com os profissionais da equipe multiprofissional com a proposta de garantir um espaço de reflexão e um grande encontro anual, chamado “Cuidando do Cuidador”, realizado fora dos muros do hospital. Entre 1997 e 1999, o serviço manteve-se caminhando no sentido de garantir, cada vez mais, práticas voltadas para o cuidado do recém-nascido, seus pais e sua família.

Em março de 1999, a equipe responsável pela neonatologia participou do “Seminário Nacional sobre o Método Canguru”, realizado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), no Rio de Janeiro. Este seminário visava divulgar o Método Canguru e serviços de todo o Brasil foram convidados a participar. O HUUMI apresentou sua experiência com o Método Canguru em forma de banner e, como consequência, ainda durante o Seminário, foi realizado contato com a equipe da Área Social do BNDES no sentido de solicitar um possível financiamento para ampliação do Serviço de Neonatologia, contando para isso com o integral apoio do então Diretor Geral do HU, o Prof. Dr. Natalino Salgado Filho. Em 2002, as Sras. Marta Prochnik e Isis Pagy realizaram visita técnica ao HUUMI e, desde então, foram iniciadas as negociações que culminaram com a aprovação do financiamento da reforma e ampliação da Unidade Neonatal.

Esse projeto, além de contemplar a reforma da estrutura física com adequação da UTIN, da Unidade Intermediária e da Unidade Canguru, antiga Unidade Mãe-Bebê, também possibilitou a aquisição de equipamentos necessários para a implementação da assistência de alta complexidade, a contratação de profissionais para ampliar a equipe multiprofissional do Ambulatório de Seguimento e a aquisição de um carro para a realização de visitas domiciliares. Mais uma vez o apoio e a gestão da direção do HU foram fundamentais para garantir a manutenção da equipe, após o término do financiamento, e também para garantir que parte da obra que extrapolou o planejamento inicial fosse finalizada.

Em dezembro de 1999, quando o Ministério da Saúde (MS) lançou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, a Unidade Materno Infantil do Hospital Universitário foi escolhida como um dos centros nacionais de referência para a disseminação do Método Canguru no Brasil, em reconhecimento pelo trabalho que já vinha sendo desenvolvido.

Com o objetivo de formar instrutores para disseminar o Método Canguru no Brasil, a Área de Saúde da Criança do MS organizou o curso piloto no Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, nos dias 17, 18 e 19 de Maio de 2000. O curso foi um marco na história do Método Canguru (MC) no Brasil e teve a participação de diversos profissionais do HUUMI. Este curso foi baseado nas diretrizes estabelecidas pela Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido Método Canguru.

Entre 2000 e 2010 foram realizados no HUUMI 22 cursos de capacitação para o Método Canguru. O curso tinha duração de 40 horas e era ministrado para equipes de Maternidades de diversos estados brasileiros, com o objetivo de sensibilização para o MC. Foram capacitados 838 profissionais de saúde de 20 estados brasileiros e do Distrito Federal.

Com a necessidade de descentralização do Método Canguru, foi elaborado, pelo Ministério da Saúde, o Curso para a Formação de Tutores Estaduais, utilizando metodologias ativas de ensino aprendizagem, cujo piloto, aconteceu em 2009 no HUUMI quando estiveram presentes os profissionais dos cinco Centros Nacionais para o MC.

Em 2010, entendendo a necessidade de capacitar os profissionais da Atenção Básica para o cuidado do Recém-Nascido egresso de UTIN, o

HUUMI começou a ministrar cursos para profissionais da Atenção Básica do estado do Maranhão. Inicialmente, foram realizados cinco cursos em colaboração com o Projeto Cuidando do Futuro da Secretaria de Saúde do Estado. Nesta etapa foram capacitadas equipes da Atenção Básica dos 17 municípios maranhenses com maiores taxas de mortalidade infantil.

Após esta etapa, considerando a importância da integração entre a equipe hospitalar e da Atenção Básica, foi elaborado um projeto de extensão, financiado com recursos da Política de Educação Permanente em Saúde do Estado que possibilitou a realização de mais 20 cursos de sensibilização para profissionais da Atenção Básica, capacitando 604 profissionais maranhenses.

Em 2013, o HUUMI sediou o curso piloto para formação de tutores nos estados, para disseminar a terceira etapa do Método Canguru compartilhada com a Atenção Básica, promovido pelo Ministério da Saúde.

Consolidação do Serviço de Neonatologia

Em 2000 a Neonatologia deixou de ser um setor do Serviço de Pediatria do HUUMI, tornando-se um serviço com diferentes setores integrados: Atendimento ao RN no nascimento; Alojamento Conjunto; Unidade Neonatal com a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa) e Ambulatório de Seguimento Especializado.

A conclusão da reforma proporcionou à Unidade Neonatal uma ambiência segura, confortável e acolhedora para os bebês, pais e profissionais. Foi então sistematizado um programa de educação continuada que envolvia toda a equipe, oferecendo capacitação técnica e relacional, com foco no trabalho interdisciplinar e na integralidade do cuidado.

Nesta fase destacamos a importante troca de experiências entre os Centros Nacionais de Referência para o Método Canguru, proporcionando aprendizado contínuo e mudanças de práticas. Destacamos o apoio de três consultores nacionais que foram muito importantes para a incorporação de novas práticas em nosso serviço, a enfermeira Suzane Menezes e as psi-

cólogas Denise Streit Morsch e Maria Auxiliadora Gomes, que, construindo com a equipe uma relação de respeito e afeição, foram, em diferentes momentos e ao longo de encontros, oficinas e cursos, contribuindo para a qualificação do cuidado prestado ao bebê, seus pais e sua família.

Dentre muitas competências e habilidades adquiridas, destacamos a compreensão da linguagem dos bebês e de suas individualidades levando a mudanças na forma de pesar, dar banho e organizá-lo na incubadora e a implantação da visita dos avós e da visita dos irmãos, seguindo modelo proposto pela psicóloga Denise Streit Morsch, que já desenvolvia essas práticas na Clínica Perinatal Laranjeiras, no Rio de Janeiro, desde 1991.

Outras práticas foram sendo desenvolvidas e/ou adaptadas a partir de iniciativas da própria equipe, como o trabalho de integração sensorial utilizando a rede. Foram confeccionados vários tamanhos de redinhas e suportes até chegar a um modelo aprovado pela equipe para recém-nascidos que já estão fora da incubadora (figura 2). Outro modelo é usado para bebês que ainda estão em incubadora. Este é um recurso terapêutico utilizado, em nosso serviço, pelo terapeuta ocupacional, com indicação específica.



Figura 2: Uso terapêutico da redinha/ Edgar Rocha(2013)

Outra prática já conhecida (MOMO *et al.*, 2012), o banho de balde, teve seu uso desenvolvido e sistematizado também com o objetivo de in-

tegração sensorial passando a ser chamado pela equipe de “ofuroterapia” (figura 3).



Figura 3: Ofuroterapia

O atendimento no Centro de Parto é realizado por equipe capacitada nas boas práticas no parto e nascimento, considerando a mulher, sua família e o recém-nascido como protagonistas do cuidado. A equipe é capacitada em Reanimação Neonatal e Atenção Humanizada ao RN – Método Canguru, onde são realizadas as boas práticas neonatais como clameamento oportuno do cordão, contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora, em parceria com a equipe multiprofissional.

O Alojamento Conjunto possui 66 leitos distribuídos em enfermarias de 2 a 4 leitos, com pediatras diaristas e equipe multiprofissional, responsável pelo teste do coraçõzinho, teste do pezinho, teste do olhinho e vacinação dos recém-nascidos antes da alta.

A Unidade Neonatal possui neonatologistas plantonistas 24 horas e diaristas, além de equipe multiprofissional composta por enfermeiras, terapeutas ocupacionais, fonoaudióloga, diaristas, psicólogas, assistente social e fisioterapeutas.

Busca-se sempre o atendimento humanizado, respeitando a individualidade e a subjetividade de cada bebê e sua família. O trabalho dos profissionais é pautado nos pilares do Método Canguru.

A UTIN, primeira etapa do Método Canguru, possui vinte leitos de cuidados intensivos. Quando o bebê é internado, sua mãe é visitada e acompanhada por membros da equipe multiprofissional que funcionam como um elo, garantindo informações, esclarecendo dúvidas e preparando-a para o ambiente da UTIN.

A posição canguru é estimulada facilitando, assim, a formação de vínculos afetivos (figura 4). Os pais possuem livre acesso e permanência. Os avós e os irmãos realizam visita ao bebê na UTIN, acompanhados por uma psicóloga e/ou uma assistente social. Tios, primos, padrinhos e demais familiares e/ou outras pessoas que constituem a rede social da mãe, podem visitá-la, com acesso às áreas de convivência da Unidade Neonatal.



Figura 4: Posição Canguru na Primeira Etapa/ Edgar Rocha (2013)

A participação da família na UTIN favorece apoio social e emocional aos pais que vivem esse difícil momento que é a internação de um filho recém-nascido. Isso melhora a interação entre a família e a equipe de saúde e possibilita à equipe o conhecimento da situação psicossocial que envolve o recém-nascido e sua família e, principalmente, integra o bebê à sua família. Há também um espaço, chamado “sala da família”, que foi criado com o objetivo de receber os pais e/ou rede de apoio social com privacidade, de forma individualizada, de acordo com as demandas.

A Unidade de Cuidados Intermediários é dividida em Convencional (UCINCo) com 10 leitos e Canguru (UCINCa), segunda etapa do Método Canguru (figura 5), com 12 leitos.

Apesar de a mãe ter livre acesso e permanência em toda a Unidade Neonatal, é neste momento que ela é convidada a ficar 24 horas com o seu filho até a alta hospitalar. A competência materna nos cuidados com o filho é valorizada e, com o suporte da equipe, assume, gradativamente, atividades de rotina ligadas à higiene e à alimentação.

De modo geral, permanecem na UCINCo apenas recém-nascidos cujas mães se encontram em condições clínicas adversas ou em caso de óbito materno, situação na qual é discutido com os familiares a identificação da pessoa que irá cuidar do recém-nascido. Esta pessoa passa a acompanhar o bebê durante a internação.



Figura 5: Segunda Etapa – a participação da família/ Merval (2014)

A utilização do Método Canguru tem, progressivamente, reduzido a necessidade de leitos de UCINCo e aumentado a necessidade de leitos da UCINCa. Quando a mãe não pode permanecer por questões sociais, o trabalho é conduzido buscando parcerias junto ao conselho tutelar ou à rede de apoio familiar. Quando a dificuldade identificada se mostra de caráter emocional é iniciado acompanhamento psicológico. Nestes casos, a equipe aproveita todas as oportunidades da presença materna para apoiá-la, promovendo seu empoderamento. Isto inclui diferentes estra-

tégias discutidas com a equipe, buscando motivá-la a permanecer junto do filho e participar de seus cuidados. O aleitamento materno é continuamente incentivado, passando por todas as etapas até a livre demanda.

As reuniões implantadas em 1997 são realizadas regularmente até hoje. Semanalmente é conduzida uma reunião com as famílias e pessoas da rede social de apoio chamada “Esclarecendo dúvidas”. Consiste em uma reunião informal, onde estão presentes mães, pais, avós, tias ou qualquer membro da família ampliada, indicados pelos pais, que queiram obter informações sobre o bebê internado.

O “Grupo de Verbalização”, coordenado pela psicologia, é um espaço onde os pais dos bebês internados na Unidade Neonatal são convidados a compartilhar com outros pais as situações vivenciadas na Unidade, com o objetivo de sentirem-se apoiados na elaboração de suas angústias e sofrimentos.

As reuniões socioeducativas são atividades que visam à educação em saúde, e também à realização de oficinas para produção de trabalhos manuais, que contam muitas vezes com o apoio de voluntários. Nas oficinas são abordados temas de interesse dos pais por meio de palestras, exposições de vídeos e dinâmicas de grupo.

A visita dos avós tem o objetivo de oferecer um lugar, dentro da Unidade Neonatal para a história familiar da criança e ao mesmo tempo atender uma necessidade da mãe e mesmo do pai quanto a proximidade de seus pais nesta situação. Ao mesmo tempo favorece a compreensão da história que está sendo vivida pelo bebê nesta ocasião, podendo tranquilizá-los e estabelecer uma relação de confiança com a família. Nessa oportunidade, os avós são orientados quanto às normas e rotinas da Unidade Neonatal, recebem informações sobre formas de ajudarem seus filhos e netos neste período como em relação ao aleitamento materno e posição canguru.

A “Reunião de convivência” acontece com membros da equipe multiprofissional e as mães da UCINCo/UCINCa. Nessa oportunidade, trabalham-se as relações interpessoais, a interação do grupo e o relacionamento com a equipe multiprofissional. Também acontece de acordo com a necessidade do grupo.

A consulta coletiva acontece três vezes por semana, atendendo as famílias que estão na Terceira Etapa do Método Canguru. É realizada por

enfermeiro e Pediatra-neonatologista no Ambulatório do próprio hospital, sendo também compartilhada com a Atenção Básica. Objetivos como identificação de dificuldades no ambiente familiar, monitoramento do crescimento, apoio ao aleitamento materno e encaminhamento para realização de exames, consultas especializadas, medicações e imunizações, são cumpridos nessa fase. Além disto, acompanhamento da criança na rede de Atenção Básica é orientado e, sempre que necessário, é garantido o retorno ao Ambulatório de Seguimento.

O Ambulatório de Seguimento Especializado é o setor que garante a continuidade da assistência prestada ao recém-nascido egresso da UTIN e à sua família, após a alta da terceira etapa do Método Canguru. A equipe é composta por pediatras, enfermeiras, assistente social, psicóloga, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional, além de especialistas como cardiologista pediatra e oftalmologista. As crianças são acompanhadas até atingirem a idade de sete anos. O acompanhamento é feito nas áreas de crescimento e desenvolvimento, monitorização e tratamento das principais morbidades de maior prevalência nessa população. As crianças realizam Triagem Auditiva através do Teste da Orelhinha (Emissões Otoacústicas) e, quando indicado, o BERA (*Brainstem Evoked Response Audiometry*).

Outra importante atividade do serviço consiste na visita domiciliar que acontece em diferentes momentos, tanto no período de internação quanto após a alta da criança. Objetiva a maior proximidade com o grupo familiar para aprofundar dados sobre a realidade socioeconômica da família, atuando no preparo para a alta hospitalar e no acompanhamento psicossocial em situações pós-óbito e de casos de risco de abandono. Além disso, busca fortemente a identificação e o fortalecimento de uma rede social de apoio, proporcionando um menor índice de re-internações e abandono do seguimento.

Contribuição para a construção do conhecimento

Desde seu início, o serviço de neonatologia do HUUFMA tem buscado e incentivado a produção do conhecimento e, ao longo de todos

esses anos, tem sido campo para o desenvolvimento de pesquisas, muitas voltadas para a construção de evidências científicas que subsidiem a utilização do Método Canguru e já apresenta produção científica consistente nessa área com diversos trabalhos ligados a doutorados, mestrados, iniciação científica e conclusão de curso de graduação.

No ano 2000, em uma tese de doutorado que estudou o ambiente da Unidade Neonatal depois da introdução do Método Canguru, a pesquisadora Zeni Lamy encontrou como resultado que as mães que tiveram a oportunidade de fazer contato pele a pele e participar do cuidado efetivo de seus filhos durante a internação percebiam que o aleitamento materno e o Método Canguru possibilitavam a elas um lugar especial naquele ambiente e reconheciam que o saber dos profissionais não substitui o cuidado materno.

Pouco depois, em 2005, foi realizado um estudo sobre a participação dos avós na Unidade Neonatal pelas pesquisadoras Lívia Rocha, Zeni Lamy e Maria da Conceição Ferreira (ROCHA *et al.*, 2005) trazendo relevantes contribuições sobre o tema.

Lamy Filho *et al.*, em um trabalho financiado pelo Ministério da Saúde/OPAS, avaliaram os resultados neonatais dos Centros Nacionais de Referência para o Método Canguru comparando-os com os das Unidades da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN), que na época não haviam ainda implantado o Método Canguru. Nessa pesquisa, demonstrou-se que o MC é uma prática segura e que as crianças que o utilizavam tinham maior chance de alta em aleitamento materno exclusivo (Lamy Filho *et al.*, 2008).

Ainda no mesmo ano, a eficácia da posição canguru no controle da dor neonatal foi consolidada pelo estudo de Freire, Garcia e Lamy (2008), publicado na conceituada revista internacional *Pain*. O trabalho consistiu em um ensaio clínico randomizado, que demonstrou as propriedades analgésicas da posição canguru em comparação com a administração de glicose oral anterior a procedimentos dolorosos de rotina.

Em 2011, Lamy & Morsch *et al.*, em uma pesquisa sobre a construção do papel materno a partir da vivência de internação em UTIN em dois modelos assistenciais – convencional e canguru, encontraram como resultados a facilitação da construção do papel materno proporcionada pelo Método Canguru.

Merece destaque, também, a participação dos pesquisadores do serviço em trabalhos colaborativos internacionais sobre o Método Canguru. A metassíntese qualitativa sobre a experiência de pais com o método, realizada em parceria com a Universidade de Örebro (Suécia), deu origem a duas publicações: “*Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant Part-1: A qualitative systematic review*” (CARLSSON, LAMY, & ERIKSSON, 2014) e “*Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant – Part 2: A qualitative meta-synthesis*” (CARLSSON, LAMY, TINGVALL & ERIKSSON, 2014).

Em 2015, foi publicado na revista internacional *BMC Pregnancy and Childbirth* outro ensaio clínico randomizado realizado por Lamy Filho & Sousa *et al.* (2015), que demonstrou, de forma inédita, que recém-nascidos internados em UTIN, colonizados com *Staphylococcus aureus* multirresistente, conseguiam maior índice de descolonização dessa bactéria quando utilizavam a posição canguru com suas mães em comparação com aqueles que não a praticavam. Esta pesquisa deu origem a duas dissertações de mestrado.

Prêmios e participações externas

O Serviço de Neonatologia do HUUFMA tem recebido reconhecimento pelo seu trabalho através de diversas certificações e premiações que destacamos a seguir.

Em 1997 ficou em primeiro lugar na pesquisa de preferência e simpatia pública pela EMBRAPES e em 2008 recebeu Certificação de Gestão da Qualidade ISO 9001/2000 pelo ICQ Brasil e em 2010, 2012 e 2014 foi recertificado. Recebeu, em 2011, o Prêmio Estadual de Qualidade Hospitalar.

Destacamos três Prêmios Nacionais: “Prêmio João Yunes” recebido em 2002 pela promoção, proteção e recuperação da saúde da criança; “Prêmio David Capistrano” em 2004, pelas práticas de humanização na atenção à mãe e à criança e o “Prêmio Prof. Fernando Figueira”, concedido, em 2004, a cinco Unidades de Terapia Intensiva Neonatal do Brasil em reconhecimento à atenção integral e de qualidade prestada aos recém-nascidos.

Em 2009, o Serviço de Neonatologia do HUUFMA foi convidado para participar da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN), que hoje congrega 20 das principais Unidades Neonatais públicas do Brasil, a maioria ligada a hospitais de ensino de instituições reconhecidas nacionalmente. A RBPN possui um sistema de informação através de uma base de dados neonatais, com a finalidade de possibilitar a monitorização de práticas clínicas e variações nas rotinas das diversas unidades, bem como realizar estudos colaborativos.

Ainda em 2009, o Hospital foi selecionado para integrar o Plano de Qualificação das Maternidades e Rede Perinatal da Amazônia Legal e Nordeste (PQM) e desde 2012, integra o rol das seis maternidades candidatas e em processo de qualificação, como *“Centro de Referência para Boas Práticas no Atendimento ao Parto e Nascimento”* pela Rede Cegonha – Ministério da Saúde.

Recebeu, ainda, o “Prêmio Nacional Gestão BANAS de qualidade”, concedido ao Hospital Universitário (HUUFMA) em 2010, pelo desenvolvimento do Sistema da Qualidade.

O HUUFMA foi indicado em 2014, pelo Ministério da Saúde, como Centro de Referência para a Cooperação Internacional de Implantação do Método Canguru em El Salvador, integrando-se ao projeto que tem por finalidade a assistência neonatal e a redução da mortalidade infantil e neonatal (ODM 4) de El Salvador.

Considerações finais

Os profissionais formados no HUUFMA têm a oportunidade de vivenciar uma assistência que não prioriza exclusivamente os procedimentos técnicos, mas incorpora aos cuidados, o acolhimento e a humanização com destaque para o Método Canguru.

A equipe multiprofissional busca desenvolver um trabalho interdisciplinar no qual a multiplicidade de saberes é valorizada.

Com as modificações no ambiente da Unidade Neonatal, a família assume a corresponsabilidade nos cuidados com o bebê, se envolvendo de forma ativa no cuidado e participando de condutas e decisões. Suas

dúvidas, incertezas e angústias são escutadas e valorizadas durante todo o processo de permanência na Unidade até a alta hospitalar segura.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2.ed. Brasília, DF; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. Método Canguru: caderno do tutor. Brasília, DF; 2011.

ANDERZÉN-CARLSSON, A; LAMY, Z.C.; ERIKSSON, M. Parental experience of provide skin-to-skin care their newborn infant-part 1: a qualitative systematic review. PubMed. 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25319746>>

ANDERZÉN-CARLSSON, A.; LAMY, Z.C.; TINGVALL, M.; ERIKSSON, M. PubMed. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25319747>>

FREIRE, N. B.; GARCIA, J. B.; LAMY, Z. C. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. **Pain**, v. 139, n. 1, p. 28-33, 2008.

LAMY, Z. C. **Unidade Neonatal**: um espaço de conflitos e negociações. 2000. 200p. Tese – Instituto Fernandes Figueira-FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

LAMY, Z. C., et al. Humanization in low weight newborn intensive care-Kangaroo Mother Care: the Brazilian propose. **Ciênc.Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.659-668, 2005.

LAMY, Z. C.; CARVALHO, M.; GOMES, R. Situações Vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **J Pediatr.**, v. 73, n.5, p.293-298, 1997.

LAMY FILHO, F, et al. Effect of maternal skin-to-skin contact on decolonization of Methicillin-Oxacillin-Resistant Staphylococcus in neonatal intensive care units: a randomized controlled trial. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.15, n.1, p. 63, 2015.

LAMY FILHO, F, et al. Avaliação dos resultados neonatais do Método Canguru no Brasil. **J Pediatr.**, v. 84,n.5, p. 428-435, 2008.

MOMO, A.R.B.; GRACIANI, Z.; SILVESTRE, C. **Atividades sensoriais: na clínica, na escola e em casa.** São Paulo: Memnon; 2012.

ROCHA, L.J.L.F.; LAMY, Z.C.; FERREIRA, M.C.F. Avós na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: explorando possibilidades. **Rev Hospital Universitário-UFMA**, v. 6, p. 13-17, 2005.

Trajatória do Método Canguru no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC

Zaira Aparecida de Oliveira Custódio¹

Roberta Costa²

Márcia Borck³

Conhecendo a instituição

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) é uma unidade hospitalar de referência pública e de clientela, exclusivamente, do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado. O HU/UFSC tem como objetivos fundamentais o ensino, a pesquisa e a assistência à saúde. É uma instituição comprometida em formar novos profissionais e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, por isso se coloca como agente na discussão sobre os fundamentos da medicina e das demais áreas da saúde, suas ações e, portanto, seus paradigmas.

Neste contexto, no dia 24 de outubro de 1995, nascia no HU/UFSC a sua Maternidade, que desde então tem como filosofia de assistência a

¹ Zaira Aparecida de Oliveira Custódio (zaira.custodio@ufsc.br) é doutora em Psicologia, psicóloga da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) e consultora nacional do Método Canguru para o Ministério da Saúde e coordenadora do Centro de Referência Nacional do Método Canguru.

² Roberta Costa (roberta.costa@ufsc.br) é enfermeira, professora adjunta II do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e consultora nacional do Método Canguru (MC) para o Ministério da Saúde (MS).

³ Márcia Borck (marcia_borck@hotmail.com) é mestre em Enfermagem, enfermeira da Unidade Neonatal do HU/UFSC e tutora do Método Canguru para o Ministério da Saúde.

humanização do atendimento à mãe, ao bebê e à família. A interdisciplinaridade é também um princípio que norteia a filosofia da maternidade, o que permite o envolvimento de profissionais de diversas áreas do conhecimento: médicos obstetras, neonatologistas e anestesiologistas; equipe de enfermagem; psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e assistentes social. Estes profissionais buscam uma atitude interdisciplinar que leva ao reconhecimento dos limites do seu saber, para acolher as contribuições das outras profissões, numa complementaridade, a fim de poder oferecer um cuidado integral ao público atendido com interações mais respeitadas.

Desde sua inauguração a Maternidade do HU/UFSC desenvolve ações que visam o estímulo, a proteção e o apoio ao aleitamento materno cumprindo os dez passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. E assim, em dezembro de 1997 recebeu o título de Hospital Amigo da Criança. Em 2000 a maternidade foi escolhida para receber o prêmio Professor Galba de Araújo conferido aos serviços hospitalares que prestavam assistência humanizada ao parto e nascimento. Além disso, o pioneirismo da maternidade em permitir a presença do acompanhante de escolha da mulher nas 24 horas (atualmente Lei nº 11.108/2005) somadas às ações de humanização do parto atravessaram fronteiras nacionais e internacionais colocando a instituição como representante das boas práticas obstétricas e neonatais.

Essas premissas de humanização se expressam enquanto prática, por meio de condutas e atividades que buscam dar conta dos aspectos relacionados com o processo de gestar e parir, como: direito a acompanhante em tempo integral (desde o ingresso da parturiente); alojamento conjunto; contato precoce pele a pele entre mãe e bebê na sala de parto; visitas diárias de crianças no Alojamento Conjunto; respeito ao processo fisiológico do parto; realização de parto vertical (cócoras); utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor; diminuição da taxa de episiotomia; enema, tricotomia e dieta zero, abolidas enquanto rotinas; assistência integral às gestantes de alto risco; Central de Incentivo ao Aleitamento Materno; Grupo de Gestantes e de Casais Grávidos, Grupo de Planejamento Familiar; entre outras atividades educativas.

Neste cenário, encontrava-se a Unidade Neonatal que desenvolvia assistência aos recém-nascidos pré-termo, de baixo peso ou com outras in-

tercorrências clínicas, bem como seus familiares, baseada em ações de humanização. Tais ações abarcam o acesso e permanência livre aos pais nas 24 horas; estímulo aos pais a falar, a tocar e a participar de alguns cuidados com seu bebê como trocar fraldas; auxiliar na oferta da dieta por gavagem (segurando a seringa); visita dos avós e irmãos; hospedagem às mães de bebês internados, a fim de favorecer o vínculo afetivo e o aleitamento materno e, reuniões semanais da equipe de saúde com as mães de bebês internados.

A Unidade Neonatal do HU/UFSC conta com 16 leitos, sendo 06 vagas destinadas a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 06 vagas de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCIN-Co) e 04 vagas de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Tem ainda dois consultórios para atendimento ao bebê e à família na terceira etapa do Método. O Alojamento Conjunto, por sua vez, possui 16 leitos de puerpério e 4 leitos para gestação de alto risco. Anexo ao Alojamento Conjunto encontra-se o “Hotelzinho”, que é um quarto com capacidade para acolher 5 mães cujos recém-nascidos se encontram na 1ª etapa do Método. Na Maternidade do HU/UFSC a taxa de nascimento prematuro é de 9,75% e de baixo peso é de 10,7%, sendo que a Unidade Neonatal também recebe recém-nascidos de outros municípios do estado de Santa Catarina.

Histórico da implantação do Método Canguru

No primeiro semestre de 1996 a psicóloga da maternidade do HU/UFSC, Zaira Custódio, participava das reuniões da Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA) composta por diversos profissionais e professores das Ciências Humanas e da Saúde da UFSC. Este grupo se reunia regularmente para estudar e debater temas relacionados a humanização pré e perinatal. Neste grupo a referida profissional conheceu a experiência pioneira da Colômbia chamada na época de “*Programa Madre Canguro*”⁴. A técnica de contato pele a pele na posição vertical estabelecida entre o

4 Experiência apresentada pela professora Maria Isabel Régis, do Departamento de Psicologia da UFSC, que coordenou posteriormente Projeto de Extensão: Apoio a Mãe Canguru, o qual oferecia suporte teórico à equipe multiprofissional e apoio à mãe, por meio de oficinas, reuniões e atendimentos individuais.

bebê e sua mãe, utilizada neste programa, encantou esta profissional de tal forma que a motivou a compartilhar esta experiência com seus colegas da Unidade Neonatal com o objetivo de incluí-la nas rotinas da unidade, pois, apesar das ações de humanização, observava-se que os pais demonstravam dificuldades em interagir plenamente com seus bebês.

Após um período de conversas e sensibilização junto à equipe multiprofissional quanto às vantagens do contato pele a pele na posição vertical, no dia 14 de junho de 1996 foi colocado o primeiro bebê pré-termo em contato pele a pele com sua mãe na sala da Unidade de Cuidados Intermediários (figura 1). Inicialmente as mães que ali se encontravam achavam estranho e perigoso retirar o bebê da incubadora e esta era igualmente a percepção de muitos profissionais justamente por esta prática não fazer parte dos cuidados convencionais em neonatologia. No entanto, com o passar dos dias, outras mães começaram a solicitar este tipo de contato com seus bebês e em pouco tempo se presenciava na rotina da unidade momentos em que cada vez mais bebês se beneficiavam da posição canguru.



Figura 1: Contato pele a pele na posição canguru

A partir destas aproximações iniciais com o Método Canguru e devido ao reconhecimento das boas práticas já utilizadas a instituição recebeu convite para participar da Conferência Nacional “Método Mãe Canguru de Assistência ao Parto Prematuro”, promovida pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), em 1999, na cidade do Rio de Janeiro. Neste evento, o HU/UFSC foi representado na Mesa Redonda: “Múltiplos Aspectos e Interdisciplinaridade do Mãe Canguru”, pela psicóloga da instituição.

A participação do HU/UFSC neste evento foi muito importante, pois oportunizou o contato com o criador desta metodologia, Dr. Hector Martinez, e com a coordenadora do Método no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Dra. Geisy Lima, e com os técnicos da Área Social do BNDES. A partir destes contatos, realizou-se no dia 22 de abril de 1999 no HU/UFSC conferência com a Dra. Geisy Lima. O objetivo era apresentar aos gestores, funcionários, professores e alunos, ligados ao Serviço de Neonatologia, a experiência do Método Mãe Canguru (assim denominado) no IMIP, em Recife, bem como sensibilizá-los para esta prática. Em junho deste ano, a direção do HU/UFSC formalizou carta de intenções junto ao BNDES acerca do interesse de financiamento para reforma da área física da unidade. Ainda neste mês a diretora e técnicos da Área Social do BNDES e demais técnicos desta área realizaram visita técnica na Maternidade do HU/UFSC e conheceram a planta inicial do projeto além de orientarem tecnicamente sobre os trâmites do contrato que se pretendia firmar.

Representantes da Área da Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, no dia 26 de abril de 2000, realizaram visita na Unidade Neonatal do HU/UFSC, juntamente com equipe técnica da Área da Criança da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina a fim de conhecerem o serviço. Naquele momento e com a concordância dos técnicos da Área da Criança da Secretaria de Estado da Saúde, o HU/UFSC foi indicado como Centro de Referência Nacional para a expansão do Método Canguru na Região Sul do País, devido pioneirismo nas ações de humanização.

Ainda em 2000, no período de 17 a 19 de maio, a Área de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, organizou um curso de sensibilização

para os profissionais dos cinco centros de referência nacional, o qual contou com cinco representantes da equipe multiprofissional do HU/UFSC. Além deste curso, os profissionais⁵ participaram também do primeiro Curso de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso Método Canguru, de 40 horas, em agosto de 2000, na cidade de Fortaleza. Sensibilizados, contagiados e comprometidos com a disseminação da proposta brasileira para o Método Canguru, realizaram em 07 de julho de 2000 a primeira sensibilização no estado, o “Encontro Estadual – Atendimento Humanizado ao Recém-Nascido de Baixo Peso”. Este evento reuniu serviços de neonatologia de diversos municípios de Santa Catarina e teve como objetivo apresentar a norma brasileira e deflagrar no estado a disseminação do Método.

Neste interim, iniciou o processo de fomentar junto a direção e profissionais da Unidade Neonatal uma área provisória que abarcasse a 2ª e 3ª etapas do Método Canguru enquanto era aguardada a reforma da área definitiva a ser financiada pelo BNDES. Depois de diversas reuniões foi decidido que seria adaptado o espaço da Sala de Isolamento da Unidade Neonatal para a realização destas etapas, com capacidade para alojar duas mães com seus bebês. Ao mesmo tempo se iniciou o processo de sensibilização da equipe de funcionários da Unidade Neonatal, na forma de oficinas e em pequenos grupos. Estas oficinas objetivaram agregar às práticas de humanização já existentes na unidade, outros conhecimentos da tecnologia humana, no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada.

De 2000 a 2008 o HU/UFSC cumpria sua missão de Centro de Referência Nacional para a Região Sul do Brasil realizando em média dois cursos de capacitação anualmente, repassando a metodologia canguru por meio dos módulos teórico/prático preestabelecidos para os cursos de 30 e de 40 horas. Desta forma, participaram dos cursos 50 serviços hospitalares oriundos dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e São Paulo totalizando 908 profissionais das mais diversas áreas da saúde, predominantemente pediatras/neonatólogistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas.

5 Pediatra neonatologista Anelise Steglich Souto, enfermeiras Sonia Polydoro e Ingrid E. Bohn, psicóloga Zaira Custódio e assistente social Viviane Bergler Fernandes.

Avanços e desafios no Centro de Referência

Durante estes oito anos de intenso trabalho foi gratificante verificar a mudança de percepção e de postura frente aos cuidados com os recém-nascidos pré-termo e de baixo peso e suas famílias, nas unidades cujos profissionais foram capacitados. Os bebês estavam sendo finalmente percebidos e cuidados como sujeitos e não simplesmente tratados como objetos da assistência. Estava valendo muito a pena contribuir com esforços que levariam em última instância à proteção do desenvolvimento neurológico, nutricional e psicoafetivo destes recém-nascidos. Para além de possibilitar o contato pele a pele precoce e a posição canguru, quando se percebia nas unidades a preocupação com o posicionamento dos bebês nos berços e incubadoras, com o uso de estratégias para o alívio da dor durante os procedimentos ou quando se observava a presença dos irmãos na unidade, entre outras ações, constata-se: *estamos no caminho certo!* Não há como retroceder! Como dizia a música de Lulu Santos, a qual foi cantada no final do primeiro curso de sensibilização para os monitores dos centros de referência, em 2000, no IMIP: *“Nada do que foi será, de novo do jeito que já foi um dia, tudo passa, tudo sempre passará...”*. Os profissionais estavam aprendendo a realizar os mesmos procedimentos, porém de forma cuidadosa e consciente para manter o bebê na sua organização mais saudável possível, promovendo um desenvolvimento com qualidade diferenciada.

Nesta trajetória, os profissionais da equipe neonatal do HU/UFSC passavam pelo mesmo aprendizado, resignificando o cuidado e mudando as rotinas. Como para todos os serviços, para este também não foi fácil agregar a tecnologia leve, proposta pelo Método Canguru, à tecnologia dura, própria do intensivismo neonatal. O monitoramento para a ocorrência das mudanças foi constante, inclusive atualmente, pois há uma tendência em se repetir os velhos padrões, até sedimentar os novos saberes e práticas. Neste período, até 2008, os profissionais do HU/UFSC participavam de *workshop*, de oficinas como a de 2001 – “Refletindo a prática de humanização na Unidade Neonatal”, realizada em todos os plantões de trabalho, assim como nos cursos de sensibilização e de capacitação

supracitados. Estavam todos vivenciando a mudança de um novo modelo de assistência!

Ainda neste período (2000-2008) a área física da 2ª etapa do Método Canguru no HU/UFSC passou por grandes expectativas de mudanças, muitas vezes frustradas. Depois de realizada a candidatura ao financiamento do BNDES para a realização da reforma da área física, passou-se três anos. O contrato do projeto foi assinado finalmente em outubro de 2002 e a obra teve seu início em julho de 2003, porém os valores orçados para todo o projeto em 1999 estavam desatualizados. Após o início da obra, houve vários problemas de execução, de forma que se chegou ao segundo semestre de 2004 com escassos recursos, advindos do BNDES, para concluir o projeto. O HU/UFSC ficou encarregado de viabilizar uma contrapartida financeira para finalização do projeto, incluindo a construção do solário que não estava previsto, no projeto em execução. Durante o período de reformas foi fundamental o apoio e dedicação da Dra. Clarice Bissani, neonatologista, que presidiu a comissão que tratava da reforma física do Método Canguru.

Apesar de todas as atividades e obstáculos, finalmente em 2006 a referida área física foi concluída, porém, por um contingente da instituição, a ala foi cedida para alocar a Unidade de Internação Pediátrica, que passaria por reforma naquele momento. Houve grande frustração por parte dos profissionais da Unidade Neonatal que esperavam tanto pela concretização e ocupação da área reformada. Foi necessário um intenso trabalho junto a equipe de funcionários a fim de manter e fortalecer os pressupostos da metodologia canguru.

A Unidade Canguru, quando foi entregue, ainda precisou passar por alguns reparos. Tinha-se finalmente uma unidade que foi projetada com a intenção de oferecer um espaço seguro para o bebê e acolhedor para a mãe e família. Localizada numa área contígua a UTIN e UCINCo, a 2ª etapa do Método Canguru, Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), dispõem de solário e lavanderia para uso das mães; quarto amplo com capacidade para 8 leitos mãe/bebê, mediados por um balcão para evolução da equipe de saúde; amplo banheiro para uso das mães, junto ao quarto; sala de convivência onde as mães fazem suas refeições e são realizadas reuniões e atividades artesanais; cozinha para as

mães produzirem e armazenarem pequenos lanches e sala de televisão (figuras 2 e 3).



Figura 2: Unidade de Cuidados Intermediários Canguru – 2ª etapa



Figura 3: Sala de convivência das mães – 2ª etapa

Anexo a este espaço encontra-se a 3ª etapa do Método Canguru (figura 4), a qual conta com uma sala de espera que é compartilhada com familiares que vem as consultas da 3ª etapa e com as visitas às mães que se encontram na 2ª etapa. Junto a esta sala está o “cantinho dos irmãos” (espaço com características lúdicas), além de dois consultórios para atendimento, um utilizado pelo médico e enfermeira e o outro pelos demais membros da equipe multiprofissional. O projeto desta área física teve como inspiração a Unidade Neonatal do IMIP e pretendia reproduzir um ambiente que se parecesse o máximo com o ambiente familiar das mães.



Figura 4: Sala de espera da 3ª etapa

As dificuldades vivenciadas não intimidaram os profissionais no desenvolvimento das ações voltadas a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso em suas 3 etapas. A busca pelo aperfeiçoamento das boas práticas, sobretudo na 1ª etapa, mobilizava constantemente os profissionais, especialmente no que diz respeito, por exemplo, aos cuidados e manuseios individualizados do bebê, a fixação de sondas, o controle do ruído e da luminosidade no ambiente, a transição sonda-peito no processo da alimentação com leite materno, entre outros aspectos, visando melhorar o conforto e o desenvolvimento do bebê. Ou seja, o cuidado neonatal estava totalmente vinculado às ações preconizadas pelo Método Canguru, não sendo mais possível concebê-lo de outra forma.

Fortalecimento e disseminação do Método Canguru

No decorrer desta trajetória e instigados pela causa dos bebês pré-termo e de baixo peso, representantes da equipe multiprofissional da Unidade Neonatal, além de prestar assistência aos recém-nascidos e suas famílias buscaram aprofundar e desenvolver conhecimentos neste campo por meio de pesquisas realizadas em cursos de Pós-graduação tanto em nível de mestrado como doutorado.

Destacamos aqui a dissertação de mestrado da enfermeira Roberta Costa, intitulada: “Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora” (COSTA, MONTICELLI, 2006). Em seguida, outra dissertação com o título: “A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe canguru: uma contribuição da enfermagem”, desenvolvida pela enfermeira Gisele Perin Guimarães (GUIMARÃES, MONTICELLI, 2007). Destaca-se também a dissertação de mestrado da enfermeira Márcia Borck cuja pesquisa teve como título: “Terceira etapa do Método Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial”, defendida em 2007 (BORCK, SANTOS, 2010). A enfermeira Patrícia Klock desenvolveu a dissertação “Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade” (KLOCK, ERDMANN, 2012). Outro trabalho realizado foi a tese de doutorado da psicóloga Zaira Custódio, que teve como título: “Redes sociais no contexto da prematuridade: fatores de risco e de proteção no desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo” (CUSTÓDIO, CREPALDI, LINHARES, 2014). Além de diversos artigos publicados em periódicos indexados.

O Método Canguru permeava o que fundamentou sempre o Hospital Universitário, ou seja, o compromisso com o ensino, pesquisa e assistência. Ao mesmo tempo em que se presta assistência, se ensina e se sedimenta e/ou se produz novos conhecimentos. Diante da nova estratégia do Ministério da Saúde ao lançar em 2008 o Projeto de Expansão e Fortalecimento do Método Canguru, os tutores do HU/UFSC passaram a atuar também como consultores junto com os demais tutores dos ou-

tros centros de referência nacional. A consultoria possibilitou o contato e conhecimento de realidades tão distintas neste País continental, no que diz respeito ao desenvolvimento das ações do Método Canguru. Ao mesmo tempo em que se monitorava e se refletia acerca das três etapas do Método em cada instituição, também se aprendia, especialmente com a criatividade utilizada em cada local para cumprirem e adaptarem as boas práticas preconizadas pelo Método.

Manter uma equipe de profissionais integrada e motivada no desenvolvimento das boas práticas em neonatologia, ao longo de mais de 15 anos de atuação, considerando as adversidades próprias de uma instituição hospitalar e universitária, tem sido um constante desafio. *“É preciso olhar e cuidar primeiro da nossa casa”!* Esta foi uma expressão compartilhada em muitos momentos pelos tutores, consultores e profissionais da Unidade Neonatal do HU/UFSC. Esta concepção contribuiu efetivamente para que fosse respeitado o “clima organizacional” e o tempo da Unidade Neonatal do HU/UFSC em cada momento desta trajetória histórica, na adesão e implantação da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru.

Desde 1996 até os dias de hoje se buscou constantemente contagiar, sensibilizar e agregar aliados para a efetivação no HU/UFSC do que hoje é comprovado pelas evidências científicas. Desde os cursos de capacitação e sensibilização com toda a equipe, bem como as discussões pontuais durante a troca de plantão; as oficinas e *workshop* sobre temas específicos; as reuniões quinzenais do Grupo Interdisciplinar da Neonatologia (GINEO); os eventos alusivos a assistência neonatal e mais recentemente a comemoração do Dia da Prematuridade, foram e estão sendo sem dúvida ferramentas e estratégias fundamentais para a manutenção daquilo que é motivo de grande orgulho para o HU/UFSC: o Método Canguru!

Cabe destacar que todas as ações desenvolvidas pela equipe de saúde da Unidade Neonatal do HU/UFSC são sustentadas pelo processo coletivo, em que todos os participantes dialogam, compartilham experiências e transformam o seu modo de ver o mundo. É através da relação dialógica que a equipe de saúde compartilha suas crenças, valores, conhecimentos e experiências, promovendo uma reflexão crítica da realidade e possibilitando a transformação de suas práticas diárias. O diálogo diz respeito à

apreensão mútua dos distintos saberes e práticas que os sujeitos têm sobre situações significativas, as quais desafiam as pessoas a compreenderem e atuarem sobre elas para serem transformadas. A interdisciplinaridade fortaleceu o conhecimento, a experiência profissional e pessoal, interagindo no universo das vivências, recriando a educação em saúde, resultando em um cuidado acolhedor e fortalecendo a tecnologia diferenciada, esperada para um Centro de Referência Nacional do Método Canguru.

Neste processo de construção e transformação muitos atores estiveram presentes salvaguardando esta metodologia de assistência tão especial e importantíssima para a qualidade de vida dos bebês nascidos pré-termo e de baixo peso e suas famílias. Não se poderia deixar de referir, novamente, os nomes da enfermeira Sonia Polydoro e da assistente social Viviane Bergler Fernandes, que tiveram importante participação no início desta história e acreditaram fortemente na sua proposta. Importante ressaltar o papel dos médicos, das enfermeiras, dos técnicos e auxiliares de enfermagem e da fonoaudióloga, que acreditaram nesta proposta e, com sua postura humanizada, exerceram importante papel na defesa dos direitos dos bebês pré-termo. Destaca-se, finalmente, o apoio incondicional da Direção do HU/UFSC e da Associação Amigos do HU/UFSC, que ao longo de todos estes anos vêm evidenciando esforços para a efetivação da metodologia Canguru.

Integração! Esta é a palavra que melhor articula esta experiência contada nesta história. Uma história marcada por muitas lutas, esperanças, desafios, muitas emoções, mas especialmente por muita vontade e persistência de um grande número de pessoas que acreditaram na integração das *tecnologias dura e leve na assistência neonatal*, que se renderam a integração dos *diferentes saberes* para, sobretudo, possibilitar a integração da grande *unidade mãe, bebê e família*.

Esta história seguirá seu curso cada vez mais forte e amadurecida, pois os avanços, tropeços e obstáculos encontrados no caminho foram fundamentais para hoje vislumbrarmos um futuro diferente. É justamente a crença na possibilidade de vivenciar algo melhor que mobiliza o potencial humano, que nos fortalece coletivamente, que nos torna grupo com objetivo comum num cuidado mais integral, individualizado e sensível ao recém-nascido pré-termo e sua família.

Referências

BORCK, M.; SANTOS, E.K.A. Terceira etapa Método Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. **Revista Gaúcha Enferm.**, v.31 n.4, p.761-768, dez. 2010.

COSTA, R.; MONTICELLI, M. Reflexões da equipe de saúde sobre o Método Mãe Canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora. **Rev. Bras. Enferm.**, v.59 n.4 p.578-582, ago. 2006.

CUSTÓDIO, Z.; CREPALDI, M.A.; LINHARES, M.B.M. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. **Estudos de Psicologia**, v.31 n.2, abr./jun. 2014.

GUIMARÃES, G.P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no Método Mãe Canguru: uma contribuição da enfermagem. **Rev. Texto Contexto-Enferm.**, v.16, n.4, p.626-635, out./dez. 2007.

KLOCK, P.; ERDMANN, A.L. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.1, p.45-51, fev. 2012.

Trajetória do Método Canguru no Hospital Geral de Itapecerica da Serra – HGIS

Eliana Maria Cintra¹

Vanessa Dias da Silva²

Olga Penalva Vieira da Silva³

Margareth Dirickson⁴

Mari Elísia de Andrade⁵

O hospital

Fruto do desejo e da luta de uma comunidade, o Hospital Geral de Itapecerica da Serra (HGIS) iniciou suas atividades no dia 03 de março de 1999, após mais de dez anos de mobilização popular em prol de sua construção. Gerido por uma Organização Social de Saúde, o Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (Seconci/SP), o HGIS deu início às suas atividades como principal referência para os municípios de Embu-Guaçu, Itapecerica da Serra, Juquitiba e São Lourenço da Serra.

Seus serviços são direcionados aos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), dentro dos princípios da integralidade, universalidade e equi-

1 Eliana Maria Cintra (eliana.cintra@hgis.org.br) é médica neonatologista e responsável técnica pelo Método Canguru.

2 Vanessa Dias da Silva (vanessa.dias@hgis.org.br) é supervisora de comunicação do Hospital Geral de Itapecerica da Serra (HGIS).

3 Olga Penalva Vieira da Silva (olga.silva@hgis.org.br) é médica pediatra e responsável pelo Ambulatório de Desenvolvimento Infantil.

4 Margareth Dirickson (margarete.dirickson@hgis.org.br) é assistente social do Método Canguru no HGIS.

5 Mari Elísia de Andrade (marielisia@uol.com.br) é médica pediatra e responsável técnica pelo Método Canguru de 2011 até maio de 2015.

dade. O atendimento é articulado com a Rede Municipal de Saúde dos quatro municípios de referência já citados.

Para atender às expectativas dessa população, tão ansiosa por um atendimento digno e de qualidade, o HGIS trabalha numa busca constante pelas boas práticas, considerando a humanização como um atributo essencial para uma visão integral do cuidado em saúde. Preconiza um olhar diferenciado para seus usuários, entendendo cada indivíduo como um ser único com particularidades que devem ser respeitadas e consideradas nas condutas de seu tratamento.

O hospital conta atualmente com 222 leitos distribuídos entre as especialidades: Ginecologia e Obstetrícia, Neonatologia, Clínica Pediátrica, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Ortopédica, UTI Pediátrica, UTI Adulto, Hospital Dia, Recuperação Anestésica, Pronto Socorro e Semi-Intensiva.

A Unidade Neonatal possui 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (figura 1) 17 leitos de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo) e 03 leitos de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), a fim de atender à demanda de nascimentos ocorridos neste hospital ou encaminhados das referências, principalmente recém-nascidos pré-termo.



Figura 1: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Banco de imagens do HGIS

O hospital oferece às mães que estão com os filhos internados na Unidade Neonatal e que necessitam permanecer tempo integral para amamentar e cuidar de seus bebês, uma estrutura para que possam per-

manecer o maior tempo possível acompanhando seu filho, com um quarto denominado “Mãe Acompanhante” (figura 2), onde elas podem descansar, com acesso à uma copa e uma lavanderia coletivas.



Figura 2: Quarto Mãe Acompanhante./Banco de imagens do HGIS

Anexo à UCINCa existe um jardim, onde as mães podem circular. Esse jardim dá acesso a uma sala com sofás e TV (figura 3), que proporciona um melhor ambiente para seu relaxamento e até mesmo para receber a visita de familiares.



Figura 3: Sala de TV anexa à UCINCa/Banco de imagens do HGIS

Esta estrutura que o hospital oferece, aliada ao comprometimento da equipe, garante um atendimento de excelência, possibilitando que os recém-nascidos e família vivenciem de forma mais satisfatória o processo de hospitalização na Unidade Neonatal.

Atenção humanizada para a díade mãe-bebê

Como preceito deste hospital, a atenção humanizada para a díade mãe-bebê foi uma realidade desde o início. Na assistência à criança, o HGIS adotou a humanização do parto e do nascimento, o acompanhamento familiar 24 horas (inclusive nas UTIN e Pediátrica), além da ludoterapia, desde que iniciou a prestação de serviços de saúde a população, ainda em 1999.

O reconhecimento deste trabalho veio em pouco mais de um ano: em outubro de 2000, o Prêmio Galba de Araújo, concedido pelo Ministério da Saúde às instituições públicas ou privadas vinculadas ao SUS e que confere destaque à qualidade no atendimento humanizado à mulher e ao recém-nascido (RN), estimulando o parto normal.

Em 2001 recebeu o título de Hospital Amigo da Criança por promover e incentivar o aleitamento materno: iniciativa idealizada e instituída pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

E já no fim de 2004, o HGIS recebeu o Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira, concedido pelo Ministério da Saúde, na categoria de Melhor Atendimento Pediátrico da Região Sudeste que reconhece a humanização no atendimento pediátrico.

A implantação do Método Canguru no HGIS

Dois meses após sua inauguração, em maio de 1999, foi implantado no hospital o Método Canguru (figura 4). O Método propriamente dito, em sua maneira mais ampla de entendimento, implica em uma mudança de paradigma na atenção perinatal em que as questões pertinentes

à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos clássicos.



Figura 4: Unidade Canguru/Banco de imagens do HGIS

Essas questões alinhadas à política adotada pelo hospital foram a base do trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar envolvendo enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e médicos que iniciou o Método Canguru no HGIS.

Nessa época, não havia uma sistematização do processo. Sendo assim, as rotinas foram elaboradas conforme as experiências internas e conhecimentos adquiridos das reuniões e publicações do Ministério da Saúde. Sempre que a equipe multiprofissional identificava uma dificuldade, seja dos familiares ou colaboradores, o processo era debatido em reunião semanal antes de ser modificado. Desta forma, todo o trabalho de desenvolvimento e implantação do método foi uma “construção coletiva” baseada em evidências científicas.

Durante a evolução desse processo, em meados de 1999 foi elaborado o Manual de Boas Práticas, contendo inicialmente as rotinas diárias relacionadas à segunda etapa do Método Canguru.

Em 2001, mais uma vez em decorrência do trabalho realizado e inovações apresentadas, o hospital foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência Nacional para o Método Canguru, sendo a Dra. Honorina de Almeida a primeira coordenadora deste Centro de Referência (de 2000 até 2003).

O primeiro curso para a metodologia canguru aconteceu ainda em 2001. Nesta oportunidade foram capacitadas a equipe do HGIS e equipes de outras maternidades do estado de São Paulo. Neste ano, foram feitos quatro treinamentos para atender a um projeto da Secretaria de Estado da Saúde de implantar o Método Canguru no Estado.

Em parceria com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), a Unidade Neonatal foi reformada e a Ala Canguru ampliada, aumentando de três para sete o número de leitos, sendo inaugurada em março de 2002 (figura 5). Houve a construção de duas salas de ambulatório, sala de atividades, sala de estar, copa, lavanderia e auditório para 40 pessoas, onde são realizados os cursos de “Capacitação na Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru”. A primeira etapa do Método Canguru também foi contemplada, sendo que a UTIN foi reestruturada, sob a supervisão da Dra. Mônica Pinheiro, médica responsável técnica pela Neonatologia no ano de 1999. O salão onde funciona atualmente a UTI foi ampliado, possibilitando um espaço maior entre os leitos para a colocação de cadeiras bem confortáveis para as mães. A luminosidade das incubadoras ficou dissociada da luminosidade do balcão, onde permanece equipe médica e de enfermagem para prescrição e anotações. As medicações atualmente vêm todas preparadas da farmácia.

A reforma estrutural e física ofereceu margens para mudanças mais profundas envolvendo a humanização da assistência, controle da luminosidade, além de cuidados com a posturação do bebê pré-termo. Uma equipe composta pela Dra. Olga Penalva Vieira da Silva (médica responsável técnica pelo Método Canguru entre os anos de 2003 e 2011), pela supervisora de enfermagem Lisiane Gaspary, pela fonoaudióloga Andrea Santos e pela assistente social Margareth Dirickson, revisou todas as rotinas atualizando o Manual de Boas Práticas do HGIS, além de elaborar uma carta-compromisso que padronizava as informações a serem oferecidas pela enfermeira que admitia a mãe juntamente com seu bebê na segunda etapa. A UTIN

conta ainda com uma equipe de fisioterapeutas que auxilia na posturação do recém-nascido dentro da incubadora, e também na posturação canguru bastante precoce, inclusive com os recém-nascidos intubados.



Figura 5: Unidade Canguru/Banco de imagens do HGIS

Neste período, o Protocolo de Dor foi estabelecido e toda a equipe de enfermagem é periodicamente treinada a aplicá-lo, inclusive na evolução da enfermagem. O 5º sinal vital é observado segundo a escala NIPS⁶ e passível de intervenção. Este protocolo é revisado anualmente. As rotinas envolvendo o banho, pesagem e troca de fraldas também foram estabelecidas e tornaram-se Procedimentos Operacionais Padrão. Outros protocolos envolvendo a assistência foram implantados como redução do tempo de antibioticoterapia, tempo de utilização de cateter central, o que possibilita uma alta mais precoce para a Unidade Canguru.

O Banco de Leite, inaugurado em 2000, também atua de maneira a fortalecer a assistência ao aleitamento materno e oferecer leite humano pasteurizado como segunda opção ao leite materno ordenhado, principalmente aos recém-nascidos de muito baixo peso, integrando-se à equipe de Neonatologia.

Com relação à alimentação desses recém-nascidos, a díade mãe/recém-nascido de baixo peso ou pré-termo é assistida diariamente pela fonoaudióloga e equipe de enfermagem, visando-se ao incentivo à ama-

6 *Neonatal Infant Pain Scale* ou Escala de Dor Neonatal, em português.

mentação, com a transição da sonda diretamente para o peito da mãe, sempre que possível, além da utilização de técnicas alternativas que incentivem a amamentação exclusiva, como a técnica da mama vazia, translactação e copinho, quando necessárias.

Cabe ressaltar que o Ambulatório de Neonatologia e o Ambulatório de Desenvolvimento Infantil, foram implantados antes mesmo do reconhecimento do HGIS como Centro de Referência para o Método Canguru, assegurando o seguimento no período de pós-alta imediata para todos os recém-nascidos que obtêm alta da Unidade Canguru (terceira etapa do método) e UTIN.

O cenário atual do Método Canguru no HGIS

Atualmente, todo o processo do Método está documentado (Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos do Método Canguru, Protocolo Operacional Padrão), é gerenciado e amplamente divulgado. O engajamento e o comprometimento da equipe são fatores fundamentais para garantir o constante aperfeiçoamento do Método, pois é no dia a dia que as oportunidades de melhorias podem ser identificadas e trabalhadas.

A principal barreira para a manutenção do Método encontra-se no fato de se propor uma nova forma de atuação do profissional, frente ao que tradicionalmente se pratica. Envolve tudo, desde a maneira como se coleta uma amostra de sangue ou como se realiza um procedimento atentando para a minimização da dor. A equipe precisa estar sensibilizada e bastante orientada a respeito da forma de conduzir seus procedimentos, por isso o HGIS investe periodicamente em ações, campanhas e treinamentos a respeito do tema. Outro desafio refere-se ao envolvimento das famílias, que necessitam de apoio diário e constante.

Por outro lado, vale a pena ressaltar, de forma cada vez mais frequente, a presença do pai realizando a posição canguru dentro da UTIN (figura 6). No processo de humanização, que envolve a participação da família, o pai não deve ser visto como visita. Ele tem livre acesso ao seu filho durante todo o período, sendo estimulado a aderir ao Método, criando maior vínculo com o bebê.



Figura 6: Unidade Canguru/Banco de imagens do HGIS

Avós e irmãos podem visitar o neonato. No caso de irmãos menores de 12 anos, a visita é acompanhada por um psicólogo, para propiciar que os irmãos tenham maior entendimento sobre o que se passa com o bebê e também contribuir para a redução da ansiedade das mães que se encontram afastadas do seu núcleo familiar devido ao acompanhamento da internação do RN. Os avós contam com horário de visitas quando o RN ainda se encontra na UTI (em torno de 4 horas), porém a visita é livre, inclusive para os irmãos e parentes, quando o binômio se encontra na Unidade Canguru. Existe também a possibilidade de um acompanhante para a mãe nesta etapa, em casos específicos, como mãe adolescente ou com alguma dificuldade de cuidar de seu bebê.

Na 2ª Etapa, todas as atenções estão voltadas para o cuidado com a mãe, principal cuidadora do RN no momento, à qual serão delegados todos os cuidados, principalmente após a alta, posição canguru e amamentação.

Nessa fase, atividades lúdicas (trabalhos manuais e de artesanato) são desenvolvidas semanalmente em grupo com as mães, sendo que uma vez por semana, a psicóloga supervisiona e acompanha essas atividades. É realizado o *Grupo de Acolhimento* que tem como objetivo, além de acolher, orientar sobre as rotinas, esclarecer dúvidas, orientar sobre a posição canguru e estabelecer o contato da equipe com os pais dos recém-

-nascidos da Unidade Neonatal, inclusive aqueles que ainda se encontram na UTI.

Sempre que se aproxima a alta de algum bebê internado na segunda etapa realiza-se o *Grupo de Preparação para Alta*. A equipe multiprofissional geralmente reforça as orientações sobre os cuidados (posicionamento do berço, posicionamento do bebê a 30° enquanto não estiver no Canguru, troca de fraldas etc.), além de riscos (apneia, refluxo e hipotermia), importância da continuidade da amamentação e em caso de dificuldade, onde deverão procurar auxílio, higienização das mãos, orientações sobre a limpeza da casa, e continuidade do acompanhamento ambulatorial do recém-nascido.

A terceira etapa atualmente é realizada no prédio de ambulatórios de especialidades, onde se localizam os Ambulatórios de Neonatologia, Desenvolvimento Infantil e Ambulatório de Amamentação, desenvolvido pelo Banco de Leite, o qual promove o estímulo à continuidade do aleitamento materno, mesmo após a alta do programa canguru.

Em 2014, a média mensal da taxa de ocupação da neonatologia foi de 60% e a média de permanência da díade no Método Canguru foi de seis dias. Atualmente, estamos procurando otimizar a utilização desses leitos com os leitos da UCINCo, estimulando a alta diretamente da UTI para a segunda etapa, desde que a díade preencha os critérios de elegibilidade desta fase.

Nessa trajetória destaca-se a produção de duas dissertações de mestrado com publicações referentes ao Método Canguru, sendo uma delas defendida pela Dra. Olga Penalva Vieira da Silva com o título: “Análise descritiva do desenvolvimento de recém-nascidos prematuros que participaram do programa Método Mãe Canguru” e a outra defendida pela Dra. Mari Elisia de Andrade, em 2014 (médica responsável técnica pelo Método canguru do ano de 2011 a maio de 2015), com o título “Displasia broncopulmonar e complicações em RN prematuros de muito baixo peso e sua evolução durante os dois primeiros anos de vida”, que evidenciou uma taxa de aleitamento materno de 80% dos recém-nascidos abaixo de 1500g.

Multiplicando o Método

A responsabilidade de ser um Centro de Referência vai muito além da aplicação da metodologia canguru em suas diversas etapas. Há a preocupação constante com a construção de um modelo sólido, com investimentos na atualização e capacitação dos profissionais, para que o processo, que é muito dinâmico, seja produtivo e satisfatório para profissionais e pacientes, garantindo o crescimento do trabalho.

Sendo assim, são realizados cursos de sensibilização com os profissionais da instituição duas vezes ao ano, com o intuito de garantir que nenhum colaborador trabalhe na Unidade Neonatal sem ter adquirido as informações sobre o cuidado humanizado (figura 7). A cada curso de capacitação são revistas novas práticas e é possível constatar a gratificante experiência de ver o trabalho descrito a partir de um olhar externo.



Figura 7: Curso de sensibilização ao Método Canguru/ Banco de imagens do HGIS/Banco de imagens do HGIS

Sendo um Centro de Referência, o HGIS realiza também Curso de Formação de Tutores, em parceria com o Ministério da Saúde, tanto no próprio hospital quanto em outros hospitais do País. Dentro desta perspectiva, as consultoras do HGIS realizaram até o momento, aproximadamente 30 treinamentos pelo Brasil, incluindo capitais como Manaus, Rio

Branco, Boa Vista, Cuiabá, Belém, Vitória, além de cidades do estado de São Paulo como Santos, Campinas, Ribeirão Preto, além da cidade de São Paulo. Esta troca de informações com outros centros sempre nos enriquece muito, pois agrega um olhar diferente para o trabalho desenvolvido.

Até 2014, com 15 anos de existência do Método Canguru no HGIS, foram realizados 12 cursos de capacitação, com 420 participantes de municípios de São Paulo e estados brasileiros. Também são frequentes visitas de profissionais de diversas instituições, inclusive de outros países. No ano de 2014, por exemplo, recebemos a visita de um grupo de armênios para conhecer a forma de trabalho humanizado do Método, o que se mostrou extremamente importante na valorização da equipe, ao mesmo tempo em que exigiu que a mesma se mostrasse atenta e pronta a esclarecer o visitante.

O trabalho é realizado efetivamente em equipe, respeitando a interdisciplinaridade, em um sistema onde cada membro tem seu papel específico, mas todos possuem discurso e caminho comuns. Isso tem facilitado a conquista e a manutenção da qualidade.



Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru

A história da consolidação do Método Canguru no Brasil teve um importante marco no Projeto de Fortalecimento e Disseminação em 2008. Este possibilitou novos rumos com foco na descentralização, incluindo Maternidades de Referência Estaduais indicadas pelos gestores locais, que apoiadas pelos Centros Nacionais de Referência tornaram-se corresponsáveis pela capilarização do Método em cada unidade federativa brasileira.

Outra ação muito significativa deste projeto foi a inserção dos Hospitais de Ensino responsáveis pela formação dos profissionais de saúde, futuros cuidadores das crianças e suas famílias neste País.

Esta parte apresenta também a construção da linha de cuidado da atenção hospitalar à atenção básica a partir do cuidado compartilhado na terceira etapa do Método Canguru.

Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru no Brasil

Zeni Carvalho Lamy¹

Fernanda Peixoto Cordova²

Luiza Geaquinto Machado³

Denise Streit Morsch⁴

Paulo Vicente Bonilha Almeida⁵

Apresentando o Contexto

A elevada taxa de mortalidade neonatal e infantil, ainda existente em várias regiões do mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, é muito influenciada pelo nascimento de recém-nascidos de baixo peso e/ou pré-termo.

No Brasil essa situação configura um importante problema de saúde pública que, além de influenciar no alto percentual de mortalidade neonatal, leva a graves consequências como aumento de sequelas, doenças crônicas, negligência, violência e abandono.

1 Zeni Carvalho Lamy (zenilamy@gmail.com) é neonatologista, doutora em Saúde da Criança e da Mulher, professora adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), consultora nacional da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde e Coordenadora do Projeto de Fortalecimento do Método Canguru em Maternidades Públicas Brasileiras.

2 Fernanda Peixoto Cordova (fpcordova@terra.com.br) é enfermeira obstetra, mestre em enfermagem, consultora nacional do Método Canguru para o Ministério da Saúde.

3 Luiza Geaquinto Machado (luiza.geaquinto@saude.gov.br) é psicóloga com mestrado em andamento em Saúde da Criança e da Mulher.

4 Denise Streit Morsch (denisemorsch@yahoo.com.br) é psicóloga, doutora em Saúde da Criança e da Mulher e consultora nacional do Método Canguru para o Ministério da Saúde.

5 Paulo Vicente Bonilha Almeida (paulo.bonilha@saude.gov.br) é pediatra e sanitarista, mestre em Saúde da Criança e coordenador geral de Saúde da Criança e Aleitamento materno do Ministério da Saúde.

Diante da necessidade dessa realidade, e apostando na qualificação do cuidado neonatal como importante estratégia de enfrentamento, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) e da Coordenação Geral de Saúde da Criança, em dezembro de 1999, lançou a norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP-MC), publicada em 5 de julho de 2000 no Diário Oficial da União pela Portaria nº 693 e atualizada em 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2000) pela Portaria nº 1.683 (BRASIL, 2007). Desde então, o Método Canguru passou a ser uma Política Nacional de Saúde.

Esta política tornou-se, em nosso País, um modelo de cuidado que vem mudando o paradigma da assistência neonatal, incluindo a humanização e a atenção integral e individualizada para cada bebê e sua família, valorizando o contato pele a pele.

Desde seu início até os dias de hoje, o Método Canguru (MC), no Brasil, vem passando por diferentes fases que, didaticamente, podem ser organizados em três períodos. O primeiro, de 2000 a 2004, foi o período fundador, no qual foram trabalhadas a construção de conceitos e diretrizes, elaboração de material didático, a sensibilização de gestores e a capacitação, nos cinco Centros de Referência Nacionais, de cerca de 7.200 profissionais de saúde das 27 unidades federativas brasileiras.

No segundo período, de 2005 a 2007, o MS, em parceria com pesquisadores do Instituto Fernandes Figueira, da Universidade Federal do Maranhão (UFM) e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), financiou, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), três projetos de pesquisa que visavam a avaliar o impacto dos cursos de capacitação (GONTIJO *et al.*, 2012), dos resultados neonatais (LAMY FILHO *et al.*, 2008) e da vivência materna com o MC (LAMY *et al.*, 2011), respectivamente. Essas pesquisas mostraram que os cursos sensibilizavam os profissionais para o MC, mas não garantiam a implantação das Unidades Canguru; que o MC é seguro; que melhorava o aleitamento materno e que a mãe que participava do MC tinha mais facilidade para a construção do papel materno.

Diante destes resultados, ficou evidente a necessidade de continuar o investimento na disseminação do MC, mas, também, que o modelo necessitava de mudanças. Desta forma, inaugura-se o terceiro período,

iniciado em 2008, que tem como marco o Projeto de Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru no Brasil. O desenvolvimento dessa nova fase mudou então, a dinâmica de implantação do MC de um modelo mais centralizado em seus primeiros anos para o desenvolvimento de ações descentralizadas com maior autonomia dos estados apoiados pelos Centros de Referência Nacionais e pelo próprio MS.

A ideia que cada vez se tornava mais clara era que trabalhar apenas a partir dos Centros de Referência Nacionais não era suficiente. A participação dos estados como corresponsáveis pelo processo de trabalho deveria ser buscada.

Para o desenvolvimento deste Projeto, foi firmado um convênio entre a Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS e o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU/UFMA), financiado pelo MS e operacionalizado pela Fundação Josué Montello.

Desde 2008, a cada ano uma nova etapa deste projeto vem sendo construída.

Apresentando o projeto

O projeto de fortalecimento e disseminação do MC no Brasil tem como objetivo principal o desenvolvimento de ações contínuas e complementares que facilitam e apoiam equipes de saúde para a implantação do Método Canguru.

Ações e estratégias do projeto de fortalecimento

1. Seminário Nacional de Pactuação do Método Canguru

O ponto de partida para a efetivação desta etapa foi a realização do **“Seminário Nacional de Pactuação do Método Canguru”**, realizado em 26 de junho de 2009, no Rio de Janeiro, com gestores das Áreas Técnicas

de Saúde da Criança das 27 unidades da federação. O principal objetivo deste encontro foi a pactuação com os gestores das ações que passariam a ser desenvolvidas de forma que, a partir de então, todas as estratégias e ações a serem desenvolvidas nos estados contavam com o envolvimento direto dos gestores.

2. Indicação das Maternidades de Referência Estaduais

Como primeira e importante ação de descentralização, o MS solicitou que cada secretaria estadual de saúde indicasse um serviço para ser Centro de Referência Estadual para o Método Canguru. Foram, então, indicadas 27 maternidades (tabela 1), sendo destas algumas de gestão estadual, municipal e ainda hospitais de ensino.

Tabela 1 – Centros de Referência Estadual, Brasil.

UF	Cidade	Maternidade de Referência
RN	Natal	Hospital Dr. José Pedro Bezerra
RS	Canoas	Hospital Universitário da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)
RR	Boa Vista	Hospital M.I. N. Senhora de Nazaré
TO	Palmas	Hospital D. Regina Siqueira Campos
MT	Cuiabá	Hospital Santa Helena
ES	Vila Velha	Hospital Infantil e Maternidade Dr. Alzir Bernadino Alves
MG	Belo Horizonte	Maternidade Odete Valadares
PA	Belém	Santa Casa de Misericórdia do Pará
AM	Manaus	Maternidade Ana Braga
MA	São Luís	Maternidade Marly Sarney
SC	Joinville	Maternidade Darcy Vargas
BA	Salvador	Hospital G. Roberto Santos
PR	Curitiba	Hospital de Clínicas de Curitiba
MS	Campo Grande	Hospital R. Mato Grosso do Sul
PE	Recife	Hospital Agamenon Magalhães
AC	Rio Branco	Maternidade Bárbara Heliodora
PB	João Pessoa	Maternidade Cândida Vargas

SP	Santos	Hospital Guilherme Álvaro
DF	Taguatinga	Hospital Regional de Taguatinga
PI	Teresina	Maternidade D. Evangelina Rosa
SE	Aracaju	Maternidade Nossa S. Lourdes
RJ	Rio de Janeiro	Maternidade Leila Diniz
RO	Porto Velho	Hospital E. Ari Pinheiro
CE	Fortaleza	Hospital G. Dr. César Cals
GO	Goiânia	Hospital M. Infantil
AL	Maceió	Maternidade Escola Santa Monica
AM	Macapá	Hospital da Mulher Mãe Luiza

3. Cursos de Capacitação de Tutores

Para possibilitar a descentralização foi elaborado o “Curso de Formação de Tutores Estaduais para o Método Canguru” utilizando metodologias ativas e problematização, com carga horária de 40 horas distribuídas em atividades práticas e teóricas. Um curso piloto foi realizado em julho de 2009, no Hospital Universitário da UFMA, para os próprios consultores nacionais (figura 1).



Figura 1: Curso Piloto de Formação de Tutores para o Método Canguru

Esses tutores, com o apoio dos consultores nacionais, passaram a ser responsáveis pela disseminação do MC no estado, incluindo a capacitação das equipes multiprofissionais de maternidades com Unidade Intermediária e/ou Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

Para apoiar os cursos de formação de tutores foi elaborado o “Caderno de Tutor do Método Canguru” (BRASIL, 2011), material que contém todas as diretrizes para o trabalho do tutor, entregue ao final do curso.

Os primeiros cursos de formação de tutores no MC foram Cursos Macrorregionais realizados nos cinco Centros de Referência Nacionais. Foram realizados cinco cursos, um em cada Centro Nacional no ano de 2009. As Unidades da Federação foram estrategicamente divididas, de forma que cada Centro Nacional ficasse responsável pela capacitação de cinco ou seis estados. O único estado que não participou foi Rondônia. Visando incluir este estado para o cumprimento pleno das metas, em 2010, o Estado do Rio de Janeiro realizou um curso extra. Esta distribuição pode ser observada na tabela 2.

Tabela 2 – Cursos Macrorregionais de Formação de Tutores, Brasil 2009-2010.

Curso	Período	Maternidades Participantes		Cidade/ Estado	Número de Participantes
Curso de Formação de Tutores para o Método Canguru HUUFMA, São Luís/ MA	10 a 14 de agosto de 2009	Fundação Santa Casa de Misericórdia		Belém/ PA	4
		HU/UFMA- Unidade Materno-Infantil		São Luís/ MA	5
		Maternidade Ana Braga		Manaus/ AM	4
		Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazaré		Boa Vista/ RR	5
		Maternidade Barbara Heliodora		Rio Branco/ AC	4
		Hospital da Mulher Mãe Luzia		Macapá/ AP	4
		Total de Maternidades	6	Total de Participantes	26

Curso	Período	Maternidades Participantes	Cidade/ Estado		Número de Participantes
Curso de Formação de Tutores para o Método Canguru HGIS, Itapeçerica da Serra/SP	14 a 18 de setembro de 2009	Hospital Infantil e Maternidade Dr. Alzir Bernadino Alves	Vila Velha/ ES		4
		Hospital Dr. Dário Silva	Vitória/ES		
		Hospital Materno-Infantil de Goiânia	Goiânia/ GO		5
		Maternidade Dom Luís	Goiânia/ GO		
		Hospital Guilherme Álvaro	Santos/ SP		3
		Hospital Universitário da Universidade de São Paulo	São Paulo/ SP		3
		Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso	Cuiabá/ MT		5
		Total de Maternidades	6	Total de Participantes	20
Curso	Período	Maternidades Participantes	Cidade/ Estado		Número de Participantes
Curso de Formação de Tutores para o Método Canguru HUUFSC, Florianópolis/SC	14 a 18 de setembro de 2009	Hospital Dona Regina Siqueira Campos	Palmas/ TO		5
		Hospital Universitário da ULBRA	Canoas/ RS		5
		Hospital de Clínicas de Curitiba	Curitiba/ PR		5
		Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina	Florianópolis/ SC		5
		Maternidade Darcy Vargas	Joinville/SC		5
		Maternidade Carmela Dutra	Florianópolis/SC		1
		Hospital Teresa Ramos	Lages/SC		1
		Hospital Regional de Mato Grosso do Sul	Campo Grande/MS		6
		Total de Maternidades	6	Total de Participantes	33

Curso	Período	Maternidades Participantes	Cidade/ Estado		Número de Participantes
Curso de Formação de Tutores para o Método Canguru SMS/RJ, Rio de Janeiro/RJ	21 a 25 de setembro de 2009	Hospital Geral Roberto Santos	Salvador/BA		5
		Maternidade Dona Evangelina Rosa	Teresina/ PI		4
		Maternidade Odete Valadares	Belo Horizonte/ MG		5
		Maternidade Nossa Senhora de Lourdes	Aracajú/ SE		6
		Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro/RJ		5
		Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro/RJ		6
		Secretaria de Saúde do Distrito Federal	Brasília/DF		5
		Total de Maternidades	6	Total de Participantes	36
Curso	Período	Maternidades Participantes	Cidade/ Estado		Número de Participantes
Curso de Formação de Tutores para o Método Canguru IMIP, Recife/PE	28 de setembro a 02 de outubro de 2009	Hospital Dr. José Pedro Bezerra	Natal/ RN		5
		Maternidade Escola Santa Mônica	Maceió/ AL		6
		Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira	Fortaleza/ CE		5
		Instituto Cândida Vargas	João Pessoa/ PB		6
		Hospital Agamenon Magalhães	Recife/ PE		6
		Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira	Recife/ PE		6
		Total de Maternidades	6	Total de Participantes	34

Curso	Período	Maternidades Participantes	Cidade/ Estado		Número de Participantes
Curso de Formação de Tutores para o Método Canguru SMS/RJ, Rio de Janeiro/RJ	08 a 12 de março de 2010	Hospital Estadual Dr. Ary Pinheiro	Porto Velho/RO		5
		Hospital Fêmima	Porto Alegre/RS		5
		Hospital Universitário de Ribeirão Preto	Ribeirão Preto/SP		5
		Instituto Fernandes Figueira	Rio de Janeiro/RJ		5
		Total de Maternidades	4	Total de Participantes	20
Total Geral de Maternidades			34	Total Geral de Participantes	169

Cada curso oferecia 30 vagas, sendo cinco para cada maternidade indicada como Centro de Referência Estadual, no entanto alguns estados não conseguiram esse número de profissionais, ou solicitavam vagas extras. Esses cursos formaram os primeiros 154 tutores do Método Canguru no Brasil. Na figura 2 é possível ver sua distribuição pelos estados e por curso.

As indicações dos tutores é uma atribuição das Secretarias de Estado da Saúde (SES), de acordo com o perfil definido pelo MS: profissionais de saúde, de nível superior, que atuam em Unidade Neonatal.



Figura 2: Número de Tutores para o Método Canguru por Unidade da Federação, Brasil, Ministério da Saúde, 2009-2010.

Dos 154 tutores capacitados, a maioria era médicos, seguidos de enfermeiros, mas em todos os cursos havia a presença de outras categorias profissionais.

Ao final de cada curso macrorregional, as equipes de cada maternidade participante construíram o Plano para Implementação do Método Canguru em sua instituição, com o objetivo de propiciar um diagnóstico situacional quanto a aspectos positivos preexistentes e facilitadores para o trabalho de implantação e levantamento dos desafios previstos. A partir desta avaliação criavam estratégias e traçavam metas para a implantação/implementação das três etapas do MC em sua instituição.

O passo seguinte para a descentralização foi a realização de “Cursos Estaduais de Formação de Tutores”. Cada curso seguiu o mesmo planejamento daqueles realizados nos Centros Nacionais e contou com a participação dos tutores estaduais já capacitados e de dois consultores nacionais. Nesta etapa foram capacitados mais 724 tutores de 150 maternidades. A figura 3 ilustra como foi a capilaridade dos cursos de formação de tutores.

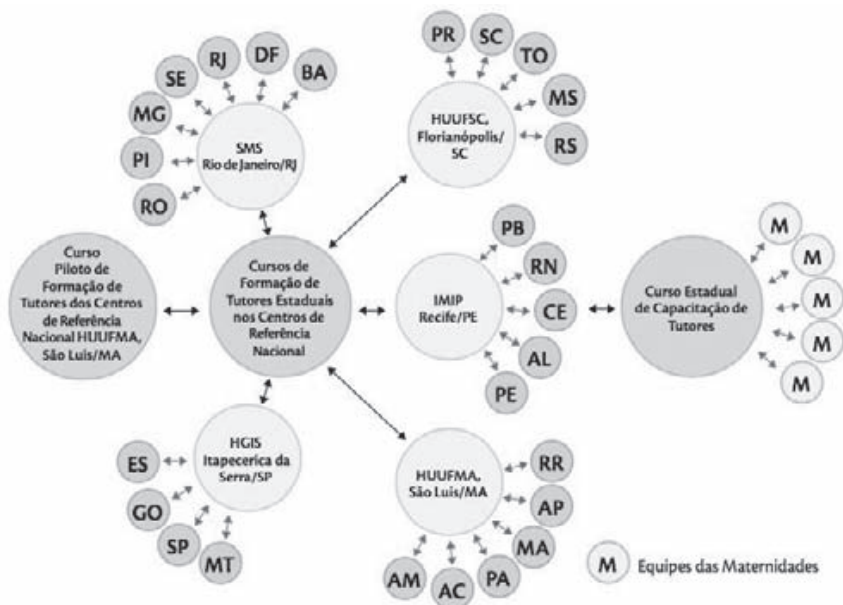


Figura 3: Capilaridade dos Cursos de Formação de Tutores no Método Canguru, Brasil, 2009.

Fonte: BRASIL, 2011.

A organização dos cursos estaduais aconteceu em parceria entre a Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS, Coordenações de Saúde da Criança das Secretarias Estaduais de Saúde e Maternidades Estaduais de Referência.

O período de realização dos 27 cursos foi de março de 2010 a agosto de 2011. A tabela 3 detalha cada curso realizado em ordem cronológica.

Tabela 3 – Cursos Estaduais de Formação de Tutores no Método Canguru, Brasil, 2010-2011.

ESTADO	DATA	HOSPITAL DE REFERÊNCIA	Nº TUTORES CAPACITADOS	Nº MATERNIDADES CAPACITADAS
MARANHÃO	01 a 05 de março de 2010	Maternidade Marly Sarney	27	5
SERGIPE	22 a 26 de março de 2010	Maternidade Nossa Senhora de Lourdes	23	3
PIAUÍ	05 a 09 de abril de 2010	Maternidade Dona Evangelina Rosa	28	8
AMAPÁ	12 a 16 de abril de 2010	Hospital da Mulher Mãe Luzia	15	2
CEARÁ	12 a 16 de abril de 2010	Hospital Geral Dr. César Cals	24	7
PERNAMBUCO	12 a 16 de abril de 2010	Hospital Agamenon Magalhães	34	7
RORAIMA	12 a 16 de abril de 2010	Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth	15	1
BAHIA	26 a 30 de abril de 2010	Hospital Geral Roberto Santos	30	6
ACRE	03 a 07 de maio de 2010	Maternidade Bárbara Heliodora	12	3
PARÁ	10 a 14 de maio de 2010	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará	35	7
PARAÍBA	31 de maio a 04 de junho de 2010	Maternidade Cândida Vargas	29	6
RIO GRANDE DO SUL	21 a 25 de junho de 2010	Hospital Universitário da ULBRA	21	6
RIO GRANDE DO NORTE	21 a 25 de junho de 2010	Hospital Santa Catarina /Hospital Dr. José Pedro Bezerra	26	6
DISTRITO FEDERAL	05 a 09 de julho de 2010	Hospital Regional de Taguatinga	28	10

SANTA CATARINA	05 a 09 de julho de 2010	Maternidade Darcy Vargas	28	6
RONDÔNIA	12 a 16 de julho de 2010	Hospital Estadual Dr. Ary Pinheiro	17	3
RIO DE JANEIRO	12 a 16 de julho de 2010	Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro	33	6
AMAZONAS	09 a 13 de agosto de 2010	Maternidade de Referência Zona Leste Ana Braga	33	7
TOCANTINS	09 a 13 de agosto de 2010	Hospital Dona Regina Siqueira Campos	27	5
SÃO PAULO	16 a 20 de agosto de 2010	Hospital Guilherme Álvaro	36	11
MATO GROSSO	27 de setembro a 01 de outubro de 2010	Hospital Santa Helena	26	1
MINAS GERAIS	27 de setembro a 01 de outubro de 2010	Maternidade Odete Valadares	32	6
ALAGOAS	25 a 29 de outubro de 2010	Maternidade Escola Santa Mônica	31	7
ESPÍRITO SANTO	29 de novembro a 03 dezembro de 2010	Hospital Infantil e Maternidade Dr. Alzir Bernadino Alves	32	7
MATO GROSSO DO SUL	02 a 06 de maio de 2011	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul	31	7
GOIÁS	13 a 17 de junho de 2011	Hospital Materno Infantil de Goiânia	25	4
PARANÁ	22 a 26 de agosto de 2011	Hospital de Clínicas de Curitiba	26	3
		TOTAL	724	150

4. Monitoramento e Avaliação das Maternidades de Referência Estaduais

Antes da realização de cada um dos cursos, a Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno enviou para as maternidades de referência um ofício solicitando o preenchimento da folha de identificação institucional e do formulário de pré-avaliação da implantação das três etapas do Método Canguru.

Durante a realização dos cursos estaduais, os consultores realizaram a avaliação desta maternidade, com roteiros pré-definidos de observação, questionários de entrevista de mães e profissionais de saúde nas três etapas do MC. Paralelamente a isto, realizaram reuniões com gestores da maternidade e da secretaria de saúde, bem como com a equipe da neonatologia. Tais reuniões permitiam um contato dos consultores nacionais com os gestores estaduais para troca de informações, observação de necessidades de cada local e orientação de estratégias relacionadas aos cuidados.

A partir das observações realizadas na Unidade Neonatal os consultores elaboravam um relatório situacional da Maternidade. Este relatório era encaminhado oficialmente para cada instituição pelo MS, visando à melhoria contínua e certificação da maternidade como Centro de Referência Estadual para o Método Canguru.

5. Certificação dos Centros de Referência Estadual para o Método Canguru

Em 2013, baseado nos dados de avaliação e reavaliação das unidades indicadas para pleitearem o selo de referência estadual, iniciou-se o processo, dinâmico e contínuo, de certificação dos Centros de Referência Estaduais. As 27 maternidades realizam periodicamente sua autoavaliação e são posteriormente avaliadas.

Outras Conquistas para o Método Canguru no Brasil com o projeto de fortalecimento

Dois anos após o início do Projeto de Fortalecimento do MC, foi realizado em Brasília o II Seminário Nacional sobre o Método Canguru, nos dias 7 e 8 de outubro de 2010. Neste seminário participaram 100 profissionais dos Centros de Referência Estaduais das 27 Unidades Federativas Brasileiras e 18 consultores vinculados aos Centros de Referência Nacionais, além de técnicos da Coordenação Geral de Saúde da Criança

e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde. Em paralelo a este seminário aconteceu o I Encontro de Tutores do Método Canguru⁶. Estes dois eventos objetivaram a atualização profissional, troca de experiências e alinhamento de condutas relativas ao desenvolvimento do Método Canguru no Brasil.

Em 2011, o lançamento da Rede Cegonha, desencadeou um conjunto de ações buscando elevar a qualidade do atendimento obstétrico e neonatal, propondo uma abordagem por parte dos profissionais de saúde fundamentada na integralidade do cuidado. Em 2012, como parte dessas ações, foi publicada a Portaria SAS/MS nº 930, que legitimou a Unidade Canguru como uma unidade de cuidados intermediários, e a Portaria SAS/MS nº 1300 passou a custear os leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa), que até então não recebia financiamento.

Neste mesmo ano, aconteceu em Brasília o II Encontro Nacional Sobre o Método Canguru (figura 4), novamente com a participação de representantes de todos os Centros de Referência Estaduais e Nacionais, onde o foco de trabalho foi o fortalecimento do Método Canguru no Brasil e o papel dos estados e municípios na implantação dos leitos de UCINCa.



Figura 4: II Encontro Nacional sobre o Método Canguru

⁶ Nas edições subsequentes, o Encontro de Tutores do Método Canguru passou a ser denominado de Encontro Nacional sobre o Método Canguru.

Em 2013 aconteceu o III Encontro Nacional sobre o Método Canguru, onde foram trabalhados desafios e sustentabilidade do Método Canguru no País (figura 5). Neste período 14 cursos de formação de tutores haviam sido ministrados em Hospitais Universitários e até este ano um total de 1.226 tutores foram capacitados em todo o Brasil.



Figura 5: III Encontro Nacional Sobre o Método Canguru

No IV Encontro Nacional sobre o Método Canguru, que ocorreu em 2014 e teve como tema “Qualificando o Cuidado e Promovendo a Atenção em Rede”, foi apresentada para discussão a proposta de um trabalho compartilhado entre o MC e a ABS, buscando um melhor acompanhamento das crianças durante a terceira etapa do Método Canguru (figura 6).

Foi possível neste encontro avaliar o imenso desafio quanto a este novo passo do Método Canguru e quais seriam suas necessidades em relação a material de apoio, organização de cursos, discussão entre gestores das duas áreas, entre outros. Apesar destas questões, foi possível neste mesmo ano começarmos os Cursos de Capacitação de Tutores para o Seguimento Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica, ocorrendo o primeiro deles no estado do Acre.



IV Encontro Nacional sobre o Método Canguru



Qualificando o Cuidado e Promovendo a Atenção em Rede

19 de Novembro

8h00 Distribuição dos materiais

8h30 Boas Vindas

9h00 Mesa de Abertura
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (MS)
Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (MS)
Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (MS)
Departamento de Atenção Básica (MS)
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)
Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)

10h00 Conferência de Abertura:
Qualificando o Cuidado e Promovendo a Atenção em Rede - Karina Arruda

10h30 Atividades: Qualidade no Cuidado - Denise Morsch

12h00 ALMOÇO

13h30 Painel: Política de AHRNBP-MC e Atenção Básica.
Coordenadora: Suzane Menezes

- O Programa Melhor em Casa no Brasil e a Experiência do Hospital Sofia Feldman em acompanhamento de Canguru Domiciliar - Mariana Borges Dias.
- A experiência do Melhor em Casa no Distrito Federal - Maria Leopoldina de Castro Villas Bôas.

15h30 Trabalho de Grupo: Novas propostas dentro do MC: Vinculação com a Atenção básica e novas formas de observar o cuidado.

16h30 Coffee Break

17h00 Plenária: Discussão sobre o acompanhamento do recém-nascido egresso de Unidade Neonatal nas Redes de Saúde

Figura 6: IV Encontro Nacional Sobre o Método Canguru

Um dos eixos estratégicos nas ações do projeto de fortalecimento junto a Atenção Básica são as publicações e material de apoio para formação e informação destas equipes. Em 2015 foi produzido o Manual de Seguimento Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica, o “Guia de Orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado” e o DVD “Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado”. Encontra-se ainda em revisão o Caderno do Tutor para a Atenção Básica.

O monitoramento dos Centros de Referência para o Método Canguru também compõe um eixo estratégico no projeto, e conta com um Sistema de Monitoramento online em que todos os tutores, coordenadores, consultores e gestores são cadastrados e possuem acesso. Por meio deste sistema, além do monitoramento das maternidades, também é possível o monitoramento de cursos de formação de tutores, acesso a publicações e a comunicação entre os profissionais de saúde cadastrados.

Considerações Finais

Duas importantes ações relacionadas ao Projeto de Fortalecimento mereceram, neste livro, capítulos especiais: a inclusão dos Hospitais de Ensino e a parceria com a Atenção Básica.

Com uma visão do que foi construído nestes anos, nos diferentes encontros entre profissionais, gestores, tutores e consultores responsáveis pelo cuidado neonatal em nosso País, podemos dizer que o Método Canguru avançou muito no cenário das maternidades brasileiras.

Esta grande equipe, que sempre aceita novos desafios, vem qualificando os cuidados neonatais através de práticas baseadas em evidências, mas também respeitando *o jeito das famílias brasileiras cuidarem de seus filhos*, não esquecendo nunca que cada um destes recém-nascidos possui uma história que ele mesmo deseja contar. O ambiente que o recebe, apesar de necessitar tecnologias *duras*, pode também lhe oferecer um melhor e mais adequado acolhimento. Junto a isto, vem a cada dia reforçando um olhar macro direcionado às comunidades, aos locais em que se encontram seus domicílios e ao que deve ser preparado para sua inserção neste grupo social a partir da alta hospitalar. Ou seja, sempre conquistando aquelas mudanças avaliadas como mais adequadas e indicadas para alterar, ampliar, melhor construir os diferentes paradigmas que compõe a atenção ao recém-nascido pré-termo e suas famílias, em nosso país.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 jul. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. Método Canguru: manual do curso. 2.ed. Brasília, DF; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. Método Canguru: caderno do tutor. Brasília, DF; 2011a. 80p.

GONTIJO, T.L.; XAVIER, C.C.; FREITAS, MIF. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.5, p.935-944, 2012.

LAMY, Z.C., et al. Construção do papel materno a partir da vivência de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais. **Rev Pesq. Saúde**, v.12, n.1, p. 1-68, jan-abril, 2011b.

LAMY FILHO, F., et al. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.84, n.5, p.428-435, 2008.

Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru em Hospitais de Ensino

Sérgio Tadeu Martins Marba¹

Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo²

Maria Cândida Ferrarez Bouzada³

Marcelle Campos Araújo⁴

Fernanda de Oliveira Gontijo⁵

A inclusão dos hospitais de ensino no Projeto de Expansão e Fortalecimento do Método Canguru do Ministério da Saúde, que tem como objetivo disseminar de forma descentralizada essa prática em todo território nacional (apresentado neste livro, na parte 3), se deu em 2012.

Desde o início deste projeto, em 2008, a disseminação vinha se dando a partir da capacitação das maternidades de referências indicadas pelas Secretarias de Saúde de cada estado. Com esta fase do projeto já bem estabelecida, e sentindo a necessidade de influenciar a formação profissional desde a graduação, foi crescendo a constatação de que se tornava necessária a participação das escolas formadoras de profissionais neste

1 Sérgio Tadeu Martins Marba (sergiomarba@yahoo.com.br) é doutor em Pediatria pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp/SP), professor titular do departamento de pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (FMC/Unicamp) e consultor da Área Técnica da Saúde da Criança do Ministério da Saúde (MS).

2 Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo (viviangazevedo1@gmail.com) é fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde/Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), professora adjunta da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e consultora da Área Técnica da Saúde da Criança do MS.

3 Maria Cândida Ferrarez Bouzada (ferrarez@gmail.com) é doutora em pediatria pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), professora associada I da UFMG e consultora da Área Técnica da Saúde da Criança do MS.

4 Marcelle Campos Araújo (enf.marcelle@gmail.com) é mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), tecnologista em Saúde Pública Pleno da Fundação Oswaldo Cruz e consultora da Área Técnica da Saúde da Criança do MS.

5 Fernanda de Oliveira Gontijo (fernandagontijo15@gmail.com) é mestre em Ciências da Saúde/Saúde da Criança e do Adolescente pela UFMG, fisioterapeuta do Hospital Sofia Feldman e consultora da Área Técnica da Saúde da Criança do MS.

processo. Em uma reunião de consultores realizada em Brasília/Ministério da Saúde (MS) por iniciativa da Prof^a. Dra. Zeni Lamy, coordenadora do Programa Nacional do Método Canguru, e Dr. Paulo Vicente Bonilha Almeida, responsável pela Coordenação Geral da Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS, foi identificada a necessidade de integrar os hospitais de ensino, no sentido de aproximar a formação dos profissionais de saúde das reais necessidades dos recém-nascidos pré-termo e suas famílias. Isso seria possível incluindo os centros formadores, os hospitais universitários. Instala-se assim um novo desafio.

Segundo Batista e Gonçalves (2011), a formação dos profissionais de saúde no Brasil, apesar de alguns avanços, ainda está muito distante do cuidado integral e o perfil dos profissionais de saúde ainda demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. É neste contexto que foram iniciados os cursos para profissionais de saúde dos hospitais de ensino do País.

A implementação do Método Canguru em hospitais de ensino rompe com o cuidado neonatal mais tradicional na medida em que não se ocupa apenas das questões técnicas da abordagem médica, atreladas às rotinas mais habituais. A família passa a ter espaço no processo de desenvolvimento do recém-nascido e os pais passam a ter uma atitude ativa junto ao seu filho chamando a atenção para as questões sociais e de formação de vínculo. Forma-se assim um grupo que se preocupa com o bem-estar de cada criança de forma individualizada (NEVES *et al.*, 2006).

Essa mudança de paradigma pode exercer na equipe de saúde sentimentos de desconfiança e insegurança. Pode-se perguntar: estamos fazendo o correto? Esses são os maiores problemas para a implementação do Método Canguru, principalmente em centros de ensino que estão sempre em busca de evidências científicas para embasar mudanças.

Em centros de ensino ainda encontramos profissionais de saúde resistentes ao Método porque, sendo algo novo e diferente do modelo convencional de atendimento neonatal, ele solicita novas formas de observação, de avaliação e condução de cada intervenção na unidade neonatal. O Método Canguru considera a permanência dos pais junto ao filho na unidade neonatal como uma estratégia terapêutica e estimula a sua participação no tratamento e nos cuidados com seus filhos. Oferece,

também, autonomia aos pais para tomar decisões junto à equipe quanto aos procedimentos realizados na unidade neonatal, respeito ao sono, estimulação, alimentação e alta hospitalar (LAMY *et al.*, 2005). Ou seja, os coloca no lugar que lhes pertence e lhes é de direito, especialmente no momento em que este filho, recém-nascido, encontra-se mais fragilizado ou por sua imaturidade ou por necessitar de cuidados intensivos. Estas já seriam indicações inquestionáveis para sua implantação em qualquer Unidade Neonatal, contudo, já há alguns anos, o Método Canguru vem sendo norteado por evidências científicas bem embasadas, com publicações em periódicos nacionais e internacionais (CONDE-AGUDELO, DÍAZ-ROSSELLO, 2014).

Neves *et al.* (2006, p. 353), em um relato sobre o processo de planejamento e implantação do Método Canguru no Hospital Universitário Regional de Maringá, da Universidade Estadual de Maringá (HUM/UEM), escreve: “inicialmente, houve aqueles profissionais cuja bandeira era contrapor-se ao novo Método, em defesa da supervalorização da tecnologia, necessária para o cuidado dos recém-nascidos, mas que não deve substituir o humano e o familiar, pelo poder de assistência da máquina e do especialista. Conseguiu-se quebrar alguns tabus da assistência médica e de enfermagem tradicionais, com consequente aumento na valorização e respeito profissional”.

Passos para implantação do Método Canguru em hospitais de ensino

Antecipando algumas dificuldades que seriam encontradas na implantação do Método Canguru, nos hospitais de ensino, iremos discutir estratégias que foram adotadas para facilitar esse processo. Sabíamos e sempre valorizamos os mesmos em seu trabalho de formação de profissionais, o que traz consigo exigências do apoio de um saber capaz de nortear práticas com segurança. Assim:

1. Busca e Produção de Evidências Científicas

Em centros de ensino, mais do que em qualquer local, para que a implantação de uma nova tecnologia possa acontecer, a exemplo do Método Canguru, é necessário que esteja fundamentada em evidências científicas. Em estudo realizado por Machado *et al.* (2012) cujo objetivo era fazer um levantamento do conhecimento produzido sobre Método Canguru no Brasil no período de 2002 a 2010, a partir das bases de dados, foram selecionados 96 artigos e, após a análise destes, foram extraídos 14 periódicos por estarem diretamente relacionados ao Método. Os autores concluíram que a carência de informações sobre o Método é um dos fatores que dificulta a realização da prática junto à equipe neonatal. Essa produção científica vem crescendo e sugerindo que o aumento nos índices de aleitamento materno, aliados ao cuidado individualizado da criança e sua integração na rede social familiar são alguns dos pilares que norteiam este tipo de atenção e que podem reduzir a morbimortalidade desse grupo de pré-termo (LAMY FILHO *et al.*, 2008). Vários autores afirmam que recém-nascidos que experimentaram as práticas do Método Canguru apresentaram menor tempo de internação, oxigenação adequada, aumento e estabilização da temperatura corporal, menos episódios de apneia e pouco choro (CONDE-AGUDELO, DÍAZ-ROSSELLO, 2014; MCCALL *et al.*, 2010; FREIRE *et al.*, 2008; LUDINGTON-HOE *et al.*, 2006; AFFONSO *et al.*, 1989). As mães amamentam mais e sentem-se seguras em cuidar de seus filhos (PENALVA *et al.*, 2006; MATTHIESEN *et al.*, 2001; TESSIER *et al.*, 1998). Além disso, há redução dos riscos de infecção hospitalar às 41 semanas de idade gestacional corrigida e redução de doença grave, principalmente do aparelho respiratório, seis meses após-alta (SILVA *et al.*, 2015)

Recentemente foi realizada uma metanálise da *Cochrane Collaboration* conduzida por Conde-Agudelo, Díaz-Rossello (2014) com o objetivo de determinar se há evidências que sustentam a posição canguru em recém-nascidos de baixo peso como uma nova prática em substituição ao cuidado neonatal convencional. Foram analisadas as bases de dados sobre o assunto em estudos encontrados no MEDLINE, EMBASE, LILACS, POPLINE e CINAHL. Entraram no estudo apenas os artigos randomizados e controlados que comparavam a posição canguru com o cuidado

neonatal convencional. Foram encontrados 18 estudos com 2.751 crianças. Os principais achados foram: redução da mortalidade e do risco de infecção e hipotermia, menor tempo de internação às 40 semanas. No seguimento, foi observado também queda na mortalidade e infecção, bem como maiores taxas de aleitamento materno e crescimento. Os autores concluem que a realização da posição canguru, uma das estratégias dentro do Método Canguru, é uma alternativa ao tratamento convencional de recém-nascidos de baixo peso.

2. Sensibilização do gestor

Consideramos da maior importância discutir a relação custo/benefício/economia, esclarecer sobre o financiamento do processo, mostrar a capacidade do Método em reduzir morbimortalidade neonatal, e apresentar o Método como modelo de boas práticas e cuidado progressivo.

Estudo realizado no Instituto Fernando Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ-RJ), sobre a perspectiva econômica da implantação do Método Canguru na Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, mostrou que o custo da Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) foi menor que o da Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo). O custo total estimado do tratamento de 11.034 pacientes-dia atendidos em um ano na Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ) foi superior em 15% para a UCINCo em relação a UCINCa. Foi utilizado um modelo de análise de decisão para uma coorte hipotética de recém-nascidos estáveis clinicamente, que podiam receber assistência nas duas modalidades de cuidado. O estudo pode contribuir para a tomada de decisão na área da saúde, além de fornecer subsídios às pesquisas relacionadas à avaliação econômica em saúde e à área neonatal (ENTRINGER, 2012).

É essencial mostrar ao gestor a capacidade do Método Canguru em reduzir a morbimortalidade neonatal, traduzindo em claro benefício ao usuário do hospital que o gerencia. Inúmeras publicações ilustram essa questão e serão discutidas oportunamente.

Ao gerenciar o estabelecimento de saúde, o gestor deve estar ciente de que o Método Canguru está inserido no contexto das boas práticas do atendimento neonatal do MS. Não é mais possível se pensar em cuidado neonatal sem a articulação de uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido. Na Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (SAS/MS), o Método Canguru faz parte do cuidado progressivo com articulações entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), UCINCo e UCINCa (BRASIL, 2012). Entende-se como Unidade Neonatal o serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos.

3. Formação de tutores e a escolha dos primeiros Hospitais de Ensino

No processo de implantação do Método Canguru em hospitais de ensino, a capacitação da equipe multiprofissional foi um dos pontos mais importantes.

Para dar conta desta tarefa inicial, foi desenvolvido um projeto para a formação de tutores em todo o Brasil com financiamento do MS. Este projeto formalizou um curso constituído por aulas teóricas, práticas e vivências ministradas por consultores de cinco Centros Nacionais de Referência do Método Canguru, totalizando 40 horas integrais (BRASIL, 2011).

Uma grande decisão a ser tomada era a escolha desses hospitais considerando que o Brasil conta com centenas de hospitais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como instituições de ensino. Inicialmente foi realizado um mapeamento destas instituições por regiões, e identificadas aquelas que já participavam do Projeto, ou por serem Centros de Referência Nacional, ou por terem sido indicadas pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) como referência esta-

dual. Foram identificados seis hospitais de referência que já eram Hospitais de Ensino: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU/UFMA), Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), Hospital Universitário da Universidade Luterana do Brasil (HU/ULBRA), Hospital das Clínicas de Curitiba, Hospital Dona Regina Siqueira Campos e Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

Para a inclusão dos novos Hospitais de Ensino, buscaram-se aqueles que são referência para a formação em pediatria e neonatologia do País (tabela 1).

Tabela 1 – Lista dos Hospitais de Ensino onde foram realizados cursos para tutores

	Estado	Hospital de Ensino
1	Rio Grande do Sul	Hospital de Clínicas do Rio Grande do Sul
2	São Paulo	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
3	Minas Gerais	Hospital Sofia Feldman
4	Minas Gerais	Hospital das Clínicas de Minas Gerais
5	São Paulo	Universidade Estadual de Campinas
6	Espírito Santo	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – Universidade Federal do Espírito Santo
7	Rio de Janeiro	Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro
8	São Paulo	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
9	São Paulo	Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo
10	Ceará	Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Universidade Federal do Ceará
11	Minas Gerais	Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia
12	Bahia	Universidade Federal da Bahia – Maternidade Climério de Oliveira
13	Amazonas	Fundação Hospital Adriano Jorge- Universidade do Estado do Amazonas
14	São Paulo	Hospital das Clínicas de Botucatu - Universidade Estadual Paulista
15	Paraíba	Hospital Universitário Lauro Wanderley – Universidade Federal da Paraíba
16	Espírito Santo	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – Universidade Federal do Espírito Santo/ Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves
17	Rio Grande do Norte	Maternidade Escola Januário Cicco
18	Mato Grosso	Hospital Universitário Júlio Muller

Até janeiro de 2015, com essa capacitação do Método Canguru, foi possível formar 572 novos tutores em 18 diferentes hospitais de ensino de 11 estados brasileiros (RS, SP, MG, RJ, ES, CE, BA, AM, PB, RN e MT). Do total de treinados foram: 212 enfermeiros (37%), 159 médicos (28%), 30 fisioterapeutas (5,3%), 23 psicólogos (4%), 27 fonoaudiólogos (4,6%), 30 assistentes sociais (5,3%), 06 terapeutas ocupacionais (1%), 2 odontólogos (0,4%), 01 biomédico (0,1%) e 70 de outras categorias profissionais (12,3%), caracterizando um grupo multiprofissional. Esse projeto permitiu a capacitação de um grande número de tutores de diferentes categorias profissionais, em centros de ensino, com potencialidade de implementar e fortalecer o Método Canguru em todo País (figuras 1,2 e 3).



Figura 1: Curso de Capacitação de Tutores em Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru – Rio Grande do Norte



Figura 2: Curso de Capacitação de Tutores em Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru – Amazonas



Figura 3: Curso de Capacitação de Tutores em Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru – Ceará

4. Realização de cursos de sensibilização das equipes

Outro ponto fundamental para o sucesso do Método em hospitais de ensino é que esses novos tutores repassem o conteúdo administrado através cursos de sensibilização para toda a equipe incluindo também residentes, estagiários e alunos para que estes, ao se inserirem no mercado de trabalho, levem consigo os conceitos e práticas do Método Canguru.

Recentemente, o Conselho Nacional de Residência Médica incluiu no calendário de atividades obrigatórias o curso de 40 horas para capacitação no Método Canguru, para residentes de terceiro e quarto anos em neonatologia. Temos hoje 103 residências em neonatologia credenciadas com 264 vagas, ou seja, um campo fértil para se plantar a semente do Método. Como meta a ser atingida, almeja-se a obrigatoriedade do curso para as 170 residências em pediatria no País, totalizando 1.058 novos pediatras a cada ano no mercado de trabalho. Para esse grupo é possível uma capacitação feita em 8 horas nos moldes do que hoje existe para o Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. Para alunos de graduação, o que se deseja é que esteja incluído nas grades curriculares a discussão das diretrizes e conceitos norteadores deste cuidado.

5. Elaboração de um plano de ação

Outra estratégia para a concretização do Método Canguru em hospitais de ensino foi ter um plano de ação bem elaborado. Ao final de cada curso de sensibilização, solicita-se aos alunos um plano estratégico com etapas e cronogramas bem definidos para a implantação da metodologia em suas unidades buscando com isto o sucesso do processo.

Nesse plano de ação devem ser considerados os pontos positivos nos cuidados existentes já conquistados, as chamadas fortalezas do projeto. Por outro lado, é importante listar os pontos fracos e estabelecer ações consideradas necessárias para transformar essas lacunas em pontos fortes.

Algumas propostas têm-se mostrado muito interessantes, como: registrar as informações necessárias ao acompanhamento da evolução do recém-nascido canguru, elaboração de folder explicativo e impressos como ficha de cadastro do recém-nascido contendo informações sobre a identificação da mãe e do recém-nascido, situação clínica ao nascer e cuidados especiais após o nascimento.

É comum os grupos apontarem que a implantação deste cuidado, em suas unidades, é uma construção em equipe, na qual reuniões periódicas são importantes para as reestruturações que se fizerem necessárias para que o projeto aconteça. Pode-se alternar com reuniões científicas para apresentação e discussão multiprofissional dos temas propostos pela capacitação e reuniões operacionais nas quais se discute o andamento do Projeto.

Experiência do Método Canguru nos hospitais de ensino no Brasil

A partir da proposta de se criar uma linha de trabalho dentro do Método Canguru, visando a atuar nos hospitais de ensino, foi criado um grupo de trabalho orientador dessas ações. Assim, além dos 5 centros nacionais de referência para o Método Canguru, estabeleceram-se as unidades de referencia para o Método Canguru nos hospitais de ensino. São eles: os serviços de neonatologia da Universidade Estadual de Campinas

(UNICAMP/SP), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFGM), IFF/FIOCRUZ-RJ e Hospital Sofia Feldman (HSF-MG).

A seguir, apresentaremos uma breve síntese sobre o processo de implementação do Método Canguru nestas unidades de referência (em ordem da realização dos cursos de tutores):

• Hospital Sofia Feldman (HSF)

O Hospital Sofia Feldman (HSF), também denominado Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS), é especializado na assistência à saúde da mulher, ao recém-nascido, à criança e ao adolescente, com 100% dos seus atendimentos prestados à clientela do Sistema Único de Saúde (SUS). A missão da instituição é desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial à mulher e ao seu filho, visando impactar nos indicadores de saúde dessa população. O HSF foi o primeiro Hospital do Estado de Minas Gerais a receber o título de Hospital Amigo da Criança, em 1995, pelo apoio e pelo incentivo ao Aleitamento Materno e, em 1999, o prêmio “Galba de Araújo”, do MS, pela humanização do parto e do nascimento. Em 2012, venceu o Concurso de Boas Práticas em Maternidade Segura/Organização Panamericana de Saúde (OPAS) pela iniciativa da Casa da Gestante Zilda Arns, como a terceira melhor iniciativa institucional das Américas para redução de mortalidade materna. Em 16 de dezembro de 2014, a Portaria Interministerial nº 2768 o certificou como Hospital de Ensino. E, em maio de 2015, recebeu o reconhecimento de Hospital Amigo da Mulher pela Câmara dos Deputados, em Brasília.

Em 1989, um médico obstetra, que era também diretor administrativo do hospital, conheceu na Colômbia os benefícios da posição canguru. Nesse mesmo ano essa prática foi instituída no HSF como estratégia favorecedora da aproximação mãe-filho. No ano 2000 foi inaugurada a UTIN do HSF e no ano seguinte o hospital adotou a primeira, segunda e terceira etapas do Método Canguru. Mais recentemente, em 2012 foi realizado Curso de Formação de Tutores no HSF por Consultores Nacionais e Tutores Estaduais sendo formados 8 tutores entre médicos, enfermeiros,

fisioterapeutas e psicólogos. Após o curso foi criado o Comitê do Canguru que se responsabilizou pela organização de capacitações para a equipe. Foram realizadas 10 capacitações com total de 212 profissionais e residentes da neonatologia e obstetrícia participantes. Hoje o hospital apresenta 41 leitos cadastrados de UTIN, 36 leitos cadastrados de UCINco e 15 leitos cadastrados de UCINca.

O Método Canguru repercutiu na qualidade da assistência aos recém-nascidos nas unidades neonatais do HSF. A equipe acolhe diariamente as demandas da família e estimula a permanência dos pais junto ao recém-nascido pelo maior tempo possível. Os profissionais entendem que essa aproximação é fundamental para elaboração e superação dos diversos desafios enfrentados ao longo do período de internação, favorecendo o vínculo e consequente sucesso na alta hospitalar.

• Hospital das Clínicas – UFMG

O HC/UFMG é um hospital geral, universitário e público, que atende pacientes de média e alta complexidade, exclusivamente do SUS. É campo de prática para cursos de graduação e pós-graduação para profissionais da área da saúde. Fundado em 1928, hoje é um complexo hospitalar e ambulatorial referência para todo o estado de Minas Gerais. Dentro desta estrutura está a Maternidade Otto Cirne e a Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos com 26 leitos de tratamento intensivo neonatal (UTIN) e de cuidado intermediário (UCINco) e quatro leitos de cuidado intermediário canguru (UCINca). Todos os recém-nascidos com peso menor que 1500g e/ou menores de 34 semanas egressos da maternidade são atendidos no Ambulatório de Crianças de Risco (ACRIAR) até a idade de 7 anos.

O início do Método Canguru se deu em 1994, com uma equipe de profissionais liderados pelo Prof. César Coelho Xavier e colaboradores que propôs a implantação do Cuidado Mãe Canguru aos Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) e de baixo peso, em caráter experimental, após um treinamento da equipe de enfermagem da Unidade Neonatal e de parte da Maternidade, integrando um Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno desenvolvido pelo Serviço de Banco de Leite Humano.

Este movimento antecipou a Portaria da Atenção ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru proposta pelo MS. No ano de 1994 e 1995, a iniciativa teve a participação de aproximadamente 70 mães. Uma contribuição importante e decisiva foi a concordância da Coordenação Médica da Maternidade de que dois leitos na enfermaria do Alojamento Conjunto pudessem ser utilizados para a reinternação dos Recém-Nascidos (RN) transferidos da Unidade Neonatal para a realização do método “cuidado mãe canguru”.

A construção da UCINCa com quatro leitos, onde a segunda etapa do Método seria desenvolvida, ficou pronta em 1997, a partir de incentivos financeiros de empresa multinacional e da Fundação do Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP). Esta unidade foi inaugurada em fevereiro de 1998.

Com a publicação da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, pelo MS em 2000, iniciaram-se as capacitações dos profissionais do HC/UFGM (dezembro/2000) quando cinco profissionais da assistência participaram do curso de 40 horas no Rio de Janeiro.

Após esta capacitação, foi implementado um Projeto de Extensão para que novos cursos de sensibilização com duração de 8 horas fossem executados, abrangendo membros da equipe multidisciplinar do Hospital das Clínicas e de outros locais. Sendo que, no total, aproximadamente 332 participantes foram certificados pela Pró-reitoria de Extensão da UFGM.

Mais recentemente, foi realizado entre 24 e 28 de setembro de 2012 o Curso de Tutor do Método Canguru nas dependências da Faculdade de Medicina da UFGM, sendo formados 10 tutores do HC/UFGM.

Além dos cuidados dispensados ao recém-nascido seguirem os pressupostos do Método Canguru como Política Pública de Saúde, algumas ações merecem ser destacadas como: – Reuniões semanais com pais/avós e equipe multidisciplinar com participação de alunos bolsistas da extensão UFGM, cuidado contingente com implantação do “Respeite os Sinais”.

Após a implantação do atendimento humanizado na Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos (UNCP) muitas mudanças ocorreram como a sensibilização da equipe para o atendimento integral ao recém-nascido com participação ativa dos pais nos cuidados.

• Universidade Estadual de Campinas

O Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), foi inaugurado em março de 1986 e hoje é referência regional em complexidade terciária e quaternária na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido. Atendendo exclusivamente através do SUS, constitui-se num hospital que presta assistência multiprofissional e interdisciplinar, além de promover o ensino, a pesquisa e a extensão. Instalado no complexo hospitalar da área de saúde da Unicamp é formado por um conjunto de oito prédios, que totalizam cerca de 15 mil m² de área construída. Considerado a maior unidade hospitalar de atenção à saúde da mulher do interior do estado de São Paulo, o CAISM dispõe de 142 leitos distribuídos entre as subespecialidades da Obstetrícia, Neonatologia, Ginecologia, Oncologia Ginecológica e Mastologia, por onde já passaram mais de 1,5 milhão de pacientes. O hospital conta ainda com uma Seção de Apoio Social, estruturada para oferecer alojamento as pacientes com dificuldades em manter o tratamento ambulatorial ou que necessitem estar próximas dos seus filhos recém-nascidos em tratamento intensivo na neonatologia.

O CAISM possui um quadro de pessoal com cerca de 1.200 funcionários e atende uma média de 250 partos e 7.000 consultas ambulatoriais por mês, entre outros procedimentos. Por sua excelência em atividades de assistência, ensino e pesquisa conquistou por três anos consecutivos (2009, 2010 e 2011) posição entre as três melhores maternidades públicas do Estado.

A unidade neonatal conta com 15 leitos de UTIN, 15 cuidados intermediários sendo 4 destinados à UCINCa. Pertence ao conselho superior da Rede Brasileira de Pesquisa Neonatal (RBPN) com excelentes resultados neonatais entre as 20 instituições de ensino que compõe a referida rede. Atualmente conta com 4 consultores nacionais para o Método Canguru e dois consultores nacionais para área neonatal da Coordenação Geral da Saúde da Criança e do Aleitamento Materno (CGSCAM).

O embrião da Unidade Canguru no CAISM foi a efetivação de um local originalmente chamado de Alojamento Conjunto Tardio (ACT), em 1989, pelo então chefe do setor Prof. Dr. Fernando P. Facchini. No ACT, as

mães eram re-internadas, em momento próximo à alta do recém-nascido pré-termo, para aprenderem a dar os cuidados aos mesmos, bem como fortalecer o aleitamento materno. Em 2000, a equipe da neonatologia recebeu treinamento ministrado pelo Dr. Ricardo Nunes Moreira da Silva, então Consultor do MS. Com a equipe sensibilizada, foram feitas modificações estruturais na unidade e na prática de atendimento neonatal, basicamente ligadas à primeira etapa do Método. Na mesma época alguns médicos e enfermeiros receberam curso de sensibilização para o Método Canguru no Hospital Geral de Itapeverica da Serra (HGIS).

Novas iniciativas foram concretizadas no sentido do fortalecimento do processo de humanização do atendimento neonatal, como a obtenção do Título da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em 2003 e inauguração do Banco de Leite Humano em novembro de 2004. Desse período até 2012, foi dada continuidade ao processo de implementação do Método e também se consolidou o nosso ambulatório de seguimento, local onde fazemos atualmente a terceira etapa do método.

Em outubro de 2012, um grupo de consultores nacionais do HGIS realizou o curso de formação de tutores na Divisão de Neonatologia do CAISM, dentro do projeto de fortalecimento do Método Canguru em hospitais de ensino. Nesse momento foram capacitados 13 tutores entre médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e assistente social. Esse grupo sensibilizado com a proposta torna o sonho do Método Canguru possível. O processo de fortalecimento do Método se deu inicialmente com a aprovação da equipe multiprofissional e o desenho de um plano de trabalho. Foram verificados os pontos fortes que já haviam sido conquistados e a seguir se deu início a capacitação de toda a equipe após um período de formatação do plano de trabalho. Até agosto 2015, foram realizados 12 cursos de capacitação totalizando cerca de 140 profissionais entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e serviço social.

O Método Canguru no CAISM ainda está em processo de construção, mas é nítida a mudança do ambiente hospitalar, o comportamento da equipe, valorização do profissional e, principalmente, os benefícios diretos e indiretos aos recém-nascidos e à rede social onde ele se encontra.

• Instituto Fernando Figueira

O IFF/FIOCRUZ, fundado em 1924, é uma unidade de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz, reconhecida em 2006 como hospital de ensino e em 2010 como centro nacional de referência pelo MS e pelo Ministério da Educação (MEC).

O IFF/Fiocruz, há muitos anos, já havia incorporado em sua rotina da unidade neonatal ações voltadas para a humanização da assistência: visita de avós, visita de irmãos, permanência dos pais durante a internação do recém-nascido e alojamento de nutrízes. Em 2010, foi realizada a primeira capacitação para tutores no Método Canguru e este foi o primeiro passo oficial de implementação do Método.

A sedimentação e o amadurecimento do Método, na instituição, ocorreram através de treinamento da equipe multiprofissional sobre o Método Canguru, incluindo os residentes médicos e de enfermagem, contabilizando 10 cursos de sensibilização com a capacitação de 150 profissionais, após a habilitação de 10 tutores entre médicos, enfermeiros, terapeuta ocupacional e psicóloga.

Durante esse processo, foram realizadas visitas multidisciplinares em maternidades do município do RJ, no HU/UFMA e em hospitais da Colômbia, onde os profissionais foram buscar inspiração e subsídios necessários para a implantação da 2ª e 3ª etapas do Método Canguru. A unidade neonatal atualmente é composta de 08 leitos de UTIN, 12 leitos de UCINCo e 04 leitos de UCINCa, com previsão de aumentar para 08 leitos. Em outubro de 2012 foi inaugurada a UCINCA, sendo atendidos mais de 150 binômios mãe-filho até julho de 2015, estimulando a participação ampliada da família, promovendo o aleitamento materno exclusivo e fortalecendo o vínculo mãe-bebê-família.

Ao longo desses três anos, desde a inauguração da UCINCa, é possível observar repercussões na equipe em relação aos cuidados com o recém-nascido, à participação das mães e à preocupação em estimular o fortalecimento do vínculo mãe-bebê. Também no ano de 2014 a unidade teve o menor índice de mortalidade entre aquelas participantes da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, sendo a implantação das três etapas do Método, um fator de grande impacto para esse resultado.

Considerações finais

A partir destas experiências, destacamos que um dos objetivos em se fortalecer o Método Canguru em hospitais de ensino é a possibilidade de formar profissionais que poderão reproduzir o aprendizado em outros locais de trabalho. Os diferentes alunos que estão em formação nos hospitais de ensino, aprendendo, fazendo e convivendo com o Método poderão internalizar habilidades, competências e atitudes diferenciadas para atender e aplicar as exigências peculiares desta prática. Essa ideia está embasada na teoria de que muito do que aprendemos na vida decorre de nossa observação sobre como os outros se comportam, ou seja, o comportamento humano se dá por meio da observação do comportamento do outro e suas consequências (BANDURA, 1971).

Outro objetivo desse projeto implica na possibilidade de serem realizados trabalhos e estudos com o apoio do sistema acadêmico da própria graduação bem como das pós-graduações que em geral se encontram presentes nestes locais. Os questionamentos que daí surgem e o olhar metuculozo que observa estas intervenções podem determinar a chance de descobrirmos novas indicações para seu uso assim como determinar de forma bastante cuidadosa as benesses que conhecemos de sua utilização.

Referências

AFFONSO, D.D.; WAHLBERG, V.; PERSSON, B. Exploration of mothers' reactions to the kangaroo method of prematurity care. *Neonatal Netw.*, v. 7, n. 6, p.43-51, 1989.

BANDURA, A. *Psychological modeling*. Transaction pub, 1971. p. 210.

BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru: manual técnico**. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 15 ago 2015.

COLAMEO, A.J.; REA, M.F. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **Cad. Saúde Pública**.v. 22, n.3, p.597-607, 2006.

CONDE-AGUDELO, A.; DÍAZ-ROSSELLO, J.L. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. **Cochrane Database System Review**. 2014, Issue 4, Artigo nº CD002771.

ENTRINGER, AP. **Perspectiva econômica da implantação do Método Canguru na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro**. 2012. Dissertação de Mestrado - Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Disponível em: < <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/4110>>. 2012. Acesso em: 16 ago. 2015.

FREIRE, N.B.; GARCIA, J.B.; LAMY, Z.C. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. **Pain**. v.139, n.1, p.28-33, 2008.

LAMY, Z.C., et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru: a proposta brasileira. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.659-68, 2005.

LAMY FILHO, F., et al. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.84, n.5, p.428-35, 2008.

LUDINGTON-HOE, S.M., et al. Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: preliminary results of a randomized, controlled trial of skin contact with preterm infants. **Pediatrics**, v.117, n.5, p.909-23, 2006.

MACHADO, A.C.B., et al. Produção de conhecimento sobre o Método Canguru. **Rev Interdisciplinar NOVAFAPI**, v.5, n.1, p.61-7, 2012.

MATTHIESEN, A.S., et al. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. **Birth**, v. 28, n.1, p.13-9, 2001.

McCall, E.M., et al. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight infants. **Cochrane Database System Review**. 2010. Issue 3. Artigo Nº CD004210.

NEVES, F.A.M., et al. Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário. **Acta Paul. Enferm.** v.19, n.3, p.349-53, 2006.

PENALVA, O., SCHWARTZMAN, J.S. Descriptive study of the clinical and nutritional profile and follow-up of premature babies in a Kangaroo Mother Care Program. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.82, n.1, p.33-39, 2006.

SILVA, A.A., et al. Changes in perinatal health in two birth cohorts (1997/1998 and 2010) in São Luís, Maranhão State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.31, n.7, p.1437-50, 2015.

TESSIER, R., et al. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. **Pediatrics**, v. 102, n.2, p.:e17, 1998.

Análise Situacional da Implantação do Método Canguru em Maternidades Públicas Brasileiras

Jordana Santos Cardoso¹

Zeni Carvalho Lamy²

Fernando Lamy Filho³

Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes⁴

André Luiz Guimarães de Queiroz⁵

Nicole Oliveira Motta Gianini⁶

Geisy Maria de Souza Lima⁷

¹ Jordana Santos Cardoso (cardoso_jordana@hotmail.com) é terapeuta ocupacional, mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

² Zeni Carvalho Lamy (zenilamy@gmail.com) é neonatologista, doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Osvaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ), professora adjunta do departamento de Saúde Pública da UFMA, consultora nacional da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (CGSCAM/MS) e coordenadora do Projeto de Fortalecimento do Método Canguru (MC) em Maternidades Públicas Brasileiras.

³ Fernando Lamy Filho (lamyfilho@gmail.com) é Neonatologista, doutor em Saúde da Criança e da Mulher pelo IFF/FIOCRUZ e professor associado da UFMA.

⁴ Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes (maria@iff.fiocruz.br) é pediatra e sanitarista, doutora em Saúde da Mulher e da Criança pelo IFF/FIOCRUZ e pesquisadora do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente no IFF/FIOCRUZ.

⁵ André Luiz Guimarães de Queiroz (andreqz@gmail.com) é graduando do curso de Medicina da UFMA e bolsista de iniciação científica.

⁶ Nicole Motta Gianini (ngianini@globo.com) é doutora em Saúde da Criança pelo IFF/FIOCRUZ, especialista em Neonatologia e Nutrologia pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE), coordenadora executiva de neonatologia da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), consultora nacional do Método Canguru para o MS e Coordenadora Médica do Centro de Tratamento Intensivo Neonatal (CETRIN), do Hospital Maternidade Santa Lúcia.

⁷ Geisy Maria de Souza Lima (geisy@imip.org.br) é neonatologista, mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), chefe da Unidade Neonatal e Unidade Canguru do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e consultora nacional do MC para o MS.

Zaira Aparecida de Oliveira Custódio⁸

Maria Teresa Cera Sanches⁹

Paulo Vicente Bonilha Almeida¹⁰

Introdução

Buscando compreender o resultado das ações do Método Canguru (MC) entre 2000 a 2005, após descentralização dos Centros Nacionais de Referência (CNR) e oferta de vários cursos de formação de tutores por todo o País, o Ministério da Saúde (MS) coordenou, no período de 2005 a 2007, pesquisas buscando conhecer a situação de implantação do Método no Brasil (GONTIJO *et al.*, 2010; GONTIJO *et al.*, 2012). Estas pesquisas demonstraram que o MC é uma prática segura (LAMY FILHO *et al.*, 2008), que para as mulheres a sua utilização favorece a construção do papel materno (LAMY *et al.*, 2011), e que os profissionais incorporaram o conhecimento teórico sobre o MC, mas que não o utilizavam plenamente em sua prática clínica e, conseqüentemente, isto refletia na não implantação de leitos de Unidade Canguru (GONTIJO *et al.*, 2010).

A partir destes resultados, em 2008, a Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde deu início ao Projeto de Fortalecimento e Disseminação (PFD) da Política Nacional de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – MC com o objetivo de descentralização das ações. A partir deste projeto foram identificadas as Maternidades Estaduais de Referência (MER) em todas as Unidades Federativas. Este projeto envolveu um grande investimento político e financeiro do MS visando à mudança de práticas nas Unidades Neonatais e à implantação de Unidades de Cuidados Intermediários Canguru.

8 Zaira Aparecida Custódio de Oliveira (zaira.custodio@ufsc.br) é doutora em Psicologia, psicóloga da maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), consultora nacional do MC para o MS e coordenadora do Centro de Referência Nacional do Método Canguru, no HU/UFSC.

9 Maria Teresa Cera Sanches (mtsanches@isaude.sp.gov.br) é fonoaudióloga, pesquisadora do Instituto de Pesquisa da Secretaria da Saúde de São Paulo (SES) e consultora nacional do MC para o MS.

10 Paulo Vicente Bonilha Almeida (paulo.bonilha@saude.gov.br) é pediatra e sanitaria, mestre em Saúde da Criança e do Jovem e coordenador geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde.

Neste capítulo, apresentaremos uma análise situacional da implantação do MC nas Maternidades capacitadas pelo MS a partir deste Projeto de Fortalecimento e Disseminação.

Para esta pesquisa foram utilizados dados secundários fornecidos pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (CGSCAM/MS), coletados no período de 2009 a 2013 com a finalidade de monitoramento. O universo deste estudo é composto pelos CNR Referência (oito maternidades¹¹), pelas 27 MER e por 132 maternidades por elas capacitadas, distribuídas em todo o território nacional, somando 167 maternidades públicas.

Para a coleta de dados foram utilizados quatro formulários. O Formulário I incluía dados relativos às maternidades: profissionais capacitados para o MC e características de infraestrutura; o Formulário II informava o número de cursos realizados, instituições com profissionais capacitados, número de profissionais sensibilizados e as categorias profissionais; o Formulário III com questões sobre infraestrutura e cuidados relativos à família, ao ambiente e ao bebê correspondente às três etapas do MC e o Formulário IV com perguntas abertas sobre as principais dificuldades e pontos fortes relativos à implantação do MC.

Foram considerados os seguintes critérios que definem a implantação do MC: segurança técnica da atuação profissional de qualidade, adequada ambiência hospitalar, assistência interdisciplinar, promoção do vínculo equipe/família/bebê e atenção integral ao recém-nascido de risco (BRASIL, 2011a).

Resultados

Após a análise dos resultados foi possível observar que todos os CNR e um grande percentual (66,7%) das maternidades indicadas como referência estadual apresentaram todas as etapas do MC implantadas. No que se refere às demais maternidades, um pouco mais da metade de seus profissionais afirmaram que possuem todas as etapas implantadas (tabela 1).

11 As 8 maternidades descritas incluíram os 5 CNR, sendo que foram avaliadas as 4 maternidades que compõe o Centro Nacional de Referência da Secretaria Estadual do Rio de Janeiro, naquele momento.

Tabela 1: Etapas implantadas do MC em maternidades públicas brasileiras. Brasil, 2013.

Implantação		CNR		MER		OUTRAS		Total Maternidades	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1ª Etapa	Sim	8	100	22	81,5	52	71,2	82	49,1
	Parcialmente	-	-	5	18,5	14	19,2	19	11,3
	Não	-	-	-	-	7	9,6	7	4,1
2ª Etapa	Sim	8	100	22	81,5	34	46,6	64	38,2
	Parcialmente	-	-	4	14,8	17	23,2	21	12,5
	Não	-	-	1	3,7	22	30,1	23	13,8
3ª Etapa	Sim	8	100	22	81,5	25	34,3	55	32,9
	Parcialmente	-	-	2	7,4	18	24,7	20	11,9
	Não	-	-	3	11,1	30	41,1	33	19,7
	Todas as etapas	8	100	18	66,7	42	57,5	68	40,7
	Nenhuma etapa	-	-	-	-	6	8,2	8	4,7
	Alguma etapa	8	100	27	100	67	50,7	102	61,0
	Não responderam	-	-	-	-	59	49,7	59	35,0
Total		8	100	27	100	132	100	167	100

Das demais maternidades que não se configuram como referência nacional ou estadual, 73 unidades de saúde responderam aos questionários. Deste total, 8,2% não possui nenhuma etapa implantada e ainda 9,5%, 30,1% e 41,1% não possui a primeira, segunda e terceira implantadas respectivamente.

O período de 2009 a 2013 foi marcado pela descentralização das ações de capacitação no MC. Os Cursos de Capacitações de Tutores realizadas em 2009 pelos cinco CNR, para os profissionais das MER, foram decisivos para esse processo que culminou com um total de 1.227 profissionais capacitados até setembro de 2013 nos 27 estados, contribuindo para que mais da metade destas maternidades implantassem as três etapas do MC.

Nesta perspectiva, pode-se afirmar que o Projeto de Fortalecimento e Disseminação do MC impulsionou essa expansão. Embora este percentual represente pouco mais de metade das maternidades (66,7%), pode-

-se interpretá-lo como um dado positivo considerando-se a dificuldade de implantação de mudanças dentro dos serviços de saúde tradicionais.

Entretanto, ainda persistem lacunas, uma vez que os resultados indicam que, das práticas preconizadas pelo MC, algumas ainda não são realizadas por todas as unidades estudadas, a exemplo da visita dos irmãos na unidade neonatal, do uso da posição canguru na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e da ausência de busca ativa quando os bebês não retornam na terceira etapa (tabela 2).

Tabela 2: Cuidados, práticas e infraestrutura em maternidades públicas brasileiras. Brasil, 2013.

	CNR		MER		OUTRAS	
	n	%	n	%	n	%
Cuidados e Práticas: Mãe, Pai e Família						
Permanência da mãe na UTIN	8	100	26	96,3	58	79,4
Permanência da mãe na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN)	8	100	25	92,6	68	93,1
Presença o pai na UTIN	8	100	24	88,9	53	72,6
Presença o pai na UCIN	8	100	23	85,1	54	73,9
Pai e mãe ao mesmo tempo	8	100	25	92,6	67	91,8
Entrada de irmãos	7	87,5	21	77,8	59	80,8
Entrada de avós	8	100	26	96,3	69	94,5
Rotina Posição Canguru na UTIN	8	100	18	66,7	55	75,3
Cuidados: Bebê						
Controle da dor						
Posição Canguru	8	100	22	81,5	55	75,3
Aleitamento materno	8	100	22	81,5	62	84,9
Glicose oral	8	100	23	85,2	62	84,9
Sucção não nutritiva	8	100	25	92,6	65	89,0
Drogas analgésicas	7	87,5	21	77,8	59	80,8
Outras (não)	8	100	8	29,6	16	21,9
Ninhos e rolinhos para posturação	8	100	26	96,3	72	98,6
Nutrição nas primeiras 6h de vida	8	100	22	81,5	63	86,3
Leite materno in natura	8	100	26	96,3	67	91,8

	CNR		MER		OUTRAS	
Cuidados e práticas após alta hospitalar						
Agenda aberta	8	100	24	88,9	47	64,4
Controle de faltas/consultas de retorno	8	100	17	62,9	37	50,7
Busca ativa	8	100	16	59,3	37	50,7
Reinternação do bebê assegurada	8	100	23	85,2	62	84,9
Bebê acompanhado até atingir 2.500g	8	100	24	88,9	50	68,5
Serviço de referência para encaminhar	8	100	24	88,9	56	76,7
Não responderam	-	-	-	-	59	44,7
Infraestrutura, RH e ambiente						
Banco de Leite	7	87,5	22	81,5	39	53,4
Sala de coleta	7	87,5	22	81,5	41	56,2
Leite do banco de outra unidade	3	37,5	5	18,5	22	30,1
Equipe multi. (≥2 profissionais)	4	50	19	70,4	63	86,3
Total	8	100	27	100	132	100

Na tabela 3 são apresentadas as dificuldades encontradas pelos profissionais no que se refere à implantação das três etapas do MC nas 108 maternidades respondentes. Entre as dificuldades mais encontradas para implantação da primeira etapa estão: a ineficiência da gestão do serviço de saúde, dificuldades no processo de trabalho da equipe, recursos socioeconômicos insuficientes dos pais, recursos humanos inadequados ou insuficientes e ausência de apoio ou reconhecimento por parte do gestor.

Tabela 3 – Dificuldades para implantação das três etapas do MC em maternidades públicas brasileiras. Brasil, 2013.

	Etapa I		Etapa II		Etapa III	
	n	%	n	%	n	%
Equipe						
Ineficiência da gestão do serviço de saúde	65	32	51	50	42	39
Dificuldades no processo de trabalho da equipe	50	25	27	27	54	50
Resistência da equipe	48	24	23	23	8	7
Insuficientes capacitação e educação permanente	38	19	-	-	5	5
Total	201	100	101	100	109	100
Pai e mãe						
Ineficiência da gestão do serviço de saúde	13	7	13	10	24	18
Funcionamento inadequado da Rede de Atenção à Saúde (RAS)	9	5	-	-	20	15
Rede de apoio social insuficiente	11	6	4	3	7	5
Resistência dos pais	22	12	15	12	37	28
Influência de fatores psicossociais	35	19	30	24	4	3
Influência de fatores socioeconômicos	52	29	35	28	36	27
Dificuldades no processo de trabalho da equipe	40	22	27	22	6	4
Total	182	100	124	100	134	100
Família						
Ineficiência da gestão do serviço de saúde	9	9	8	9	2	3
Funcionamento inadequado da RAS	-	-	-	-	1	1
Rede de apoio social insuficiente	25	26	10	11	-	-
Resistência da família	-	-	18	20	29	43
Influência dos fatores psicossociais	22	23	-	-	7	10
Influência dos fatores socioeconômicos	2	2	41	46	29	43
Dificuldades no processo de trabalho da equipe	37	39	13	14	-	-
Total	95	100	90	100	68	100
Infraestrutura						

	Etapa I		Etapa II		Etapa III	
	n	%	n	%	n	%
Ineficiência da gestão do serviço de saúde	12	6	5	3	8	7
Recursos humanos inadequados/ insuficientes	75	39	41	28	49	45
Estrutura física inadequada/ insuficiente	61	32	75	50	43	39
Insumos, equipamentos e mobiliários inadequados/ insuficientes	45	23	28	19	9	8
Total	193	100	149	100	109	100
Gestores						
Dificuldades no processo de trabalho do gestor	20	20	14	24	15	28
Ausência de apoio/reconhecimento	52	51	21	36	23	43
Ausência de governabilidade	29	29	23	40	16	30
Total	101	100	58	100	54	100
Não responderam	72	43	93	55	97	58
Total*	167	100	167	100	167	100

* Foi respondido o total de 95 formulários para a Etapa I, 75 formulários para a Etapa II e 70 formulários para Etapa III. Cada categoria pode ter sido mencionada mais de uma vez para cada variável.

Quanto às dificuldades encontradas para implantação do MC, problemas no processo de trabalho da equipe, inadequação ou insuficiência dos recursos humanos e ausência de apoio ou reconhecimento por parte do gestor são os elementos mais citados.

A não implantação pode estar relacionada a dificuldades inerentes às mudanças no processo de trabalho desencadeadas pelo MC. Os estudos de Gontijo *et al.* (2012) e Charpak & Ruiz-Peláez (2006) chamam atenção para a resistência dos profissionais quanto a mudanças de práticas e adesão de novos conceitos e técnicas envolvidos na execução do MC. Isso pode também explicar a existência de algumas maternidades que ainda não implantaram nenhuma etapa no Método.

Deslandes (2004) ressalta que o “fator humano” é considerado, pela Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, ponto estratégico para a adesão dos profissionais. Afirmar ainda que há um consenso

na conjugação do binômio “tecnologia” e “fator humano e de relacionamento” e embora se afirme que ambos os itens constituem a qualidade do sistema, o “fator humano” é o mais importante.

Merhy (2002) também afirma que no processo de trabalho há uma situação dupla: a presença de saberes, tanto tecnológicos quanto organizacionais, somados a uma máquina desejante que opera, mas podendo ser capturada pelo trabalho morto e pelo modo de produção.

Logo, não se pode desconsiderar que para que haja a incorporação de mudanças de práticas, pode também existir a geração de incompatibilidades entre profissionais com maior resistência e que trabalham com o que há de “objetivo” (tecnologias) e aqueles que trabalham com o “subjetivo” (relacionamentos) como a escuta e a negociação das regras comportamentais e organizacionais (DESLANDES, 2004).

Observa-se com isso que, mesmo existindo grande incorporação das vantagens do MC no discurso dos profissionais quando estes listaram os pontos fortes para implantação do Método, existem também profissionais que resistem à adesão da proposta, que o criticam e não o querem implantado, efetivamente, no serviço (GONTIJO *et al.*, 2010; 14. CHARPAK, RUIZ-PELÁEZ, 2006; COLAMEO, REA, 2006; COLAMEO, 2003).

Isto pode estar relacionado à força instituinte que propicia mudanças ou incremento de tecnologias, como é o caso da implantação do MC e que se confronta com a dificuldade de aceitação do “novo”. Essas dificuldades muitas vezes se sustentam em antigas posturas instituídas no trabalho, supostamente “embasadas cientificamente” e que mantém o profissional em sua área de conforto (GONTINJO *et al.*, 2012).

A resistência da equipe ao MC se deu mais entre as categorias profissionais de médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, conforme já demonstrado em outros estudos (COLAMEO, 2003; NEVES, ORLANDI, SEKINE, SKALINSKI, 2006), possivelmente porque este modifica o modelo convencional. No que se refere especificamente à categoria de enfermeiro, isto pode estar ligado ao fato de que atitudes, comportamentos e condutas no espaço da UTI podem ser considerados extremamente mecanizados (VILA; ROSSI, 2002).

Outro ponto a destacar é que a adesão dos profissionais às mudanças na produção do cuidado pode estar para além da capacidade técnica

do profissional, pois sair de uma prática hegemônica para um discurso sobre a necessidade de implementação de um cuidado humanizado parece significar alterar um processo de trabalho, que, com todas as dificuldades existentes, funciona de um modo ao qual os profissionais estão habituados (VILA; ROSSI, 2002).

Sugere-se com isso que os modos de operar em saúde de outras categorias profissionais, com a constituição da equipe multiprofissional, também contribuem para a abertura às práticas humanizadas como a implantação do MC.

A grande necessidade de incorporação de novos profissionais e de capacitar a equipe de saúde para aplicar o MC deve ser somada a um espaço que fale para a equipe, que permita reflexões sobre os benefícios e implicações que esta mudança poderá acarretar (COSTA; MONTICELLI, 2006). Assim, apesar da capacitação para o MC ser de extrema importância e não ser a única ação do PFD é importante ressaltar que, de modo isolado, ela não consegue mudar a cultura de assistência (DESLANDES, 2004).

Observa-se que algumas das MER e das maternidades não consideradas de referência apresentaram implantação parcial da primeira etapa do MC e algumas destas últimas também apresentaram não implantação desta etapa, o que pode sugerir dificuldades quanto às mudanças nas práticas de saúde já instituídas quanto ao processo de trabalho da equipe e quanto à inclusão da equipe multiprofissional.

Neste estudo, a resistência dos profissionais identificada na primeira etapa do MC sugere o grau de dificuldade que pode ser encontrado quando se propõem mudanças em um espaço, como o da UTIN, onde o risco permanente pode acabar por gerar atitudes conservadoras (JUNQUEIRA *et al.*, 2006). Além disso, a existência de recém-nascidos com maior instabilidade clínica, uma vez que a etapa se desenvolve dentro da UTIN, dificulta a utilização da posição canguru.

Nesta perspectiva, incluem-se desde atitudes dos profissionais relacionadas ao acolhimento às mães/famílias dos pré-termos que entram na unidade e optam pelo desenvolvimento do MC, até a explícita verbalização de dificuldades no sentido de envolver os pais no dia a dia da unidade (COSTA; MONTICELLI, 2006).

No que se refere à segunda etapa, a dificuldade quanto à implantação pode estar relacionada à necessidade de adequação da infraestrutura, além da dificuldade da equipe em aceitar mudanças de práticas e incorporação de novas tecnologias consideradas leves, entre as quais a permanência da mãe na unidade neonatal, que é considerada um fator de sucesso para a implantação do Método.

Para a incorporação desta tecnologia é necessária, além das mudanças que envolvem as relações e as normas e rotinas da unidade, a adequação do espaço físico. Recomenda-se que sejam criados espaços acolhedores para a permanência da mãe, de acordo com as possibilidades de cada unidade e o espaço do qual dispõe (BRASIL, 2011d).

Quanto à terceira etapa, a dificuldade pode ser a falta de sistematização do acompanhamento após a alta hospitalar. Isto foi assinalado por Gontijo *et al.* (2010), ao identificar a baixa incorporação da terceira etapa em maternidades capacitadas para o MC no Brasil no período de 2000 a 2003, e por Charpak & Ruiz-Peláez (2006), em um estudo envolvendo maternidades que utilizam o MC em 15 países em desenvolvimento.

Possivelmente, altos percentuais de não implantação dessa etapa podem estar relacionados à dificuldade de contar com recursos humanos adequados. Além disso, detectou-se uma percepção distorcida, por parte de muitos profissionais, de que seria necessário possuir um local exclusivo para sua realização, dificultando a implantação desta etapa em espaço já existentes na instituição.

Contudo, o MS revela que esta etapa do MC pode ser realizada em qualquer local da unidade onde haja um mínimo de condições para o atendimento. Desta forma, o local de acompanhamento pode ser o ambulatório de seguimento ou uma sala de apoio, com a garantia a três questões básicas: garantia de retorno, agenda aberta para as intercorrências e leito para reinternação, se necessária (BRASIL, 2011d).

No presente estudo, observa-se a não implantação de nenhuma etapa em 8,2% das maternidades não consideradas de referência. Ao comparar este dado ao estudo de Gontijo *et al.* (2010), pode-se afirmar que este percentual diminuiu, já que ele era de 14,2% no referido estudo. Isto pode ser indicado como resultado advindo do PFD que data de um período posterior à pesquisa indicada.

Quando comparados os dados das etapas implantadas pelas maternidades com a realização dos cuidados, observa-se que há a necessidade da adesão a alguns cuidados preconizados pelas Normas de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (NAHRNBP) (BRASIL, 2007) como o estímulo à posição canguru na UTIN e de algumas práticas como o controle de faltas na consulta de retorno e a realização de busca ativa de faltosos. A ausência da equipe multiprofissional completa também foi identificada em muitas maternidades. Tal fato pode ser comprovado a partir das dificuldades enumeradas no Formulário IV que indicam ainda a necessidade de mudança quanto ao processo de trabalho da equipe e incorporação de práticas multiprofissionais.

Embora a realização da posição canguru na UTIN não seja o único indicador de implantação do MC, observa-se que nem todas as maternidades possuem profissionais que estimulam a realização dessa prática como rotina na UTIN, assim como as práticas de controle de faltas da criança e busca ativa dos faltosos.

Pode-se sugerir com isso que, apesar do conhecimento teórico sobre a atenção humanizada estar se difundido entre os profissionais, ele não foi incorporado plenamente na prática assistencial, mostrando a existência de lacunas entre conhecer e aplicar as mudanças propostas pelo MC (GONTIJO et al. 2012; CHARPAK, RUIZ-PELÁEZ, 2006).

Contudo, observou-se, após avaliação dos dados coletados, que o adequado processo de trabalho da equipe, a sensibilização dos profissionais ao MC, a adesão dos pais e da família, e o apoio e reconhecimento por parte do gestor adesão dos pais e o apoio e reconhecimento por parte do gestor foram identificados como pontos fortes para implantação (tabela 4).

Tabela 4 – Pontos fortes para implantação das três etapas do MC em maternidades públicas brasileiras. Brasil, 2013.

	Etapa I		Etapa II		Etapa III	
	n	%	n	%	n	%
Equipe						
Eficiência da Gestão do Serviço de Saúde	21	12	14	12	11	11
Processo de Trabalho adequado	79	45	49	42	56	54
Sensibilização da equipe	61	35	48	41	36	35
Adequada capacitação e Educação Permanente	15	9	6	5	-	-
Total	176	100	117	100	103	100
Pai e mãe						
Eficiência da Gestão do Serviço de Saúde	9	6	2	2	-	-
Funcionamento adequado da RAS	3	2	1	1	-	-
Adesão dos pais	96	64	75	68	68	71
Processo de trabalho da equipe adequado	43	28	33	30	28	29
Total	151	100	111	100	96	100
Família						
Eficiência da Gestão do Serviço de Saúde	1	1	3	3	-	-
Funcionamento adequado da RAS	1	1	3	3	1	2
Rede de Apoio Social adequada	32	24	27	31	-	-
Adesão da família	25	19	28	33	50	76
Processo de trabalho da equipe adequado	74	56	25	29	15	23
Total	133	100	86	100	66	100
Infraestrutura						
Eficiência da Gestão do Serviço em Saúde	5	4	11	10	31	36
Recursos Humanos suficientes	59	49	44	42	56	64
Estrutura Física adequada/suficiente	43	36	39	37	-	-
Insumos, equipamentos e mobiliários adequados/suficientes	14	12	12	11	-	-
Total	121	100	106	100	87	100
Gestores						
Processo de Trabalho do gestor adequado	6	7	5	6	5	7
Apoio/ Reconhecimento do gestor	80	89	75	86	68	91
Governabilidade	4	4	7	8	2	3
Total	90	100	87	100	75	100
Não responderam	72	43	93	55	97	58
Total*	167	100	167	100	167	100

*Foi respondido o total de 95 formulários para a EI, 75 formulários para a EII e 70 formulários para EIII. Cada categoria pode ter sido mencionada mais de uma vez para cada variável.

O sucesso na implantação do MC nos CNR e nas MER é demonstrado pelo percentual de implantação das três etapas e também se confirma com a realização de alguns cuidados, práticas humanizadas e rotinas propostas pelas NAHRNBP (BRASIL, 2007) por grande parte dos profissionais destas maternidades, o que corrobora os estudos de Gontijo *et al.* (2010) e Henning, Gomes e Gianini (2006).

Entre estas práticas estão a permanência da mãe e do pai separadamente na UTIN e na UCIN, permanência da mãe e pai simultaneamente e as técnicas posturais. Já os cuidados relacionados às estratégias para controle da dor e desconforto foram encontrados em percentuais maiores quando comparados ao estudo de Gontijo *et al.*, 2010. (tabela 4)

É possível que a presença prévia de alguns setores já estruturados na maternidade possa contribuir para a implantação do MC. Verifica-se, por exemplo, que grande parte dos CNR e das MER dispõe de banco de leite e sala de coleta, mas o mesmo não se aplica às outras maternidades. A disponibilidade de posto de coleta/banco de leite humano pode interferir diretamente no início e na continuidade do aleitamento materno, o que potencialmente facilitaria a implantação do MC (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004; BRASIL, 2011a; GONTIJO *et al.*, 2010; SANCHES *et al.*, 2011; ALMEIDA *et al.*, 2010).

No que concerne às dificuldades encontradas para implantação das três etapas do MC, a *ineficiência da gestão do serviço de saúde* foi apontada por parte da equipe como fator dificultador para implantação do MC. Isto se refere desde a disponibilização da infraestrutura necessária para a implantação do MC por parte dos gestores até o desenvolvimento do processo de trabalho deste gestor. Este achado também está presente no discurso dos profissionais entrevistados por Gontijo *et al.* (2012).

Outro fator dificultador mencionado pela equipe foram as *dificuldades no processo de trabalho*. Estas representaram um alto percentual das respostas. Isso pode estar relacionado à dificuldade de incorporação de ações que diferem daquelas já existentes na unidade neonatal, a exemplo na terceira etapa onde são preconizadas consultas rotineiras por profissional da equipe e estratégias de manutenção da adesão como agenda aberta, busca ativa de pacientes e agendamento de retorno (BRASIL, 2011a).

O *inadequado processo de trabalho da equipe, relacionado aos pais e à família*, na implantação da primeira etapa também foi indicado como dificuldade. Esta se refere principalmente à permanência dos pais na UTIN, que muitas vezes não atende o estabelecido pela NAHRNBP (BRASIL, 2007) que preconiza a sua livre permanência.

Verificou-se que, em muitos casos, a presença dos pais torna-se constrangedora para a equipe no sentido da mesma se sentir observada e de interferir em rotinas diárias já instituídas. Isso indica que a organização do trabalho e a postura individual de muitos profissionais não preveem a presença dos pais no cotidiano da unidade neonatal, reservando-lhes ainda um papel de visita. Há ainda situações em que o acesso dos pais às unidades é permitido, mas com horários pré-estabelecidos (JUNQUEIRA *et al.*, 2007; HENNIG *et al.*, 2006).

A dificuldade acima está relacionada à dimensão profissional que preconiza o encontro trabalhador-usuário pautado na postura ética, competência e na capacidade de criação de vínculo profissional-paciente (FRACOLLI; ZOBOLI, 2007). Além disso, também se refere à inadequação da rotina dos serviços aos procedimentos propostos pela NAHRNBP (BRASIL, 2007) referente ao cuidado humanizado, entendido aqui como uma relação atenta à inclusão da subjetividade do usuário, aliado ao atendimento das necessidades amplas de saúde (JUNQUEIRA *et al.*, 2007).

Assim, o processo de trabalho pode se tornar comprometido quando o profissional não consegue aplicar além das técnicas e estratégias padronizadas pela NAHRNBP (BRASIL, 2007), as habilidades para o trabalho com os pais como: oferecer confiança, escuta e apoio (BRASIL, 2011a).

Na implantação das etapas do MC, as *condições socioeconômicas desfavoráveis dos pais* e as *condições socioeconômicas desfavoráveis das famílias* foram apontadas pelos profissionais como fatores dificultadores. Para o presente estudo as maiores dificuldades apontadas pelos profissionais com relação à condição socioeconômica estão relacionadas ao acesso destes pais e família ao serviço de saúde, já que muitos são oriundos de outros municípios. Também pode estar relacionado ao baixo grau de instrução dos pais o que pode comprometer a compreensão das informações fornecidas pelos profissionais quanto às normas e rotinas do hospital e cuidados com o bebê.

Estudos regionais realizados no Brasil (VÉRAS, TRAVERSO-YÉPEZ, 2011; CHAGAS *et al.*, 2011) e outros realizados em outros países (BERGH *et al.*, 2013; BLENCOWE, KERAC, MOLYNEUX, 2009) evidenciam a condição socioeconômica das mães como obstáculo à adesão ao MC. Nestes estudos são consideradas como as principais dificuldades das famílias, as barreiras de acesso aos cuidados de saúde, a baixa renda, a origem de áreas rurais, o baixo nível de alfabetização, pouco ou nenhum apoio social e problemas de transporte.

A esta realidade se soma também o *funcionamento inadequado da Rede de Atenção à Saúde*, apontado como obstáculo para a implantação do Método. Neste estudo foi possível identificar tanto as dificuldades relacionadas aos pontos de atenção, diagnóstico e terapêutico que compõem a RAS, principalmente relacionados aos serviços de suporte após a alta hospitalar, quanto componentes do sistema logístico como é o caso do acesso ao serviço de saúde por pais e familiares (ALMEIDA *et al.*, 2010), já que o acesso não depende apenas da condição socioeconômica do usuário, mas também de como a RAS e o sistema de referência e contra referência estejam organizados para recebê-lo (BRASIL, 2011a; GONTIJO *et al.*, 2010; CHARPAK; RUIZ-PELÁEZ, 2006).

A *resistência dos pais e da família* também foi apresentada como dificuldade para implantação do MC. A resistência dos pais está, entre outros fatores, relacionada à permanência da mãe na unidade de saúde que é dificultada pela existência de outros filhos pequenos, falta de ajuda no domicílio, relacionamento instável, dificuldade do pai em realizar o MC e dificuldade da equipe em relação ao manejo da realidade de cada família (VÉRAS, TRAVERSO-YÉPEZ, 2011; CHAGAS *et al.*, 2011).

Além disso, crenças e práticas culturais já existentes podem contribuir para a não implantação do MC, embora a maioria das mães compreenda os benefícios da MC (BERG *et al.*, 2013). Estes fatores culturais estão presentes também nas dificuldades relacionadas aos pais.

Outros fatores indicados como dificuldades para a implantação do MC foram a *ausência de apoio e de reconhecimento por parte do gestor* e a *não governabilidade por parte do gestor*.

Este achado corrobora outro estudo (HENNIG *et al.*, 2006), que avalia a implantação do MC no Brasil no qual são assinaladas as dificuldades em obter

o apoio da direção das instituições para efetivar as mudanças na organização e na estrutura física dos hospitais, necessárias à implantação do Método.

A ausência de apoio do gestor é considerada como um empecilho no processo de implantação do MC (GONTIJO, XAVIER, FREITAS, 2012; HENNIG *et al.*, 2006), pois, em geral, gestores atribuem pouca importância aos profissionais necessários à implantação e às práticas que caracterizam o cuidado humanizado (DESLANDES, 2005).

Quanto às dificuldades relacionadas à infraestrutura e aos recursos humanos, à *quantidade inadequada de recursos humanos* e a *estrutura física inadequada ou insuficiente* foram assinaladas como pontos que impedem ou dificultam a implantação do MC.

Entre as dificuldades da estrutura física estão a disponibilização de espaço físico adequado para a permanência dos pais e a interligação entre os setores do serviço de saúde (GONTIJO *et al.*, 2010; COLAMEO, REA, 2006; HENNIG *et al.*, 2006; BERGH *et al.*, 2013). Além destes, a falta de recursos tecnológicos, quando estes são necessários, pode ser um fator de estresse e conflito entre profissionais e usuários, igualmente desumanizando o cuidado (DESLANDES, 2004).

No que se refere aos pontos fortes para implantação da primeira etapa do MC, foi apresentado como fator facilitador relacionado à equipe e relacionado à família, a *adequação do processo de trabalho da equipe aos cuidados preconizados pelo MC*. Isto é corroborado pela PNAHRNBP, que propõe aprimorar a atenção perinatal e promover uma mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização e também ao proposto pelas capacitações que é a promoção do cuidado e o rompimento da assistência fragmentada, tecnicista e pontual do atendimento neonatal (BRASIL, 2011a; COSTA, MONTICELLI, 2006).

Neste estudo foi possível observar que profissionais julgam o MC como uma tecnologia humanizadora e instituem esta tecnologia com a incorporação de conceitos e técnicas de humanização nas maternidades, vivenciados a partir da formação e da própria implantação. Isto foi encontrado no discurso de alguns profissionais que, ao narrar experiências exitosas e as vantagens do MC, o reafirmam como proposta viável de assistência neonatal (GONTIJO, XAVIER, FREITAS, 2012; VÉRAS, TRAVERSO-YÉPEZ, 2011; SERRANO, 2012).

Ainda em relação à equipe profissional, a *sensibilização dos profissionais para a aplicação do MC* também surgiu como elemento facilitador para a implantação. Ela foi considerada um elemento contributivo no desenvolvimento da assistência neonatal, já que uma das maiores contribuições da proposta de implantação do MC nas unidades neonatais, do ponto de vista da capacitação para o cuidado, é a de romper com a visão tecnicista e promover práticas de humanização pautadas no princípio de cidadania da família (BRASIL, 2011a; COSTA, MONTICELLI, 2006).

Veras e Traverso-Yépez (2011) ressaltam ainda o papel do profissional na definição do tipo de relação estabelecida com o usuário dos serviços de saúde. O caráter humanizado e horizontal dessa relação tem um importante papel na melhoria da assistência ao bebê e à família.

A *adesão dos pais ao MC e adesão da família à primeira etapa* foram indicados como fatores facilitadores para a implantação do Método. Isso pode ser explicado pela percepção de um maior empoderamento dos familiares no que concerne à competência e confiança no manuseio do bebê o que facilita a realização dos cuidados preconizados pelo MC (BRASIL, 2011a; CHAGAS *et al.*, 2011; TOMA, VENÂNCIO, ANDRETTO, 2007; DITZ, MOTA, SENA, 2008). Além disso, os profissionais apontam para a importância do contato precoce e do conforto emocional por parte das mães como um dos aspectos primordiais desse tipo de intervenção (COSTA; MONTICELLI, 2006).

A presença de *rede de apoio social adequada* foi elencada como o principal elemento para a implantação da terceira etapa. A presença de uma rede de apoio social possibilita aos pais acompanharem o bebê durante a internação e após a alta hospitalar. O apoio social possibilita a ajuda mútua, a minimização dos fatores de estresse como a realização de tarefas domésticas e de cuidados dos filhos que permaneceram em domicílio (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

A *quantidade adequada de recursos humanos* foi considerada como ponto forte para a implantação do MC. Isto pode estar relacionado à possibilidade de composição da equipe multiprofissional que permite o estabelecimento de uma rotina pautada na assistência individual, humanizada e integral, somado à possibilidade de mais tempo dedicado a cada bebê e à família por parte de cada profissional.

O apoio e o reconhecimento por parte dos gestores também foram considerados como facilitadores no processo de implantação das três etapas do MC, já que a sensibilização de gestores para MC é necessária para implantação de práticas mais humanizadas que necessitam de autorização da instituição tais como a permanência da mãe na unidade neonatal por tempo indeterminado e a disponibilização de maiores recursos que permitam melhorar a infraestrutura dos serviços (HENNIG et al., 2006).

Conclusão

O PFD, que inclui a definição estratégica das maternidades em CNR e MER, assim como as capacitações para o MC, possibilitaram o avanço na implantação do MC no Brasil. No entanto, este ainda não alcançou efetivamente a incorporação das práticas humanizadas de atenção à saúde em muitas maternidades, como seria o desejado, principalmente naquelas que não são consideradas referência para o MC.

A adesão dos pais e da família, assim como o processo de trabalho da equipe e o apoio por parte dos gestores demonstram o eixo principal para a articulação de uma mudança na assistência neonatal, que subjaz uma transformação na cultura institucional, principalmente por parte destes gestores e profissionais.

A proposta de capacitação demonstrou ser um forte componente de incentivo à implantação do MC, mas ainda existem questões que interferem nesta implantação que são da ordem do investimento profissional, o que leva a concluir que outros mecanismos devem ser adicionados a este processo como a criação de uma metodologia de trabalho crítica e participativa que possa pensar a prática a partir do sujeito do trabalho.

Por fim, são necessários novos estudos de avaliação da implantação do MC que demonstrem de forma comparativa o processo de implantação do MC e as dificuldades enfrentadas sob o discurso de cada sujeito envolvido, assim como fazem-se necessários mais estudos que possam atingir um maior aprofundamento no que se refere às causas para a não implantação do MC.

Referências

ALMEIDA, H. et al. Impacto do Método Canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.86, n.3, p. 250-253, 2010.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 7, n.4, p. 925-934, 2002.

BERGH, A.M., et al. Progress with the implementation of Kangaroo Mother Care in four regions in Ghana. **Ghana Medical Journal.**, v.47, n.2, p. 7-63, 2013.

BLENCOWE, H.; KERAC, M.; MOLYNEUX, E. Safety, effectiveness and barriers to follow-up using an 'early discharge' kangaroo care policy in a resource poor setting. **J Trop Pediatr.**, v. 55, n.4, p.244-248, 2009.

CHARPAK, N.; RUIZ-PELÁEZ, J. G. Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. **Acta Pediatr.**, v. 95, p.529-34, 2006.

COLAMEO, A.J.; REA, M.F. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.3, p.597-607, 2006.

COLAMEO, A.J. O Método Mãe Canguru como proposta de humanização das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais. **BIS. Bol. Inst. Saúde**, v.30, p.22-3, 2003.

COSTA, R.; MONTICELLI, M. O Método Mãe Canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n.4, p.578-82, 2006.

CHAGAS, D.O., et al. Comparação da adesão materna as orientações do Método Mãe Canguru no pré e pós-alta hospitalar do Hospital Sofia Feldman. **Rev. Med. Minas Gerais**. v. 21, n.1, p.5-8, 2011.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, v. 9, n.1, p.7-14, 2004.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, v. 10, n.3, p.615-626, 2005.

DITZ, E. S.; MOTA, J. A. C.; SENA, R. R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.8, n.1, p.75-81, 2008

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. P. C. Desafios presentes na qualificação do cuidado em saúde e humanização. In: IBANEZ, N.; ELIAS, P.E.M.; SEIXAS, H.D., (Org.) **Política de gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. v.1, p.762-780.

GONTIJO, T. L., et al. Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns: the Kangaroo Method. **J. Pediatr.**, v.86, n.1, p.33-39, 2010.

GONTIJO, T.L.; XAVIER, C.C.; FREITAS, M.I.F. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n.5, p.935-944, 2012.

HENNING, M.A.S.; GOMES, M.A.S.M.; GIANINI, N.O.M. Conhecimento e práticas dos profissionais de saúde sobre a “atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru”. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.6, n.4, p.427-435, 2006.

JUNQUEIRA, M.F.P.S., et al. Os desafios da Humanização em UTI Neonatal Cirúrgica. In: DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

LAMY FILHO, F., et al. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. **J. Pediatrics**, Rio de Janeiro, v. 84, n.5, p.428-435, 2008.

LAMY, Z.C., et al. Construção do papel materno a partir da vivência de internação em UTI Neonatal em dois modelos assistenciais. **Rev. Pesq. Saúde**, v. 12, n.1, p. 14-21, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS Nº 1.693 de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma de anexo, a Norma de atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso – Método Canguru. **Diário Oficial da União**, 13 jul 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual do curso**. 2. ed. Brasília, DF; 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília, DF; 2011b.

NEVES, F.A.M.N., et al. Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n.3, p.349-53, 2006.

SANCHES, M.T.C., et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio Janeiro, v. 27, n.5, p.953-965, 2011c

SERRANO, M. X. M. **Satisfação do profissional de saúde da equipe de multidisciplinar envolvido no Método Canguru**. 2012. Dissertação-Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

TOMA, T.S.; VENÂNCIO, S.I.; ANDRETTO, D.A Percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após implantação do Método Mãe Canguru em hospital público da cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 7, n.3, p. 297-307, 2007.

VENÂNCIO, S.I.; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, p.S173-80, 2004.

VERAS, R.M.; TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. O cotidiano institucional do Método Mãe Canguru na perspectiva dos profissionais de saúde. **Psicol. Soc.**, v. 23, n. esp., p.90-98, 2011.

VILA, V.S.C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino-am. Enferm.** v. 10, n.2, p.137-44, 2002.

Cuidado compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica

Zeni Carvalho Lamy¹

Mae Silva²

Denise Streit Morsch³

Introdução

O trabalho que vem sendo desenvolvido, a partir da perspectiva do Método Canguru (MC), tem nos permitido avaliar que, para além dos cuidados dispensados ao bebê e à sua família, durante a internação, é também fundamental a preocupação com os cuidados após a alta hospitalar. Isto porque questões como o ganho de peso, controle de temperatura, aleitamento materno, participação nas consultas de acompanhamento, cuidado com as vacinas, além das possíveis intercorrências clínicas, ou agravos no desenvolvimento, continuam sendo motivos que exigem atenção constante e cuidadosa.

A equipe hospitalar, sozinha, não possui capacidade ou mesmo expertise, para oferecer a esta criança e à sua família, o que ela necessita,

¹ Zeni Carvalho Lamy (zenilamy@gmail.com) é neonatologista, doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Osvaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ), professora adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), consultora nacional da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (CGSCAM/MS) e coordenadora do Projeto de Fortalecimento do Método Canguru (MC) em Maternidades Públicas Brasileiras.

² Mae Silva (maesoares@yahoo.com.br) é psicóloga, mestre em Saúde Coletiva pela UFMA, especialista em Psicologia Clínica e docente do curso de Psicologia do Centro Universitário do Maranhão (CEUMA).

³ Denise Streit Morsch (denisemorsch@yahoo.com.br) é psicóloga, doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo IFF/FIOCRUZ e consultora nacional do MC para o Ministério da Saúde.

neste novo momento. Da atenção domiciliar aos cuidados ambulatoriais, estas crianças solicitam mais do que o grupo hospitalar pode oferecer. Seu espaço de intervenção possui limites claros e precisos e não consegue abarcar um trabalho fundamental que é contemplado por outros pontos das redes de serviços de saúde compostas por profissionais capacitados e próximos destas famílias e destes bebês, nas diferentes comunidades.

Um grande desafio para as equipes hospitalares que necessitaram admitir que seus passos percorrem com facilidade e agilidade os corredores e unidades dos hospitais, mas que os caminhos que levam ao domicílio destes bebês e de suas famílias, as referências de como encontrar cada rua, cada viela, não fazem parte de seu dia a dia, em sua rotina de trabalho. Novas dúvidas, novas necessidades e novas conquistas que serão essenciais para a continuidade do cuidado. Assim, a busca de parceria passou a ser fundamental.

Vieira e Mello (2009) descrevem que o acompanhamento do recém-nascido de baixo peso após a alta hospitalar ainda se encontra limitado, no que se refere ao conhecimento da evolução dessas crianças, às intervenções voltadas às suas peculiaridades e de sua família, percebendo-se uma falha na atenção interdisciplinar após a alta hospitalar.

Claramente as situações especiais no período pós-alta fazem os olhares de todos se dirigirem para os Ambulatórios de Seguimento que, através de sua observação criteriosa, diagnósticos rápidos e, intervenção sempre foram prioridade para a pediatria do desenvolvimento.

No entanto, esses serviços, com suas agendas cheias, também apresentam limitações para a realização de todas as tarefas necessárias para o acompanhamento de crianças egressas de Unidade Neonatal. Muitas crianças só chegam aos Ambulatórios de Seguimento semanas ou meses após sua alta hospitalar. Outras dificilmente irão frequentá-los, pois não entendem a necessidade de tantos especialistas, exames laboratoriais, exames de imagem, avaliações do desempenho e intervenções, ou moram distante e não possuem recursos para cumprir essa nova agenda.

Historicamente os recém-nascidos, que precisaram de internação neonatal, só tinham reconhecida sua necessidade de especialistas. Como fazer para que a criança e sua família pudessem se sentir cuidadas de forma contínua? Essa resposta estava perto dos domicílios, nas Unida-

des Básicas de Saúde (UBS), nos Agentes Comunitários de Saúde e nas equipes da Atenção Básica de Saúde (ABS) que podem ofertar o trabalho necessário para a manutenção do cuidado. Mas como realizar o encontro entre os especialistas e as equipes da ABS?

Para cuidar destas situações, avaliamos a premência de uma organização e comunicação entre equipes. A criança que nasce pré-termo ou com baixo peso, precisa, em sua trajetória, não somente da equipe de especialistas durante a internação e mesmo após a alta hospitalar, mas também do suporte e intervenção da equipe generalista da ABS. Esta complementaridade, passamos a entender, teria a força necessária para oferecer à criança e também à sua família um atendimento de suas necessidades iniciais, pautado na preocupação com a proteção de sua fisiologia e dos primórdios das relações afetivas, e continuaria através do olhar das equipes de seguimento capazes de perscrutar e investigar problemas de crescimento e desenvolvimento e, por fim, se complementaria através do olhar do generalista, acompanhando-a em seus diferentes movimentos, fora do espaço hospitalar, em sua comunidade.

Assim, o cuidado que pode ser ofertado pelas equipes da ABS às crianças, após a alta hospitalar, não pode ser dispensado. Esta equipe, conhecedora de seus hábitos, valores, história e cultura, pode oferecer um caminho que garanta a permanência de cuidados considerados essenciais para os quais, muitas vezes, apenas a orientação da equipe hospitalar antes da alta não são suficientes.

Esta parceria pode apoiar e facilitar a continuidade da posição canguru no domicílio, pode amparar e colaborar na preservação do aleitamento materno exclusivo, cuidar do controle das consultas aos especialistas e da realização de exames, além de orientar a vacinação. Todos os cuidados que com frequência apresentam risco de serem pouco valorizados pela família que se encontra cansada e desgastada após a hospitalização do bebê.

Com tais premissas, o Método Canguru que mesmo na terceira etapa, após a alta hospitalar, estava vinculado apenas à equipe hospitalar, foi estendido e passou a vislumbrar na ABS profissionais com um papel específico e uma atuação capacitada para receber e acompanhar, em parceria com a atenção especializada, este grupo de crianças em suas UBS, com as

equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo aí visitas domiciliares e apoio matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esta parceria pode se tornar um bom diferencial para uma melhor qualidade de vida e redução de morbimortalidade para estas crianças.

As primeiras preocupações

Apesar de sua grande importância, a construção desta parceria vinha acompanhada de dificuldades, especialmente em função das distintas percepções existentes entre as equipes. Alguns estudos apontam muitas ausências da ABS nos cuidados da população, assim como profissionais da ABS queixam-se da baixa preocupação dos profissionais de saúde que atuam em hospitais em informá-los ou integrá-los no cuidado de saúde da população.

Silva (2013) em estudo realizado com profissionais de Unidade Neonatal, da ABS e com famílias, buscando compreender o conhecimento dos cuidados prestados na terceira etapa do MC identificaram que é difícil para as famílias, especialmente nas primeiras semanas, após a alta hospitalar, buscar as UBS, ou demais serviços pertencentes à ABS. Isso acontece, tanto pela intensa ligação que fazem com a instituição hospitalar onde estiveram sendo cuidados, como pelo fato de que os profissionais da atenção hospitalar pouco conhecem sobre o trabalho da ABS e não o valorizam. Para completar, existe outro fator fundamental neste processo, os profissionais da ABS, muitas vezes, não se sentem preparados para atender a esses bebês. Com frequência ao receberem, nas UBS, estas crianças dizem que elas devem ser acompanhadas nos hospitais onde permaneceram internadas, com a equipe que já os conhecia e, portanto, estariam mais capacitados para tal.

Estes autores, dizem ainda, que os entrevistados reconheciam a potencialidade de ações articuladas entre os serviços, mas, na prática, não acionavam essa rede pela crença comum entre os profissionais do hospital e da ABS de que o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso é especial e de responsabilidade única dos serviços especializados da alta complexidade.

Para entender tal processo e todas suas exigências foram muitas as discussões internas e no próprio Ministério da Saúde (MS) em busca de possíveis estratégias. Para as equipes da ABS, a chegada deste bebê na comunidade, com seus pais preocupados e atentos, denotam o desconforto e a insegurança para atendê-los, bem como a este bebê, ainda pequeno. Os extensos resumos de alta encaminhados pelo hospital, com siglas de doenças, condutas sofisticadas em suas intervenções durante a hospitalização, os relatos maternos e paternos sobre este período, refletem, para eles, a imagem de uma criança que apenas especialistas podem acompanhá-la. Entender e atender o comportamento proativo destes pais, acostumados com esta forma de se conduzir, junto às equipes hospitalares, entender questões como idade cronológica e corrigida, pensar um bebê que pesa cerca de 2.000 gramas, mas já se encontra com um ou dois meses de vida, isto tudo não faz parte de seu treinamento e sua formação.

Observando tudo isto, a aproximação entre essas duas equipes parecia uma tarefa difícil e até mesmo improvável. A especificidade do funcionamento de cada tipo de atenção, com olhares muito diferentes em relação aos sujeitos a serem cuidados, parecia criar um alto muro sem possibilidade de visualizar o trabalho do outro como complementar ou com possibilidades de parcerias. A necessidade de serem criadas pontes de comunicação e compreensão das tarefas que poderiam ser executadas pela ABS, foi imensa e demandaram horas de leitura, de trabalhos e articulações internas na equipe do MC e desta junto às ABS.

Acresce-se a isto o fato de que o Método Canguru necessitava deste compartilhar num tempo fundamental – durante a Terceira Etapa, quando o bebê vai para casa após a alta hospitalar. A chegada deste momento tão valorizado, mas ao mesmo tempo caracterizado pela ambivalência, pode fazer retornar muitas inquietações. O bebê vai para casa, mas duas equipes o estarão acompanhando, a equipe hospitalar junto com a equipe da UBS mais próxima de sua casa. Tal cuidado se estende até a criança alcançar 2.500 gramas quando então sim, ocorre a alta do Método Canguru, e a equipe da unidade neonatal realmente se despede da família e da criança que deve continuar com a equipe da ABS e, agora, também com o acompanhamento dos especialistas do ambulatório de seguimento.

No sul do País, Aires (2015) investigou as percepções dos profissionais das equipes de saúde da ABS sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso egresso da unidade neonatal e da sua família, evidenciando que a participação dos profissionais da atenção básica no MC ainda é tímida e o cuidado com o bebê pré-termo e/ou de baixo peso é permeado de insegurança. Cita ainda que o processo de referência e contrarreferência do bebê pré-termo e/ou de baixo peso ocorre de maneira precária, sem o adequado registro de condutas e encaminhamentos realizados durante o atendimento à criança.

Associada à ideia de uma falta de capacitação específica, existe a crença de ausência de recursos no espaço de atendimento pelos profissionais das UBS. Objetivamente, o excesso de solicitações que permeiam as UBS e demais equipes da ABS no cuidado das diferentes famílias e suas histórias – um avô necessita de cuidados, pois apresenta um quadro de demência, uma sobrinha adolescente descobre-se grávida e o tio precisa de ajuda pelo uso de drogas – fazem pensar que inserir ainda esta criança em suas agendas, seria impossível, pois não existiriam recursos, tempo ou mesmo condições de assumirem esta população.

Buccini *et al.* (2011) em estudo realizado em São Paulo, constataram a insegurança da maioria dos profissionais em manejar o acompanhamento longitudinal das crianças que nasceram com baixo peso. Na busca por uma conduta mais responsável e resolutiva estas equipes disseram apoiar-se em instrumentos e parâmetros não oficiais como forma de tentar dar conta desta atribuição.

Diante de todas estas constatações – as necessidades das crianças e as dificuldades das equipes, sustentadas ainda pelos estudos até aqui citados, tornou-se imperiosa uma ação que fosse provocadora e efetiva. Como ponto central, escolhemos a informação pois concordamos que a falta de instrumentalização dos profissionais da ABS era um de seus maiores entraves no cuidado destas crianças.

Desta forma, foi iniciado o planejamento de capacitação específica voltada para tais profissionais, incluindo a elaboração de material teórico. Novos desafios se apresentaram em cada etapa. Reuniões, trocas de ideias e alterações de projetos trouxeram, aos poucos e de forma lenta, a possibilidade de um caminho a ser trilhado em comum a partir da terceira etapa do MC.

A partir deste planejamento, primeiro foram capacitados tutores indicados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e pelas gerências da Atenção Básica de cada estado do País. Estes tutores assumiriam o compromisso da disseminação em seus estados.

Os pressupostos básicos

Foi necessário estabelecermos pressupostos básicos relacionados à implantação destas novas ideias e consequentemente novas intervenções. É de grande importância sinalizar aspectos fundamentais deste compartilhamento:

- O início deve se dar no pré-natal com a identificação de risco na gestação;

- É imprescindível que as equipes dos diferentes hospitais planejem e articulem seu contato com as equipes da ABS, estabelecendo parcerias que possam cuidar desta população já na gestação, durante toda a internação e especialmente na Terceira Etapa Compartilhada;

- Ao atingir 2.500 gramas, as crianças recebem alta do Método Canguru e são encaminhadas para o Ambulatório de Seguimento;

- Os cuidados presentes na rede de atenção que configura a ABS não substituem ou assumem aqueles que são específicos de Ambulatórios de Seguimento. Eles colaboram apoiando a família e auxiliando no estímulo à sua participação.

- A partir da alta do Método Canguru, tornam-se necessárias novas parcerias entre as equipes da ABS e dos Ambulatórios de Seguimento que irão continuar oferecendo cuidados a cada uma destas crianças.

Para que o leitor possa acompanhar estas descobertas, apresentaremos pontos em comum que foram detectados a partir da ocorrência da maior proximidade destes campos de cuidado e atenção. Da alta complexidade durante sua estada na unidade neonatal, até chegarmos ao momento em que se reconhece a perspectiva de uma linha de cuidado para estes bebês e suas famílias na ABS, aliado ao compartilhamento que passou a existir com seus novos cuidadores, podendo então receber alta dos cuidados Canguru.

Pressupostos e tarefas na construção da terceira etapa compartilhada

No primeiro capítulo deste livro encontramos a história do MC no Brasil com a preocupação de modificar práticas hospitalares no cuidado com recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, buscando atender às questões clínicas destas crianças e envolvendo preocupação com a qualidade de sua vida futura. Assim, nestes últimos 15 anos, o Método Canguru estabeleceu paradigmas no cuidado daqueles recém-nascidos que no Brasil teimam em chegar ao mundo de forma antecipada ou de baixo peso. Foi possível construir um jeito brasileiro de pensar estas crianças e suas famílias, com o uso de conceitos do que se considera um cuidado humanizado, proposto pelo MS, e desejado por todos, seja família, seja equipe, seja sociedade.

Neste processo, foram fortalecidos a participação da família nos cuidados da criança e seu lugar especial de agente de transmissão transgeracional, a manutenção das redes afetivas no cuidado do bebê visando à sua saúde integral. As redes sociais mais amplas ou da comunidade foram entendidas como formadoras e estruturantes da inserção da criança em seu meio e pertencimento social, além de serem películas que envolvem e apoiam a célula familiar.

As diferentes histórias e realidades das famílias assistidas nas Unidades Neonatais trouxeram-nos o reconhecimento de sua importância no cuidado destas crianças, e com isto novos desafios foram se apresentando. Todos contribuíram para que fosse avaliada a importância de que as crianças continuassem a receber grande atenção após a sua alta, mas que o mesmo acontecesse com suas famílias. Experiências de continuidade e de permanência passaram a ser avaliadas como indicadas no momento da terceira etapa do MC, considerado de transição para toda a família.

No período da Terceira Etapa, como sabemos, o bebê não se encontra mais internado, mas sua vigilância e seu acompanhamento ainda são de competência dos profissionais das unidades neonatais, que lhe oferecem atenção segura e adequada ao seu momento evolutivo. Poder realizar tal cuidado juntamente com equipes que, em muitos casos, de-

tectaram a indicação de cuidados especiais já no início do período gestacional e que, logo após esta criança alcançar 2.500 gramas, viriam a ser responsáveis por seu acompanhamento, em sua comunidade, foi avaliada como uma boa estratégia. Ao mesmo tempo, neste período as visitas domiciliares, consultas e orientações vão estar se dando através de ambas equipes, exigindo que a comunicação entre os diversos profissionais e a intermediação dos cuidados para com a criança e seus pais, sejam as mais homogêneas possíveis.

Daí surgiu o que chamamos Compartilhar Cuidados com a ABS. Uma busca de novas aprendizagens na tentativa de sustentar com maior tranquilidade o primeiro tempo deste bebê, em casa, cuidado agora por outras redes de saúde – a da família, a da ABS e a dos ambulatorios especializados. Gradativamente fomos aprendendo sobre os princípios norteadores desta nova parceira, levando a observação de proximidades quanto aos paradigmas que sustentam as duas formas de atenção.

Fundamentos da ABS e do Método Canguru – proximidades que configuram os cuidados

Compreendendo que a ABS ocorre próxima ao local em que as pessoas residem, espera-se que esta seja a porta de entrada preferencial dos usuários dos serviços de saúde, a partir da criação de uma relação de vínculo com a UBS e com a equipe de referência da área de cobertura. Para que estes objetivos sejam cumpridos, a ABS tem como fundamentos e diretrizes (BRASIL, 2009; 2010), tópicos que iremos apresentar e discutir, traçando linhas de proximidade com as propostas do Método Canguru. Com isto esperamos auxiliar a compreensão do uso compartilhado de ambos os sistemas, em prol dos pequenos bebês.

São eles:

– Ter território adstrito, que implica conhecer as condicionantes e determinantes de saúde da área em que está inserida, de forma que contribuam para o planejamento de estratégias de intervenção intra e intersetoriais.

Conhecedores das histórias que ocorrem em sua comunidade, é possível para as equipes da ABS observarem a necessidade de trabalhos

específicos para prevenção ou mesmo atenção de situações que porventura se repitam como gestações de risco para nascimentos prematuros ou de baixo peso. Ao mesmo tempo podem-se oferecer àquela gestante de risco, detectada em suas primeiras semanas de gravidez, opções de cuidados e apoio que facilitem um melhor resultado de seu processo gestacional, por exemplo.

– Possibilitar acesso universal e contínuo a serviços de saúde. Entendendo que o acolhimento é a peça fundamental para a vinculação do usuário com o serviço e que é neste primeiro contato que será possível ofertar uma resposta resolutiva, mesmo que seja preciso realizar encaminhamento a outro ponto de atenção da rede.

A linha de cuidado preconizada pelo MC inclui o acolhimento e atenção iniciais, o que é preconizado também nas equipes das UBS; a atenção da equipe hospitalar prestada durante o período da internação continua quando a criança retorna à sua comunidade e passa a ser acompanhada na ABS, pela equipe com a qual sua família já possui vínculo. Ao mesmo tempo esta estratégia de cuidado lembra sempre a investigação criteriosa de um primeiro momento para a recomendação de atuação de parcerias especializadas. Junto com a equipe do hospital, será possível encontrar dentro da ABS, equipes que possam oferecer a estes casos, sempre que indicado, o contorno necessário para seu atendimento integral. É nesta situação que o MC se dirige especialmente ao trabalho dos NASF, responsáveis pela supervisão das equipes das UBS.

– Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, na perspectiva da longitudinalidade do cuidado.

Uma família que vive a gestação de risco acompanhada de um parto antecipado, precisa de uma atenção que se diferencia num tempo mais prolongado e de um cuidado sistemático que seja coerente entre as duas instituições – hospital e ABS. Aqui se encontram a segurança e confiança da família.

– Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, entendendo que esta, na prática, envolve o reconhecimento dos determinantes sociais que influenciam na saúde das pessoas e que, para dar conta dessas questões, faz-se necessário um trabalho na perspectiva da clínica ampliada: trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Para alcançar seus objetivos, o trabalho realizado pela metodologia Canguru exige equipes multidisciplinares, que atuem interdisciplinarmente, buscando a compreensão dos fatos e norteamiento das soluções. Para a implantação da terceira etapa, faz-se necessário ter um sistema de referência/contrarreferência com o sistema de saúde da região/ESF, contemplando um trabalho intersetorial. Isto pode acontecer por meio de relatórios de atendimento, telefonemas, visitas domiciliares para captação da criança ou mesmo reuniões entre as duas equipes para discussão e trocas de informações.

- Estimular a participação dos usuários, provocando a construção de uma consciência de responsabilidade pelo próprio cuidado em saúde e pela saúde da coletividade.

O MC tem como premissa a educação dos pais/família para a participação nos cuidados com o filho e consequentemente provocar seu empoderamento parental. O estímulo à (co)operação desses personagens nas diferentes etapas de atenção à criança inclui o conhecimento da dinâmica de funcionamento dos serviços de internação, como também dos serviços da Rede de Atenção em Saúde (RAS). No momento em que os pais e a família entendem a estrutura e fluxo da RAS, compreendem as ações desenvolvidas nos diferentes níveis de complexidade e utilizam seus recursos, observam repercussões no cuidado e na atenção para com o bebê.

A configuração da Terceira Etapa Compartilhada

Na chegada da Terceira Etapa, a equipe hospitalar observa o mundo da criança se ampliar. O ganho de peso, o aleitamento materno, os cuidados da família para com o bebê vão mostrando a autonomia decorrente da formação da parentalidade com o consequente empoderamento de pais e familiares. A família retorna aos seus espaços conhecidos, com a inserção desta nova pessoa na comunidade. É neste momento que as novas parcerias precisam ser bem configuradas para que os cuidados, que com esta criança e sua família foram tão criteriosos e integrais, possam se ampliar. O bebê que logo após o nascimento arranhou formas de enfren-

tamento inimagináveis para o que dele se exigia, agora se torna um bebê que deseja os cuidados comuns e de rotina como banho, troca de fraldas, peito, sono, sendo realizados em seu domicílio, por sua família.

Isto retira a intensidade dos cuidados hospitalares, por um lado, e abre a perspectiva de um cuidado que prevê o conhecimento das equipes da ABS. Podemos dizer que o cuidado da Terceira Etapa – Compartilhado é um trabalho de construção de um novo conhecimento sobre a criança. Entretanto isto deve acontecer sempre focado nas necessidades individuais de cada bebê e cada família, pois ainda alguns passos precisam ser dados para resolução de pendências advindas de seu período de hospitalização, assim como para a indicação de avaliações com especialistas ou mesmo com encaminhamento para intervenção em ambulatórios especializados.

O MC aponta para a existência de uma circularidade nesta linha de cuidados, pois presume que o RN internado na Unidade Neonatal já era conhecido do pré-natal oferecido pela ABS. Ou seja, sua história gestacional já percorreu as salas da UBS antes de ele vir para a Unidade Neonatal. Por isto, temos que aos poucos pensar num compartilhamento de cuidados que antecede o nascimento desta criança, a partir da detecção da história gestacional de risco pela ABS. A saída do hospital, quando esta criança ainda se encontra sob cuidados do MC, inaugura uma parceria mais intensa e seu acompanhamento ocorre efetivamente no hospital, no domicílio (visitas domiciliares) e na UBS.

Para que se alcance a efetividade pretendida pelo MC a Terceira Etapa Compartilhada exige como recurso mínimo, um sistema de referência/contrarreferência com os serviços de saúde da ESF. Assim, na ocasião da alta, deve estar estabelecida uma boa comunicação com a rede básica para a qual as crianças devem retornar com a consulta agendada (BRASIL, 2011).

É exatamente neste sistema de referência e contrarreferência que encontramos os maiores desafios para ambos – ABS e hospital. Temos nos deparado com a inexistência de protocolos e ações que deem conta desta tarefa e, em grande parte de nossas Unidades Neonatais, há escassez de profissionais categorizados para esta atividade. Outro ponto importante a destacar é o fato de que nem sempre a família reside em uma área de

cobertura da ESF, fazendo com que seja imprescindível conhecer a rede de serviços disponível para cada família acompanhada em Unidade Neonatal e construir, conjuntamente, um Projeto Terapêutico Singular.

A boa comunicação/interação entre estes dois serviços é imprescindível para a implantação da Terceira Etapa Compartilhada do MC, porém não garantirá a eficácia das ações, se a família não possuir vínculo com a equipe de referência do local em que vive, ou mesmo com qualquer outro serviço que possa dar continuidade às linhas de cuidados necessárias no pós-alta. Se uma gestante de risco, comumente encaminhada para ambulatórios de pré-natal de alto risco, não for acompanhada pela sua equipe de referência na ABS durante e após a gestação, a probabilidade maior é que após a alta hospitalar do bebê ela fique unicamente vinculada ao serviço especializado, onde passou um período significativo, mas que não tem estrutura para acompanhá-la nas questões cotidianas que surgem em seu domicílio (SILVA, 2013).

Apesar da alta da segunda etapa do MC ter como um dos critérios a segurança da mãe e da família para o cuidado da criança no domicílio, ao retornar para casa, a família terá toda a sua dinâmica alterada e questões superadas no momento da internação podem retornar numa outra configuração. O acompanhamento desta criança e de sua família pela ABS, mediante a inclusão de visitas domiciliares, pode contribuir positivamente para a compreensão dos fenômenos vivenciados por elas já em seu contexto. Mesmo com esta clara indicação, Vieira e Mello (2009) identificaram vínculo frágil entre a UBS e as famílias de crianças egressas de Unidade Neonatal, no que tange ao seguimento do recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso no contexto do domicílio. Defendem, ainda, que a falta de um contato mais próximo entre a família e a equipe da ABS tem implicações negativas no que diz respeito ao acompanhamento pós-alta do filho nos serviços de saúde de sua comunidade.

Borck e Santos (2010) investigaram a experiência no processo de adaptação de famílias na terceira etapa MC com recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso e constataram que comumente os pais e os bebês têm diferentes demandas de cuidado, necessitando de acompanhamento no processo de amamentação, no cuidado canguru, de suporte psicoafetivo e na organização de papéis. Neste estudo, a visita domiciliar é apon-

tada como uma estratégia para o apoio a esta família neste processo de adaptação.

Ou seja, as visitas domiciliares são recursos importantíssimos para esta proposta de ação conjunta. No entanto, sua realização não ocorre de forma regular como desejado. Silva (2013) encontrou depoimentos de profissionais que apontaram dificuldades em realizá-la, seja pela falta de carro do programa, seja pelo excesso de demanda interna da UBS.

Temos que lembrar um comportamento muito peculiar das famílias brasileiras quando do nascimento de um bebê. Com muita frequência, logo após a alta da mãe e do bebê, estes permanecem por algum tempo no domicílio de mulheres mais velhas de sua família – na casa da avó, da tia ou irmã mais velha, não retornando imediatamente para sua residência. Isto também acontece com nossa população egressa de Unidade Neonatal.

Outra situação observada é que em vários estados brasileiros contamos com Unidades Neonatais apenas na capital, o que leva a díade mãe-bebê esperar em residências de parentes, de amigos ou em casas de apoio a alta da Terceira Etapa. Com isto podem acabar recebendo cuidados em UBS próximas a estes locais e não junto àqueles onde realizaram seu pré-natal ou que seja próximo a sua residência. Com isto, em muitos casos já se passaram até três semanas ou mais da saída do hospital quando irão ter contato com agentes comunitários de saúde ou mesmo com as UBS de origem. Isto exige que as equipes do hospital registrem estas possibilidades ao compartilharem a Terceira Etapa ou encaminharem estas famílias aos cuidados junto às equipes da ABS.

Mais do que nunca, a relação entre o MC e a ABS deverá ser suporte para que a família reconheça a função das UBS em seus cuidados. O esclarecimento e a indicação de sua busca pelos profissionais do hospital vão apoiar a inserção da família neste espaço de acolhimento e acompanhamento pactuados com a comunidade e com a gestão.

Assim, o sucesso ou o fracasso da produção do cuidado à criança egressa de Unidade Neonatal, na terceira etapa do MC é determinado pela capacidade das redes de funcionar de forma integrada, articulada e responsabilizada pelos usuários, sendo o vínculo com os serviços seu fio condutor (SILVA, 2013).

Da mesma forma que o MC deve se preocupar com a parceria com a ABS, deve ocorrer com os Ambulatorios de Seguimento de seus hospitais ou de instituições que realizam este cuidado. Conhecer como realizar encaminhamentos, funcionamento para orientar as famílias que porventura dele necessitarem é fundamental para que o contato seja mais tranquilo e pautado por uma dose inicial de segurança e confiança.

Como estamos neste trabalho compartilhado

Como narramos, um longo tempo foi necessário para que os profissionais do MC pudessem entender as especificidades do trabalho da ABS e fosse possível conhecer suas ideias e seu funcionamento.

A necessidade de preparo de um material teórico-didático para os treinamentos dos profissionais da ABS foi um dos grandes desafios (BRASIL, 2015). Conversas, discussões nas dependências do MS entre um grupo de profissionais do MC e as equipes da ABS responsáveis pelas ações em saúde da criança, foram fundamentais. A partir disto, para o MC, começou-se descortinar o tamanho da tarefa assumida.

Foi preciso entender que muitas questões básicas destas crianças poderiam ser bem cuidadas por profissionais das UBS. Controle do ganho de peso, cuidados e apoio para com a amamentação, vacinas, uso e compreensão da idade corrigida na avaliação do bebê, manutenção da posição canguru são fatores fundamentais nestas primeiras semanas em casa. E os próprios ACS em suas visitas domiciliares, com as adequadas informações, podem fazer um controle de suas ocorrências, podendo interferir nas imensas preocupações relativas à morbimortalidade de nossas crianças.

Surgiram então os cursos de treinamentos nos diferentes estados com profissionais da ABS, tutores e consultores do MC com o intuito de serem criadas estratégias para a execução deste cuidado compartilhado (figuras 1 e 2). Em cada estado do País, nos centros de referência estaduais, ocorreram treinamentos compartilhados entre equipes da ABS e equipes do MC, para trocas de informações, discussões sobre especificidades e necessidades desta criança e sua família (figuras 3, 4 e 5). Estes

treinamentos, realizados em três dias, num total de 24 horas, provocaram o planejamento de estratégias nos diversos territórios da ABS com o apoio dos tutores do Método nos hospitais.



Figura 1: Curso de Capacitação de Tutores para o MC na Atenção Básica: cuidado compartilhado – Tocantins



Figura 2: Curso de Capacitação de Tutores para o MC na Atenção Básica: cuidado compartilhado – Santa Catarina



Figura 3: Curso de Capacitação de Tutores para o MC na Atenção Básica: cuidado compartilhado – Maranhão



Figura 4: Curso de Capacitação de Tutores para o MC na Atenção Básica: cuidado compartilhado – Goiás



Figura 5: Curso de Capacitação de Tutores para o MC na Atenção Básica: cuidado compartilhado – Minas Gerais

O que vimos é que a diversidade percorre a forma de trabalho nas equipes da ABS em todo o País. Ainda existem descrédito e falta de estrutura em muitos locais, excesso de pré-natal em alguns estados impedindo o trabalho em outras áreas de atuação das UBS, ou mesmo ausência desta atenção tão indispensável para os novos brasileiros que estão chegando. Como pudemos observar, a ABS, no Brasil ainda vem configurando sua forma de trabalho no País e está continuamente em mudança pois é dependente das urgências que surgem na saúde da população brasileira ou ainda se encontra à mercê dos planos e prioridades dos governantes.

Muitos dos tutores nacionais, encarregados dos treinamentos, perceberam que comunidades indígenas, ribeirinhos e outros grupos demandam ações muito próprias e trazem exigências diferenciadas para equipes hospitalares, já sobrecarregadas. Abordagens e ambiência que atendam estas outras culturas que formam nosso povo, são avaliadas como necessárias e urgentes. Mas dependem de verbas, autorizações, investimentos.

Nossa satisfação maior é podermos afirmar que o mais valioso que temos encontrado em cada grupo treinado é o expressivo número de profissionais com imensa vontade de receber informações e conhecer especificidades destas crianças para lhe oferecerem a melhor atenção

possível. O envolvimento nos treinamentos, nas discussões, os comentários surgidos após as práticas como visita à Unidade Neonatal e mesmo as oficinas realizadas, mostram a compreensão da proposta e o início de um compromisso com estas crianças. Tem-nos surpreendido muito positivamente as respostas das equipes da ABS quanto à disseminação da proposta do MC, à realização de treinamentos com o objetivo de preparar os profissionais para estas tarefas. A multiplicação das informações vem se dando de forma rápida em muitos estados do País. Criam-se possibilidades com utilização dos recursos possíveis, em locais improvisados para salas de aula, projetores e panos estendidos servindo de tela. Ou seja, o recém-nascido pré-termo e de baixo peso passa a ter um lugar onde é falado e aos poucos, desmitificado, tornando-se uma criança que possui suas especificidades, mas que pode ter um cuidado bom e adequado, sem susto ou temor dos profissionais. Aliam-se a isto informações de atuação de profissionais, agora mais capacitados, na orientação básica aos pais como, por exemplo, idade gestacional, idade corrigida e ganho de peso.

O MC passou a entender a amplitude do trabalho nas UBS, as dificuldades que estes profissionais encontram em seus territórios e quanto devem ser apoiados pelo sistema de saúde. Mas apesar das exigências que vivem em seu dia a dia, a disponibilidade para buscarem em sua população os egressos de Unidade Neonatal, a compreensão de que sua vigilância quanto ao peso, amamentação, a importância da cobertura vacinal, do uso do palivizumabe, bem como das gestantes de risco, passa a ser um trabalho que sem dúvida, em nossos primeiros levantamentos, passou a ser inserido em sua rotina de atenção e cuidado.

Por outro lado, os especialistas em desenvolvimento infantil, profissionais encarregados do acompanhamento destas crianças pela apresentação de dificuldades em áreas motora, cognitiva, afetiva, permanecerão recebendo crianças deste grupo. A ideia destes treinamentos não prevê a formação de especialistas nos cuidados desenvolvimentais, no diagnóstico preciso e na execução de intervenções especializadas. Pretende sim capacitá-los em manejos simples do “ser” pré-termo, em seus primeiros momentos em casa. Para tal, em muitos lugares as equipes dos NASF têm se disponibilizado para realizar supervisões às equipes das UBS e oferecido apoio para o encontro de locais para o acompanhamento destas crian-

ças quando não puderem contar com suas referências hospitalares em seus ambulatórios de seguimento.

Todos nós, cuidadores de crianças em nosso País, sabemos quanto elas merecem e necessitam mais, muito mais em seu cuidado. Sabemos quanto já foram negligenciadas em sua história e quanto ainda são. Mas algumas tentativas de oferecer cobertura para suas necessidades iniciais devem ser tentadas. Temos claro que apenas puericultura não é suficiente para muitas de nossas crianças oriundas de internação neonatal. Também sabemos que muitas delas não recebem o que necessitam de cuidados em creches, escolas, em alimentação. Mas podemos tentar minorar isto com alguns passos intermediários.

Como já foi dito, o modelo de atenção perinatal, preconizado no MC, pode garantir o desenvolvimento de ações integrais, mas é necessário que os profissionais e gestores de saúde compreendam o seu alcance (SILVA, 2013). É o que o MC e a ABS estão querendo construir nos cuidados propostos pela Terceira Etapa Compartilhada. No futuro de cada uma destas crianças, ao se despedirem dos cuidados preconizados pelo MC, que esta atenção e preocupação com suas necessidades permaneçam e possam ser também compartilhadas entre a ABS, os Ambulatórios de Seguimento, as equipes especializadas de intervenção no desenvolvimento infantil, provocando a proteção ou então diminuindo a força de novos agravos que porventura possam se apresentar na vida desta população.

Referências

AIRES, L.C. dos P. **Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família:** interfaces com a terceira etapa do Método Canguru. 2015. 183f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

BORCK, M.; SANTOS, E.K.A. Terceira etapa Método Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS); dez., v.31, n.4, p.761-8, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: diretrizes do NASF**. n.27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 204 p. : Il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 274 p.

BUCCINI, G. S. et al. Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 11 (3): 239-247 jul. / set., 2011.

SILVA, M.S. da. **Existe Articulação entre Equipes de Unidade Neonatal e da Atenção Básica em Saúde no Atendimento à Criança na Terceira Etapa do Método Canguru?** 2013. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013.

VIEIRA, C.S.; MELLO, D.F. de. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n.1, p. 74-82, Jan/Mar, 2009.

IV

Contribuições para a Produção do Conhecimento

Finalizando, este livro apresenta estudos relevantes de pesquisadores brasileiros, publicados em periódicos nacionais e internacionais. Estes estudos têm contribuído para a construção de evidências científicas e consolidação das ações do Método Canguru.

Contribuições de autores nacionais para a produção de conhecimento sobre o Método Canguru

Roberta Costa¹

Vívian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo²

Maria Teresa Cera Sanches³

Arnaldo Costa Bueno⁴

Luiza Geaquinto Machado⁵

A assistência neonatal vem passando por muitas transformações ao longo das últimas décadas e o advento de novas tecnologias trouxe um universo amplo aos cuidados dos Recém-Nascidos (RN), possibilitando maior sobrevida aos pré-termos extremos (COSTA; PADILHA; MONTICELLI, 2010). Atualmente, a área biomédica pode ser considerada como um processo de contínuo aprendizado, renovação e novas propostas no “cuidar”. A interdisciplinaridade faz parte desta renovação, com seus saberes diferenciados e complementares, nos levando a repensar processos

1 Roberta Costa (roberta.costa@ufsc.br) é enfermeira, professora adjunta II do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e consultora nacional do Método Canguru (MC) para o Ministério da Saúde (MS).

2 Vívian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo (viviangazevedo1@gmail.com) é fisioterapeuta, professora adjunta da Universidade Federal de Uberlândia/Faculdade de Educação Física (UFU/FAEFI), docente da pós-graduação em Ciências da Saúde na UFU e consultora nacional do MC para o MS.

3 Maria Teresa Cera Sanches (mtsanches@isaude.sp.gov.br) é fonoaudióloga, pesquisadora do Instituto de Pesquisa da Secretaria da Saúde de São Paulo (SES) e consultora nacional do MC para o MS.

4 Arnaldo Costa Bueno (buenoarnaldo@bol.com.br) é pediatra-neonatalogista, professor adjunto de Pediatria e Neonatologia da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro (UFF-RJ) e consultor nacional do MC para o MS.

5 Luiza Geaquinto Machado (luiza.geaquinto@saude.gov.br) é psicóloga, mestranda em Saúde da Criança e da Mulher e referência técnica para o MC na Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM).

dogmatizados e por vezes arcaicos na relação equipe de saúde com os pacientes e suas famílias.

Neste sentido, cada vez mais se exige do profissional de saúde uma prática baseada em evidências na qual se enfatiza o uso de pesquisas para guiar a tomada de decisões clínicas. Assim, a prática baseada em evidências combina a pesquisa com a experiência clínica e as preferências do paciente para realizar uma decisão sobre um problema específico (SIMON, 1999).

No esteio destas transformações, destaca-se a política governamental de Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso – Método Canguru (MC) que impulsionou grandes mudanças no ambiente das unidades neonatais no Brasil.

O MC surge no Brasil dentro desta perspectiva atual do “cuidar”, com uma visão mais ampla do Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) e de baixo peso, sua família e toda a comunidade que o cerca. Esta proposta de mudança de paradigma requer tempo para sua disseminação até sua total aceitação pela comunidade científica e, para isto, é necessário o estudo contínuo, por meio de pesquisas científicas, as quais já podem ser encontradas em diversos periódicos nacionais e internacionais. Isto se justifica, pois o princípio da autoridade baseada unicamente em conhecimentos e experiências prévias, sem embasamento científico sistematizado, já não se encaixa no modelo atual do pensar.

Assim, o objetivo deste capítulo é apresentar estudos realizados por pesquisadores brasileiros sobre o MC e publicados em periódicos nacionais e internacionais, indexados, fornecendo ao leitor subsídios sobre os diversos aspectos já estudados e documentados. A busca foi realizada nas principais bases de dados, usando como palavras chaves: método canguru, método mãe canguru, contato pele a pele, cuidado canguru, *kangaroo mother care*, *skin-to-skin care*, *kangaroo care*. A partir dos achados foi realizada uma avaliação quanto ao rigor metodológico dos estudos que foram categorizados de acordo com a similaridade dos temas abordados.

Foram identificados inúmeros artigos publicados que serão apresentados por categorias, permitindo ao leitor visualizar um panorama da produção nacional sobre esta temática.

Disseminação e avaliação do Método Canguru

Nesta categoria, encontramos diversos estudos que versam sobre temas como: disseminação e avaliação da implantação do MC no Brasil e em diferentes estados e municípios de forma particular, relatos de experiências de diversas maternidades e hospitais sobre a implantação das três etapas do Método, além de estudos que apresentam revisões de literatura sobre esta temática.

Destacamos nesta categoria o estudo transversal desenvolvido nos hospitais capacitados pelo Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de avaliar a implantação do MC. Neste estudo, foram avaliados 176 (60,1%) dos 293 hospitais-maternidades capacitados pelo Método entre 2000 e 2003 no Brasil. A primeira etapa do MC tinha sido implantada em 84,9% dos hospitais, porém apenas 47,3% implantaram as três etapas conforme regulamenta a norma brasileira. Assim, o estudo aponta que a capacitação foi importante para o início do processo de implantação do MC, mas não suficiente para promover a implantação das três fases do Método (GONTIJO *et al.*, 2010).

Em relação à avaliação do MC no País, foi realizado também um estudo de coorte prospectivo comparando 16 unidades que possuíam ou não a segunda etapa do Método, oito eram centros nacionais de referência para o Método (grupo estudo), e oito faziam parte da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (grupo controle). Foram incluídos 985 RN pesando entre 500 e 1.749 g. As evidências encontradas neste estudo sugerem que a estratégia de humanização adotada pelo MS é uma alternativa segura ao tratamento convencional e uma boa estratégia para a promoção do aleitamento materno (LAMY FILHO *et al.*, 2008).

Destacamos também estudo de avaliação qualitativa que buscou compreender dificuldades e facilidades da implantação do MC em maternidades brasileiras capacitadas pelo MS sob a ótica de profissionais de saúde, gestores e mães de RN de baixo peso atendidos nesses serviços. Os autores mencionam que a institucionalização do Método está sendo realizada nas maternidades, porém, há necessidade de se manter capacitações periódicas e de se alocar maiores recursos que permitam melhorar

a infraestrutura dos serviços, refletindo na humanização do cuidado de forma mais efetiva (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012).

Nesta linha de pensamento, foram realizadas pesquisas para analisar a implantação do MC em diversas regiões e cidades do País. Os resultados da investigação realizada por Colameo e Rea (2006), no estado de São Paulo, mostraram que a resistência dos profissionais de saúde à participação da família deu um caráter intrahospitalar ao Método. As sugestões foram mudanças no treinamento, inclusão dos gestores no programa e previsão de recursos orçamentários para a adoção, avaliação e controle do MC.

Da mesma forma, no Rio de Janeiro, estudo de Henning *et al.* (2006) apontou que apesar do conhecimento teórico sobre o Método, os profissionais ainda não o utilizam plenamente em sua prática clínica, sugerindo que ainda não está completamente assimilada a abrangência dessa forma de cuidado neonatal.

Outro estudo brasileiro foi desenvolvido junto às instituições públicas de Salvador, e os resultados apontaram que o MC ainda não é uma realidade em todos os hospitais/maternidades públicos deste estado. No entanto, comprovou-se que o quadro profissional estava em conformidade com a recomendação em duas das instituições pesquisadas e a atuação dos profissionais entrevistados se incorporava no campo da transdisciplinaridade (SILVA; THOMÉ; ABREU, 2011).

Os estudos aqui apresentados apontam o cenário inicial da disseminação do MC enquanto política pública no Brasil, uma vez que todos foram realizados entre 2006 e 2012. O contexto da assistência neonatal já se encontra diferente dos estudos aqui apresentados, inúmeras estratégias foram desenvolvidas pelo MS, e pelos profissionais que foram sensibilizados e capacitados para garantir a qualidade do cuidado aos RN e suas famílias.

Nesta categoria ainda foram agrupadas as publicações que relatam as experiências de implantação das três etapas do Método nos diferentes contextos das maternidades brasileiras.

É possível verificar nos resultados dos estudos que houve profissionais cuja bandeira era contrapor-se ao novo método, em defesa da supervalorização da tecnologia (necessária) desenvolvida para o cuidado dos RN. Contudo, conseguiu-se quebrar alguns tabus da assistência médica e

de enfermagem tradicionais, com consequente aumento na valorização e respeito profissional (NEVES; ORLANDI; SEKINE; SKALINSKI, 2006).

Os resultados de pesquisas também indicam a necessidade da criação de espaços para reflexões entre os profissionais da equipe neonatal sobre sua prática, possibilitando a transformação do modelo assistencial vigente e favorecendo o cuidado integral e individualizado aos RNPT e suas famílias (COSTA; MONTICELLI, 2006). Parisi, Coelho e Melleiro (2008) também apontam a importância do envolvimento dos colaboradores da instituição nos processos de mudança e a necessidade de adequação dos recursos humanos e físicos para a efetiva implantação do Método.

Os estudos destacam as vantagens desse modelo de atenção à mãe e RN e a importância da participação de profissionais qualificados para o sucesso do Método (SILVA; PRADO, 2003) e da interdisciplinaridade para fortalecer o conhecimento, a experiência profissional e pessoal (BORCK *et al.*, 2015).

Por fim, apresentamos nesta categoria as revisões de literatura desenvolvidas com o intuito de identificar o estado da arte da produção publicada a respeito do MC.

Destaca-se o estudo que contextualiza a experiência brasileira na Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, no qual os autores concluíram que a experiência brasileira é mais ampla do que aquela encontrada nos países desenvolvidos e se configura como estratégia de qualificação do cuidado neonatal (LAMY; GOMES; GIANINI; HENNIG, 2005).

As revisões de literatura que se debruçaram em materiais produzidos de 1983 até 2004, concluíram que apesar do MC estar se configurando como uma mudança paradigmática no cuidado ao RN, não há ainda correspondência com a produção teórica, levando a que a prática seja desenvolvida, muitas vezes, sem a devida sustentação teórica. Entretanto, apontam que há evidências de impacto positivo do Método sobre a prática da amamentação e que embora pareça reduzir a morbidade infantil, as evidências são ainda insuficientes para que o mesmo seja recomendado rotineiramente. Por outro lado, não existem relatos sobre efeitos deletérios da aplicação do Método. Os resultados levaram à conclusão de que há a necessidade de se realizar estudos sobre a efetividade, aplicabilidade

e aceitabilidade do MC em nosso meio (CARDOSO *et al.*, 2006; LAMY, GOMES, GIANINI, HENNIG, 2005; VENANCIO, ALMEIDA, 2004).

Mais recentemente, foi realizado um estudo bibliográfico com o objetivo de verificar o conhecimento produzido sobre MC no Brasil, no período de 2002 a 2010. Os resultados levaram à conclusão que a assistência neonatal deve ser norteada pelo Método, pois diminui o risco de mortalidade nos RNPT e/ou de baixo peso. Porém, ainda reforçam a questão de que a carência de informações é um fator que dificulta a realização da prática junto à equipe neonatal, além da falta de infraestrutura nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (MACHADO *et al.*, 2012).

Em 2012, foi publicada uma revisão descritiva que analisou resumos de artigos publicados até 10 de setembro de 2011. Revisões sistemáticas apontam benefícios inegáveis do Método para a redução da morbimortalidade de RN de baixo peso. Há diferentes tendências na implantação do MC entre os países de acordo com seu grau de desenvolvimento econômico. Um grande desafio em nosso País é a implantação do MC conforme preconizado na Norma de Atenção Humanizado ao Recém-Nascido (TOMA, 2012).

Cabe destacar nesta categoria que a neonatologia, apesar de ser uma seara especializada do conhecimento, ainda é uma ciência nova e relativamente emergente, seja nos aspectos da construção epistemológica, das metodologias de assistência, ou ainda na arena compreensiva da maioria dos fenômenos e processos que incluem os RN que necessitam de internação em unidades neonatais. Assim, destacamos que o conhecimento vem sendo construído constantemente e que é necessário um tempo para melhor avaliação das práticas, visando à qualidade de vida dos RN e suas famílias.

Manejo da dor

A constante exposição do RNPT a procedimentos dolorosos é rotina nas unidades neonatais, e já estão bem documentados na literatura os efeitos fisiológicos, deletérios, comportamentais sobre o desenvolvimento do sistema nervoso central. Por isto este tema é bastante estudado por

diversos autores, e grande parte das evidências científicas identifica e indica a posição canguru como um método não farmacológico eficaz, fácil e benéfico para estes pacientes. Maia, Azevedo e Gontijo (2011); Entringer, Durante e Thomaz (2013), em estudos de revisão da literatura, destacam que a posição canguru é uma das estratégias de baixo custo e pode ser utilizada como medida de escolha no manejo da dor de RNPT de acordo com as pesquisas encontradas na literatura.

Castral *et al.* (2012), para avaliarem a influência materna na redução da dor do RN em posição canguru, comprovaram que as mães exercem um papel importante durante a punção de calcâneo em exame de triagem neonatal. Entre as variáveis observadas, houve associação positiva entre o cortisol salivar da mãe e o escore de dor do RN. O fato de a mãe controlar o seu próprio estresse influenciou positivamente na resposta de dor e estresse do filho.

Em estudo realizado em 2008 por Freire, Garcia e Lamy, os autores avaliaram o efeito analgésico da posição canguru comparado à glicose oral na resposta de RNPT saudáveis durante punção de calcanhar, e observou-se que a posição canguru produziu efeito analgésico mais eficaz em relação à glicose.

A avaliação e identificação da dor ainda são um desafio para os profissionais de saúde. Há numerosos instrumentos de avaliação da dor, para uso na clínica e em pesquisa, divididos em escalas unidimensionais e multidimensionais. Contudo, não há escala validada para uso em neonatos com menos de 28 semanas, e ainda existem questionamentos quanto à validade em casos de dor crônica e em bebês criticamente doentes. Nesse sentido, Sousa *et al.* (2006), analisaram como as mães e enfermeiros identificam a dor em RNPT por meio de um estudo exploratório-descritivo. Os autores observam que ao analisarem os sinais de expressão facial subjetivamente, as mães identificaram melhor a dor.

Desenvolvimento sensoriomotor

Além disso, é possível constatar que a posição canguru proporciona significativo aumento na ocorrência de períodos de sono profundo nos

RNPT, sendo uma estratégia favorecedora do desenvolvimento neuro-comportamental (AZEVEDO, DAVID, XAVIER, 2011).

Há discussões a respeito do desenvolvimento neuromotor em RN que realizaram a posição canguru. Sobre o posicionamento canguru especificamente, Barradas *et al.* (2006) compararam quando realizado em RN com peso acima de 1.250g e idade gestacional entre 32 e 40 semanas em decúbito ventral e em decúbito lateral. Os resultados da pesquisa evidenciaram que os bebês que realizaram o posicionamento canguru em decúbito lateral assumiram uma postura flexora, associada a um maior enrolamento de tronco, e maiores pontuações no exame neurológico de Dubowitz.

Ainda em relação à posição canguru, Diniz *et al.* (2012) em um estudo do tipo coorte prospectivo, observaram que os RN que permaneciam nesta posição produziram um aumento da atividade eletromiográfica no músculo bíceps braquial, mantida após 48h (MIRANDA *et al.*, 2014) e 96h de estimulação, e essa resposta persistia pelo menos até 21 dias após este período (DINIZ *et al.*, 2013). Ressaltando que na instituição, onde este estudo foi realizado, as crianças permaneciam de 8 a 12/dias na posição canguru.

Outro procedimento preconizado pelo MC, no qual o RN é imerso em água morna até o pescoço para o banho com contenção do padrão flexor por meio do enrolamento com toalha-fralda, mostrou-se como uma técnica favorecedora da auto-organização em RNPT em estudo observacional realizado por Medeiros e Mascarenhas (2010).

Efeitos da posição canguru nos sinais vitais

Há na literatura um grande número de publicações que avaliam os efeitos da posição canguru nos sinais vitais (temperatura, frequência respiratória, cardíaca, saturação periférica de oxigênio, pressão arterial) dos RNPT. Entre estes, o estudo de Almeida, Almeida e Forti (2007), realizado com 22 RNPT saudáveis, não evidenciou alterações significativas quanto à pressão arterial média e frequência cardíaca após o posicionamento canguru realizado por 30 minutos em 3 dias consecutivos. Entretanto, foi possível observar aumento significativo da temperatura axilar e da saturação periférica de oxigênio e diminuição significativa da frequência respiratória

quando comparado o antes e depois do posicionamento. Ressaltamos, no entanto, que o MS, orienta a realização da posição canguru por pelo menos 1 hora, para que não haja manipulação excessiva do RNPT.

Quando comparou a posição canguru com a posição prona, em três dias consecutivos antes e após 60 minutos, Olmedo *et al.* (2012) não observaram diferenças significativas em relação às frequências respiratórias e cardíacas, temperatura e saturação periférica de oxigênio. Contudo, os resultados revelaram um aumento significativo da saturação no terceiro dia de realização do posicionamento canguru.

A posição canguru é usualmente oferecida aos bebês que não precisam de oxigênio suplementar. Contudo, evidências sugerem que esta prática pode ser realizada mesmo em RN criticamente enfermos e naqueles com idade gestacional abaixo de 28 semanas, com a intenção de estimular mais precocemente o vínculo mãe e filho. Azevedo, David e Xavier (2011) avaliaram, em um estudo do tipo quase experimental, se a prática da posição canguru em RN com peso ao nascer inferior a 1.500g, intubados, era segura. Foram avaliados os sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial média, temperatura corporal) e a necessidade de oxigênio nos RN antes, durante e após a exposição à posição canguru. A interpretação dos resultados evidenciou que a posição canguru é um método seguro nas condições do estudo, uma vez que não houve alteração significativa dos dados vitais.

Infecção

Os resultados das pesquisas microbiológicas e epidemiológicas ressaltaram que essa nova prática não causou aumento da infecção relacionada à assistência à saúde (infecção hospitalar). Os fundamentos da prevenção de infecção foram revistos, sendo o foco das medidas restritivas de isolamento deslocado para o uso de insumos descartáveis e procedimentos de desinfecção dos equipamentos e das mãos dos cuidadores (SCOCHI, 2000). Mais recentemente, um ensaio clínico randomizado com 102 RN internados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de três hospitais em São Luís/Brasil, evidenciou que a posição canguru pode

ser um método eficaz e seguro para promover a descolonização em RN colonizados por bactérias multirresistentes (LAMY FILHO *et al.*, 2015).

Aspectos Psicoafetivos

As publicações apontam principalmente o favorecimento da formação do vínculo mãe-bebê, a proximidade e o toque promovidos entre os pais e os RN e o desenvolvimento do senso de competência por parte das mães participantes do Método.

O nascimento de um RNPT que necessita de internação em UTIN representa uma crise na família. Os sentimentos maternos são contraditórios, envolvendo medo, culpa e negação. Estudo que analisou a construção do papel materno a partir do nascimento de um filho pré-termo internado em UTIN, comparou dois modelos de cuidado o tradicional e o canguru e assinalam que nos locais que utilizavam o MC, o contato pele a pele e a participação nos cuidados foram fundamentais para a construção da autoimagem como mãe, influenciando na expectativa materna em relação ao período pós-alta e na construção de projetos de vida para o bebê. As mães do modelo tradicional tinham falas mais influenciadas pelo medo de o bebê adoecer e preocupações como medo de visitas, de morte súbita e de doenças incuráveis. Assim, o MC facilita o desempenho do protagonismo materno, privilegiando a utilização de recursos próprios na compreensão e condução do que se passa com a mãe e com seu filho, levando ao seu empoderamento. Essa nova tecnologia de cuidado é facilitadora da construção do papel materno (LAMY; MORSCH; DESLANDES; FERNANDES; ROCHA; LAMY FILHO *et al.*, 2011).

Estudo realizado sobre significados e sentimentos maternos sobre a vivência no MC revela que o Método é uma estratégia de cuidado que aproxima a mãe da unidade neonatal, rompendo com o medo da hospitalização e o risco de sobrevivência, possibilitando o contato precoce e trazendo inúmeros benefícios para mãe e filho (COSTA, HECK, LUCCA, SANTOS, 2014).

Outra publicação que se debruçou sobre este tema buscou descrever vivências das mães, analisando-as à luz dos princípios do MC. Cons-

tatou-se que as vivências estão relacionadas ao aumento do vínculo entre a mãe e o bebê, à diminuição do tempo de separação do RN da família, além de proporcionar maior competência e confiança aos pais nos cuidados com seu filho, mesmo antes da alta hospitalar, melhorando o relacionamento da mãe com a família, entre eles e com a equipe que cuida do bebê (ARIVABENE; TYRRELL, 2010).

Também encontramos o estudo de Eleutério *et al.* (2008) que objetivou conhecer os sentimentos das mães que vivenciam o MC durante a internação na unidade canguru. Nesse estudo, as mães consideraram que o MC representa uma oportunidade de aprendizagem quanto ao cuidado com seu filho e que o vínculo afetivo é relevante e proporciona a recuperação do bebê. Os autores ressaltam ser primordial aos profissionais de saúde a postura de cuidador e acolhedor, otimizando, assim, o cuidado ao binômio mãe-filho.

Guimarães e Monticelli (2007), ao analisar o processo de formação do apego entre pais e filhos pré-termo e/ou de baixo peso durante a prática do MC, apontaram como principais aspectos promotores: o preparo adequado no pré-natal, o acolhimento no momento do nascimento e a participação ativa no cotidiano neonatal, e como complicadores, a ambiguidade de sentimentos, a falta de compreensão sobre a imaturidade do neonato e a complexa demanda para o cuidado do bebê.

De igual forma, Santos, Moraes, Miranda *et al.* (2013), ao analisar a vivência de puérperas durante a hospitalização do RNPT na primeira etapa do MC, perceberam que as puérperas vivenciam um período de estresse no início da hospitalização do RN, representada pelo abandono das atividades diárias e da família. Entretanto, a realização da posição canguru proporcionou a expressão de sentimentos relacionados à felicidade da puérpera ao se perceber uma verdadeira mãe, podendo participar de forma indireta do cuidado do filho e promovendo condições para o seu desenvolvimento.

Em relação à segunda etapa do MC, estudo sugere que a vivência desta etapa possibilita a superação dos sentimentos negativos que afloraram com o nascimento prematuro e promove o empoderamento das mães em relação ao cuidado com seu filho (OLIVEIRA; LOCKS; GIRONDI; COSTA, 2015).

A terceira etapa também já foi foco de estudo. Borck e Santos (2012) investigaram o processo de adaptação de seis famílias na terceira etapa do MC e reconheceram esta etapa como uma oportunidade para retroalimentar o sistema de cuidado e apoiar as famílias para sobrepuem seus conflitos, preocupações, medos, inseguranças e o próprio comportamento imaturo do bebê.

Um estudo que utilizou o Inventário de Depressão de Beck e o Questionário de Aceitação Materna em relação ao Programa Canguru teve o objetivo de analisar as percepções, experiências e comportamentos de cuidado neonatal de mulheres participantes de um Programa Canguru. Os resultados sugeriram que o Método é bem aceito, mas acontecimentos externos exercem influência no comportamento e no estado emocional das participantes, e o tempo de permanência no programa parece ter sido utilizado como um momento de reflexão sobre suas vidas (OLIVEIRA e SILVA; BRITO, 2008).

Moreira *et al.* (2009) afirmam que o MC possibilita efetivamente a conexão entre mãe e bebê pré-termo, colaborando para a vinculação da díade. Os autores concluem ainda que a mãe, os familiares e a equipe podem constituir um ambiente facilitador a partir do momento em que assumam uma postura ativa na mediação da relação do RNPT com o mundo.

Estudo prospectivo para avaliar o efeito do MC na depressão pós-parto foi realizado com 177 mães de baixa renda com os seus RNPT, sendo utilizada a versão validada para o português da Escala de Depressão Pós-Parto de Triagem. As mães foram avaliadas duas vezes, na UTIN e na alta do MC. Os autores encontraram 66 mães (37,3%) com depressão e foi constatada uma redução para 30 (16,9%) após ingresso no MC ($p < 0,0001$). Também foi observado que não houve nenhum caso de depressão pós-parto durante a estadia no canguru. O estudo concluiu que o MC pode diminuir a depressão materna. Porém, ainda são necessários outros estudos, para clarificar estas conclusões preliminares (ALENCAR; ARRAES; ALBUQUERQUE; ALVES, 2008).

Outro estudo que objetivou avaliar mudanças nos estados de humor de mães de bebês pré-termo em função do tipo de contato com o seu filho, utilizou a Escala Analógica de Humor em 60 mães divididas em 2 grupos: mães que participam do MC (GC) e mães que acompanharam o

bebê na incubadora (GI). Os grupos foram pareados em função da idade das mães, número de gestações e tipo de parto. As mães foram avaliadas antes e depois de uma das visitas ao filho na incubadora ou sessão de posição canguru. Os resultados demonstraram que as mães do GC melhoraram o humor, relatando: sentirem-se mais calmas, fortes, com ideias claras, ágeis, dinâmicas, satisfeitas, tranquilas, perspicazes, relaxadas, atentas, competentes, alegres e amistosas. As mães do GI não apresentaram melhora no estado de humor em nenhum item, mas pioraram no item “sentindo-se desajeitada”. Assim o estudo conclui que o MC se mostrou eficaz na melhora nos estados de humor de mães de bebês pré-termo, contribuindo assim para a minimização dos efeitos negativos da internação neonatal (CRUVINEL; MACEDO, 2007).

Ainda nesta categoria enumeramos os estudos com foco na questão da figura paterna enquanto sujeito de cuidado inserido na política do MC e que abordam a experiência vivida pela família no contexto intra-hospitalar, ampliando o foco de atenção para além da mãe-bebê.

Assim, Caetano, Scochi e Angelo (2005) ao estudar a família no Método Canguru apresentam as seguintes implicações: o MC é um momento vivido pela família na trajetória empreendida a partir da gestação e do parto prematuro; apresenta-se como estratégia que possibilita à mãe e família estarem próximas para também cuidar do filho pré-termo. Entretanto a impossibilidade materna de estar no canguru sinaliza limitações da família para atender à dupla demanda criada pelo nascimento prematuro e pela necessidade de atenção à família.

Desta forma, é fundamental que a equipe de saúde esteja atenta a estas demandas e que procure flexibilizar suas ações para que todas as famílias possam usufruir os benefícios propostos pelo MC em nosso País, e que a impossibilidade da mãe e/ou pai permanecerem no hospital por 24 horas não seja um impeditivo para as estratégias de humanização da assistência.

Santos, Machado e Christoffel (2013) buscaram compreender a percepção da equipe de enfermagem sobre a participação do homem/pai na posição canguru na segunda etapa do MC. Os aspectos que influem negativamente essa participação foram as atividades laborais deste, a falta de desenvoltura associada ao manejo de um bebê pequeno e à identidade

masculina no contexto coletivo. Por outro lado, as facilidades apontadas pela equipe de enfermagem na participação do homem/pai foram a própria dinâmica familiar estimulando os pais, o reconhecimento deste das vantagens da metodologia, além de suas características pessoais como iniciativa e maior desenvoltura em alguns casos e ainda, a organização institucional ampliando o horário de visitação ao pai.

Por fim, incluímos duas publicações de uma revisão sistemática com o objetivo de descrever a experiência dos pais na realização de cuidados pele a pele para seus RN. A busca e avaliação da qualidade das publicações resultaram na inclusão de 29 trabalhos originais qualitativos a partir de 9 países, relatando experiências de 401 mães e 94 pais. Os resultados ressaltam que os pais, principalmente as mães, que experimentaram o cuidado pele a pele sentiram-se bem, reforçando que isto era uma estratégia benéfica para o seu bebê, ajudando-os na formação de seu relacionamento. Embora eles experimentem um suporte físico que facilitou o cuidado pele a pele, por vezes sentiam-se expostos e apontavam o ambiente como um obstáculo. Assim, os profissionais de saúde devem fornecer apoio emocional, físico, prestar informações e oferecer suporte de forma individualizada. Além disso, ao planejar novas unidades neonatais, os autores ressaltam ser importante permitir a realização de cuidados pele a pele por ambos os pais, buscando privacidade e conforto físico (ANDERZE' N-CARLSSON; LAMY; TINGVALL; ERIKSSON, 2014). A revisão sistemática apontou ainda que as pesquisas anteriores enfocaram majoritariamente a experiência materna no cuidado pele a pele, assim estudos sobre participação do pai na realização de cuidado pele a pele devem ser realizados em vários contextos geográficos e culturais (AGNETA ANDERZE'; LAMY; ERIKSSON, 2014).

Aleitamento Materno

Da mesma forma que as publicações indicam repercussões positivas do MC para a formação de laços afetivos entre os pais e seus filhos, conforme discutido anteriormente, o igual desempenho ocorre para o processo da amamentação, que dependerá diretamente do vínculo entre

a mãe e seu bebê e da autoconfiança desta para poder superar as barreiras do aleitamento materno e particularidades que surgirão, principalmente em decorrência da prematuridade.

Os primeiros trabalhos nacionais que estudaram a temática do aleitamento materno preocuparam-se em apresentar evidências científicas sobre os benefícios do MC para essa prática, além de outros objetivos. Observa-se o estudo de Venâncio e Almeida (2004), que traz uma revisão sobre o tema, tanto de literatura nacional e internacional, destacando evidências sobre o impacto positivo do MC para a prática da amamentação. Vale a pena destacar ainda nesse estudo, citações de publicações nacionais com dados de seguimento de Centros de Referência Nacionais para o Método Canguru, que indicam excelentes taxas de prevalência de amamentação para essa população, até os seis meses de idade, sendo esses: Lima, Quintero-Romero e Cattaneo (2000), realizado no IMIP/Pernambuco, com 114 bebês pré-termos (IG média de 33,4 semanas e peso médio nascimento de 1.476g) com taxas de amamentação exclusiva (AME) de 88% na alta hospitalar, 87% com 1 mês de vida e 63% aos 3 meses e Penalva e Schwartzman (2006), realizado no HGIS/São Paulo, com 70 bebês pré-termos (IG média de 32,5 semanas e peso médio nascimento de 1.565 g) com taxas de AME de 85,7% na alta hospitalar, 87% com 1 mês de vida e 78 % aos 3 meses e 60,3% aos 6 meses.

Em 2008, Lamy Filho *et al.*, em estudo de coorte prospectivo, com intuito de avaliar os resultados neonatais do MC no Brasil, comparando resultados de oito centros nacionais de referência para o MC com oito serviços integrantes da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, obtiveram taxas de prevalência de AME de 69,2% para os centros nacionais de referência com uso do MC ante 23,8% nos outros serviços, no momento da alta hospitalar.

Outro estudo de impacto do MC nas taxas de aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida de 43 RN de baixo-peso (sendo 23 do grupo canguru e 20 do grupo-controle), antes e depois da implantação do MC em hospital público municipal, em São Paulo, mostrou que a AME foi muito superior no grupo do canguru, sendo as taxas de AME de 82,6% x 0% na alta hospitalar, às 40 semanas de idade gestacional (73,9 x 31,6%) , aos 3 meses (43,5 x 5,0%) e aos 6 meses (22,7 x 5,9%), concluindo-se que o MC foi facilitador da AME para essa população (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Em relação ao desmame precoce, encontramos um estudo que contempla dados de 89 RNPT, de baixo peso ao nascer, de maternidade pública municipal de São Paulo, com título de Hospital amigo da Criança, a qual utiliza o MC como rotina, estudando fatores que podem influenciar o desmame precoce (parcial ou total) dessa população (SILVA; SEGRE, 2010). Os fatores controláveis pela equipe de saúde que podem retardar o desmame precoce foram: utilizar o alojamento canguru (2ª etapa), manter a ordenha do leite materno frequente e orientação para não uso de chupeta, inclusive para mães que iniciaram ou retornaram ao trabalho.

Estudos da área de fonoaudiologia apresentam dados de melhor performance do sistema oral, bem como facilidades de transição da sonda diretamente para o peito, para os RNPT que foram submetidos ao MC. Andrade e Guedes (2005), estudando 30 RN com idade gestacional entre 30 e 35 semanas, da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza/CE, compararam o processo de sucção de 16 RNPT que realizaram o MC diante de 14 RNPT submetidos aos cuidados tradicionais. Como resultados, obtiveram melhora significativa em relação ao estado comportamental, sinais de estresse, coordenação e ritmo de sucção para os que realizaram o MC. O tempo de permanência hospitalar foi consideravelmente menor para os bebês do MC.

Em estudo descritivo sobre a transição da alimentação por sonda para o aleitamento materno exclusivo, Aquino e Osório (2009) utilizaram dados retrospectivos de prontuários médicos de 432 bebês da Unidade Canguru do IMIP, em Recife/PE. O estudo descreveu essa transição em RNPT em relação a diferentes abordagens de alimentação: relactação, translactação, e sonda orogástrica-mama, considerando a duração da transição, o ganho de peso na transição, os problemas relacionados com alimentação e situação do aleitamento materno na alta. Como resultados identificaram, no momento da alta, que o percentual de bebês que foram amamentados exclusivamente com relactação foi de 85%, com translactação de 100% e para os de sonda orogástrica-mama de 100% com um tempo de transição satisfatória, assim como de ganho de peso e somente com 1,6% de casos com problemas relacionados com alimentação. Os resultados indicaram que a relactação, translactação e sonda orogástrica-mama parecem ser métodos eficientes na transição da alimentação de RNPT.

Medeiros *et al.* (2014) realizaram estudo descritivo com dados de prontuários médicos de 38 RNPT, submetidos ao MC em maternidade pública de Aracaju/SE, com objetivo de verificar a relação entre idade gestacional corrigida e tempo de intervenção fonoaudiológica para início da alimentação via oral, quando utilizada a técnica de transição da sonda direto para o peito, bem como o tempo de intervenção fonoaudiológica necessária para alimentação da dieta por via oral exclusiva e alta fonoaudiológica. Os RNPT foram divididos em dois grupos, G1 (casos menos grave, sem intercorrências médicas importantes e intervenção fono precoce) e G2 (casos graves, com uso de antibiótico mínimo de 7 dias, instabilidade respiratória e intervenção fono tardia). Como resultados observaram que na utilização dessa técnica, em RNPT com média de idade gestacional semelhante e mesmo tempo de intervenção fono, os bebês apresentaram aptidão na coordenação da sucção/respiração /deglutição e consequentemente amamentação efetiva no peito.

Além de trabalhos quantitativos, surgem ainda na produção nacional, estudos com uma abordagem qualitativa, como por exemplo, um estudo qualitativo com mães que realizavam o MC em hospital público de Recife/ PE (referência para o Método, com título de IHAC) e que amamentavam seus filhos, pelo menos uma vez ao dia cujo objetivo foi identificar representações sociais sobre aleitamento materno de RNPT (JAVORSKI *et alii.*, 2004). Como resultados obtiveram que bebês saudáveis mamam no peito, que o leite materno confere a proteção e a preservação da vida de um bebê pré-termo, que o aleitamento materno é o complemento da maternidade e que amamentar um prematuro é uma experiência difícil e desgastante. Para as mães que amamentavam sem dificuldades, a amamentação foi vivida como uma experiência gratificante e muito valorizada para proteção da vida da criança, além de estar relacionada como dever ou obrigação de boa mãe, correlacionando-se com o amor materno. Entretanto, para a maioria das mães entrevistadas, o período de internação foi muito estressante, permeado por sentimentos de insegurança e culpa, diante da situação de fragilidade e risco a que seu filho está exposto, sendo um momento de grande conflito para essas mulheres. Conforme os riscos diminuam e o bebês melhoravam, passando a mamar diretamente no peito, esses sentimentos conflitantes diminuí-

am, passando então a amamentação ser uma experiência prazerosa e de aproximação entre mãe-filho.

Em 2008, Braga, Machado e Bosi investigaram percepções e vivências das mães de RNPT que amamentaram exclusivamente do 4º ao 6º mês de vida, integrantes do MC. Como resultados identificaram que cada mãe vivencia o aleitamento materno exclusivo de maneira singular e que a decisão de amamentar o pré-termo está relacionada ao reconhecimento da importância do leite materno para a saúde do filho. O estudo sugeriu também que o apoio dos profissionais às mães de pré-termo revelou-se como elemento decisivo para a prática exclusiva do aleitamento materno.

Corroborando com esses achados, Neves, Ravelli e Lemos (2010) realizaram uma investigação com o objetivo de conhecer percepções de seis puérperas que utilizaram o MC durante a internação em hospital Amigo da Criança, em Ponta Grossa/Paraná, e este foi apontado como possibilidade de uma vivência única de maior contato íntimo entre mãe-filho, maior facilidade de o bebê buscar e sugar o peito (devido à posição assumida no MC), inclusive favorecendo mamadas mais frequentes.

Nesse sentido ainda, Spehar e Seidl (2013) realizaram estudo quantitativo, com 10 mães hospitalizadas em unidade de neonatologia referência do MC no Distrito Federal, com objetivo de descrever a realização da posição canguru e as práticas de amamentação, bem como avaliar a autoeficácia quanto aos cuidados e à interação com o neonato, ao longo das três etapas do MC. Como resultados, os dados foram positivos, tanto no aspecto de realização do posicionamento quanto nas descrições maternas sobre os sentimentos e emoções associados ao MC. Concluiu-se que, especialmente a 2ª etapa, contribuiu muito para que as mães adquirissem autoeficácia em relação aos cuidados de seus filhos. Observou-se, ao longo das três etapas, predomínio do Aleitamento Materno Exclusivo (AME). Entretanto na 3ª etapa algumas mães encontravam dificuldades para manutenção da amamentação exclusivamente, trazendo à luz questões para reflexões sobre o pós-alta hospitalar e outras questões referentes à prática da amamentação.

Sobre esse aspecto, outros estudos já haviam demonstrado interesse e preocupação, como é o caso do estudo qualitativo sobre a prática da amamentação após prática do MC, no Rio de Janeiro (CABRAL e GROLEAU, 2009), desenvolvido com 11 grupos de mães, familiares e vizinhos, em

domicílios, com intuito de analisar como o conhecimento sobre AME foi incorporado no contexto dos domicílios, após a alta hospitalar, de no mínimo 15 e no máximo 55 dias. Como resultados observaram que, durante a internação, o processo de ensino-aprendizagem sobre a importância do aleitamento materno para saúde, vínculo e ligação com os bebês pré-termos, foi totalmente adquirida, inclusive com a incorporação de termos técnicos, utilizados nos discursos das mães, que referiram as dificuldades como uso da sonda, complementação com leite materno ordenhado, uso do copinho, baixo ganho de peso e as dificuldades da longa permanência no hospital. No entanto, após a alta, com a maior convivência com a família ampliada, no contexto da comunidade, essas mães adquiriram conhecimentos adicionais, como parte da cultura popular, que acabaram por interferir na prática da AME ou até mesmo levou ao desmame precoce, apontando para a necessidade de conservação do apoio recebido no hospital, bem como de educação para a saúde contínua.

De acordo com dados dos estudos nacionais, podemos inferir que o MC tem favorecido melhores taxas de prevalência da AME no Brasil, ao longo desses 15 anos de implantação dessa política pública, tanto no momento da alta hospitalar como para a manutenção dessa prática até os 6 meses de vida. Vale a pena ressaltar que atualmente já temos resultados importantes em relação à AME dessa população, atingindo inclusive taxas maiores do que as encontradas na população em geral.

Essa realidade justifica-se pelo fato de o MC no Brasil fundamentar-se no processo de desenvolvimento contínuo do RN de baixo-peso, configurando-se como uma assistência neonatal em um contexto mais amplo, propondo o resgate de conhecimentos fisiológicos, psicológicos e neurológicos do ser humano, favorecendo uma atenção às necessidades do bebê e de sua família.

Avaliação de custos

Ainda são incipientes os estudos desta categoria, apesar de vários autores afirmarem a importância e o impacto da previsão orçamentária para promover a real mudança nas instituições do País. Assim, optamos

por dar destaque de categoria para este agrupamento, mesmo encontrando apenas 3 estudos.

Entringer *et al.* (2013a) realizaram uma importante pesquisa em maternidades do município do Rio de Janeiro, comparando o MC com o método tradicional de cuidado para RN, estáveis clinicamente e que poderiam receber assistência nas duas modalidades de cuidado. Os resultados mostraram que o cuidado canguru é considerado seguro e conveniente. Uma de suas importantes vantagens sobre os cuidados convencionais é o seu custo mais baixo. O custo da diária foi de R\$ 343,53 para a 2ª etapa da Unidade Canguru e de R\$ 394,22 para a Unidade Intermediária Convencional, considerando a média de internação por RN. A Unidade Intermediária Convencional apresentou custos 25% superiores aos da Unidade Canguru. Este estudo pode contribuir para a tomada de decisão na área da saúde, além de fornecer subsídios para pesquisas relacionadas à avaliação econômica na área neonatal.

Outra publicação também de Entringer e colaboradores (2013b) estimou o impacto orçamentário da utilização do MC na rede municipal de saúde. A utilização do Método significou redução de gastos equivalente a 16% em um ano, se todos os RN elegíveis fossem assistidos por esse método. Assim, a opção MC apresenta menor custo quando comparado com a da Unidade Intermediária Neonatal convencional. A análise de impacto orçamentário da utilização desse método no Sistema Único de Saúde indicou economia importante para o período de um ano.

Lima, Quintero-Romero e Cattaneo (2000) também afirmam que o MC pode representar o uso apropriado dos escassos recursos disponíveis em hospitais de baixa renda, aumentando a prevalência e a duração do aleitamento materno, menores taxas de hipotermia, maior ganho médio de peso diário e menor duração na internação, beneficiando a saúde e o crescimento da criança e contribuindo para a tomada de decisão na área da saúde.

Entretanto, novas pesquisas nesta área são fundamentais para sustentar estas evidências, mostrando não só o impacto orçamentário imediato, mas dando destaque ao impacto indireto a partir da redução da morbimortalidade neonatal.

Seguimento do recém-nascido pré-termo e de baixo peso

Nesta categoria foram agrupados os estudos realizados para avaliação do crescimento e desenvolvimento de RNPT e baixo peso egressos de Unidade Neonatal e que participaram do MC.

Assim, encontramos um estudo prospectivo de uma coorte de RNPT atendidos pelo MC, em uma maternidade pública de nível terciário do Nordeste do Brasil, com peso ao nascer ≤ 1750 g e em condições clínicas necessárias para se aplicar o Método. Teve como objetivo avaliar a evolução clínica, o crescimento e a taxa de aleitamento materno exclusivo de RNPT assistidos pelo MC, ao nascimento, na alta e aos seis meses de idade. A amostra constituiu-se de 137 RN prematuros, sendo 62,8% do sexo feminino, com peso médio ao nascer de 1365 ± 283 g, idade gestacional média de 32 ± 3 semanas e 26,2% eram adequados para a idade gestacional. Foram admitidos na Enfermaria Canguru⁶ com mediana de 13 dias de vida, pesando 1430 ± 167 g, sendo que, nesse momento, 57,7% foram classificados como pequeno, para a idade gestacional corrigida. Tiveram alta hospitalar com $36,8 \pm 21,8$ dias de vida, pesando 1780 ± 165 g e 67,9%, eram pequenos para a idade gestacional corrigida. Aos seis meses de idade cronológica ($n=76$), tinham peso médio de 5954 ± 971 g, estando 68,4% com peso corrigido para a idade gestacional entre os percentis 15 e 85 da curva da Organização Mundial da Saúde (OMS). A frequência de aleitamento materno exclusivo na alta foi de 56,2% e, aos seis meses de idade cronológica, de 14,4% (MENEZES; GARCIA; MELO; CIPOLOTTI, 2014).

Outra publicação encontrada foi um estudo descritivo com o objetivo de traçar o perfil de RNPT que participaram do MC e posteriormente do seguimento ambulatorial, buscando eventuais correlações entre esses descritores. Participaram deste estudo 70 crianças entre 5-34 meses de idade, nascidas entre abril de 1999 e 2002, com idade gestacional de 32,5 semanas, peso ao nascer médio de 1.560 g e que permaneceram na Unidade Canguru por pelo menos 3 dias. Obtiveram alta do MC com 3.000g

6 O Ministério da Saúde não usa esta terminologia, a segunda etapa do Método Canguru é realizada na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa).

e permaneceram em seguimento ambulatorial até 1 ano de idade. Como resultados, os autores apontam o peso ao nascer, a idade gestacional e os índices de *Apgar* como determinantes para a melhor evolução clínica, nutricional e motora dos RNPT, possibilitando inclusive a transferência para a unidade canguru. Reinternações decorrentes de apneia ocorreram em 8,6% das crianças na segunda etapa do Método. O início da alimentação em seio materno exclusivo correspondeu à idade gestacional de 35,3 semanas e 18,6 dias de vida. Receberam alta hospitalar com 29 dias, peso 1.734 g e seio materno exclusivo em 85,7%. Observamos amamentação predominante em 60,3% aos 6 meses. Com relação ao desenvolvimento motor, inicialmente identificamos alterações motoras em 42,8%, reduzidas para 13,8% na revisão final de arquivo, as quais incluíram paralisia cerebral (6,9%) e atraso motor (6,9%). Este estudo conclui que o MC, como a amamentação e a evolução clínica, são determinados especialmente pela idade gestacional e peso ao nascer e influenciados pelas intercorrências clínicas no período neonatal inerentes à condição de prematuridade. O MC revelou-se um instrumento facilitador da amamentação em seio materno, mas a eficácia de sua aplicação como intervenção voltada para o desenvolvimento deve ser investigada mais amplamente (PENALVA; SCHWARTZMAN, 2006).

Ainda temos o estudo de Vieira e Melo (2009) com objetivo de descrever como ocorre o cuidado do RNPT e baixo peso egresso da UTIN, no que tange ao seguimento dessa clientela no contexto do domicílio. Participaram da pesquisa seis famílias com filhos egressos de terapia intensiva neonatal, sendo realizadas visitas domiciliares nos três primeiros meses após a alta hospitalar, no município de Cascavel-PR. Os relatos mostram aspectos do cuidado à criança no domicílio e as experiências com os serviços de saúde da atenção básica e especializados. As famílias expressaram seu itinerário nos serviços de saúde disponíveis, em busca da continuidade do cuidado à saúde do filho após a alta hospitalar. Esse itinerário é marcado por barreiras de acesso, vínculo frágil e vulnerabilidade institucional dos serviços de saúde, gerando insegurança, insatisfação e não-efetividade no seguimento da criança.

Cabe destacar que as políticas públicas de atenção à criança têm buscado ampliar a abordagem do cuidado para além do modelo biomédi-

co, considerando a criança em suas múltiplas relações, a família e o contexto de vida, com vistas ao acesso aos serviços de saúde e a integralidade do cuidado. Assim, o estudo realizado por Furtado *et al.* (2010), objetivou avaliar a prática assistencial da equipe de enfermagem de um Programa de Atenção à Saúde do RN com foco na articulação da atenção hospitalar com a rede básica de saúde. Foi um estudo qualitativo realizado em três maternidades públicas de Ribeirão Preto/SP em 2007. Observou-se o acolhimento como norteador das atividades, a contrarreferência de mãe e filho para a unidade de saúde, orientações sobre teste do pezinho, vacinação e incentivo e apoio à amamentação. RN identificados com risco para desenvolvimento foram agendados em serviço especializado. Desde sua criação, este programa tem-se constituído em estratégia aglutinadora que busca articular hospitais e serviços da rede básica de saúde, tendo como foco garantir a atenção integral à população materno-infantil, facilitar o acesso aos serviços de saúde e a continuidade da assistência (FURTADO *et al.*, 2010).

As publicações sobre este tema ainda são reduzidas. Consideramos que isso se deve ao curto de tempo de implantação do MC em muitas unidades neonatais, não nos permitindo avaliar o impacto deste cuidado, além da questão de que recentemente o MS tem envidado esforços neste campo da interface entre a instituição hospitalar e a atenção básica de saúde, promovendo nos dias atuais a linha de cuidado compartilhado.

Rede de apoio

Nesta categoria, incluímos o artigo de Andreani, Custódio e Crepaldi (2006), que tem como objetivo fornecer um panorama sobre o nascimento prematuro e suas repercussões no âmbito familiar, mostrando a vulnerabilidade do bebê em seu desenvolvimento físico e afetivo, bem como a crise emocional que os pais atravessam durante este evento, além da alteração na dinâmica familiar. Apresenta, também, a definição de rede social e sua influência nas situações de crise, mostrando a importância das mesmas durante o processo de nascimento, a fim de se estimular a ativação ou construção de uma rede de apoio efetiva na situação de prematuridade. Por fim, apontam que o MC no Brasil, enquanto política de saúde

mostra-se como um conjunto de estratégias de intervenção que viabilizam fatores de proteção para o desenvolvimento de bebês pré-termo, pois assegura a formação e/ou fortalecimento do vínculo afetivo mãe-pai-bebê e estimulação precoce, cuidados individualizados ao bebê, respeitando sua capacidade neurológica e de interação, inserção da família nos cuidados e acompanhamento do bebê, além de representar um importante suporte social para a família na situação de crise em que se encontram.

Foi desenvolvida uma revisão da literatura a respeito das redes sociais de apoio no contexto do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo, centrada na abordagem do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, em que os resultados apontam a importância do apoio de pessoas significativas e dos programas de acompanhamento de crianças que nascem pré-termo e de suas famílias (CUSTÓDIO; CREPALDI; LINHARES, 2014).

Em relação à rede de apoio, também foi publicado um estudo que objetiva compreender os efeitos decorridos da presença dos avós em uma UTIN, em que os autores observaram, entre outras coisas: que as mães fazem às avós um pedido de serem maternadas, pois elas também sofrem; que a mãe-da-mãe, ao contrário da mãe-do-pai, se atribui a função de cuidar da filha para que esta cuide do bebê; e que os profissionais acham a visita dos avós importante, mas ainda demonstraram um desconforto com sua presença. A entrada dos avós mostrou-se positiva, mas não deve ser encarada como uma simples “visita”; a função dos avós na unidade neonatal é uma construção gradual que envolve não apenas os próprios avós, mas também os pais, os bebês e os profissionais (ROCHA; LAMY; FERREIRA, 2005).

Quanto ao apoio da família, encontramos dois artigos que analisam de forma exploratória as observações das ocorrências das visitas dos irmãos aos bebês internados e suas repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTIN: “Lembraram-se de Mim!”, que foi implantado numa clínica privada, na cidade do Rio de Janeiro. Por meio da observação das visitas dos irmãos e das falas dos pais durante o período de internação do bebê e no pós-alta hospitalar foi possível registrar mudanças de conduta nos pais, mostrando uma maior participação nos cuidados com o filho internado; observar condutas diversas de acordo com as diferentes faixas etárias dos irmãos; acompanhar novas

percepções da equipe em relação aos bebês e suas famílias. Tais dados mostram que se trata de uma intervenção recomendada para facilitar o processo de humanização nos cuidados intensivos neonatais (MORSCH & DELAMONICA, 2005; MORSCH, CARVALHO & LOPES, 1997).

A literatura atual aponta que o MC traz muitos benefícios ao RN de baixo peso e que a participação efetiva da família no cuidado desses bebês, desde o início da vida, favorece a criação e o fortalecimento do vínculo afetivo. Assim, encontramos um estudo que teve como objetivo aumentar a compreensão sobre a influência das condições hospitalares e da organização familiar sobre a prática do MC. Foram realizadas entrevistas com 14 mulheres e sete homens participantes do Programa Canguru, do Hospital Geral de Itapeceira da Serra, São Paulo. Os depoimentos dos entrevistados mostram o processo de decisão para a prática do Método como um complexo que depende não só da vontade da mãe, mas também do apoio de sua rede familiar e de uma equipe de saúde compreensiva. Embora as mães percebam a importância do Método para a recuperação de seus filhos, os dilemas e as dificuldades pessoais e de ordem familiar podem impedi-la de participar efetivamente do programa. A interação entre alguns fatores, tais como perda de uma criança em gestação anterior, presença de outros filhos, participação do pai e de outros membros da família e arranjos domésticos, pode determinar padrões mais ou menos favoráveis à opção e prática do MC (TOMA, 2003).

Ainda foi incluído nesta categoria, um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com o objetivo de conhecer a prática domiciliar do MC. Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário aos pais dos RNPT que estiveram internados em um hospital universitário, em São Luís (MA). De acordo com os dados encontrados, 100% das famílias receberam ensinamentos e orientações no hospital; e em 53,3% dos casos apenas a mãe foi orientada. Os benefícios do trabalho educativo desenvolvido pela equipe foram confirmados na prática domiciliar, com 93,3% das mães realizando adequadamente a posição canguru, na qual 86,7% dos bebês se encontravam ligeiramente vestidos, 86,7% delas amamentando tecnicamente correto e 86,7% sem fazer uso de qualquer tipo de adereços. 46,7% das mães permanecem de cinco a oito horas/dia com o bebê nesta posição e 66,7% identificaram as tarefas do lar como

principal obstáculo da prática. Em relação ao seguimento ambulatorial neonatal, 63,3% das mães identificaram a falta de recurso financeiro para cobrir as despesas com o transporte como principal fator de dificuldade. Os dados obtidos demonstram que o apoio da rede familiar e da equipe de saúde parece ser o melhor caminho para garantir a extensão do cuidado em domicílio (ARAÚJO *et al.*, 2010), corroborando com estudos apresentados anteriormente que também enfatizam a importância da rede de apoio para o sucesso do MC.

Por fim...

É importante destacar que a pesquisa legaliza o fazer, busca novas formas de cuidar e ao mesmo tempo proporciona uma aproximação entre a teoria e a prática, contribuindo efetivamente para a produção do conhecimento.

Neste sentido, julgamos que os resultados apresentados neste capítulo podem contribuir para o entendimento do caminho percorrido pelos profissionais de saúde na construção do conhecimento acerca da política de atenção humanizada ao RN – MC, proporcionando pistas seguras para visualização do estado da arte referente à temática.

Consideramos que tivemos muitos avanços como produção do conhecimento, mas ainda há muito espaço para novas publicações, ressaltamos que estas produções já foram capazes de mudar as práticas dentro das unidades neonatais.

Referências

- AQUINO, R.R.de ; OSÓRIO, M.M. Relactation, translactation, and breast-
orogastric tube as transition methods in feeding preterm babies. **J. Hum
Lact.**, v. 25, n.4, p.420-426, 2009.
- ALENCAR, A.E. de, et al. Effect of kangaroo mother care on postpartum
depression. **J. Trop. Pediatr.**, v.5, n.1, p.36-8, 2009.
- ALMEIDA, C.M.; ALMEIDA, A.F.N.; FORTI, E.M.P. Efeitos do Método Mãe
Canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso.
Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11, n. 1, p. 1-5, jan./fev. 2007.

ALMEIDA, H., et al. Impacto do Método Canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo. **J. Pediatr.**, v. 86, p. 250-253, 2010.

ANDERZÉN-CARLSSON, A.; LAMY, Z.C.; ERIKSSON, M. Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant – Part 1: a qualitative systematic review. **In. J. Qual. Stud. Health Well-being**, v.9, 24906, 2014.

ANDERZÉN-CARLSSON, A., et al. Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant – Part 2: a qualitative meta-synthesis. **In. J. Qual. Stud. Health Well-being**, v.9, p.24907, 2014.

ANDRADE, I.S.N.; GUEDES, Z.C.F. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe Canguru com os cuidados tradicionais. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil.**, v. 5, n. 1, p. 61-65, 2005.

ANDREANI, G.; CUSTODIO, Z.A.O.; CREPALDI, M.A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. Aletheia, Canoas, n. 24, p.115-126, dez. 2006 .

ARAÚJO, C.L.; RIOS, C.T.F, SANTOS, M.H; GONÇALVES, A.P.F. Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. **Ciênc. Saúde Col.**, v.15, n.1, p. 301-307, 2010.

ARIVABENE, J.C.; TYRRELL, M.A.R. Método Mãe Canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. **Rev Latino-Amer. Enferm.**, 18, n.2, p.130-136, 2010.

AZEVEDO, V.M.G.O.; DAVID, R.B.; XAVIER, C.C. Cuidado Mãe Canguru em recém-nascidos pré-termo sob suporte ventilatório: avaliação dos estados comportamentais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 2, p. 133-138, June 2011.

BARRADAS, J., et al. A relação entre posicionamento do prematuro no Método Mãe Canguru e desenvolvimento neuropsicomotor precoce. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 82, n.6, p.475-80, 2006.

BORCK, M.; SANTOS, E.K.A. Terceira etapa Método Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.31, n.4, p.761-768, 2010.

BORCK, M., et al. Interdisciplinaridade na atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso num Centro de Referência Nacional do Método Canguru. **HOLOS**, v. 3, p. 404-414, jul. 2015.

BRAGA, D.F.; MACHADO, M.M.T; BOSI, M.L.M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Rev Nutr Campinas**, v. 21, n.3, p. 293-302, 2008.

CABRAL, I.E.; GROLEAU, D. A prática da amamentação após o Método Mãe Canguru no Rio de Janeiro: a necessidade de educação em saúde e intervenção de enfermagem no domicílio. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 33, n.4, p.763-71, 2009.

CAETANO, L.C.; SCOCHI, C.G.S.; ANGELO, M. Vivendo no Método Canguru a tríade mãe-filho-família. **Rev Latino-am Enferm.**, v.13, n.4, p.562-8. 2005.

CARDOSO, A.C.A., et al. Método Mãe Canguru: aspectos atuais. **Pediatrics**, v. 28, p. 128-134, 2006.

CASTRAL, T.C., et al. Fatores maternos influenciam a resposta à dor e ao estresse do neonato em posição canguru. **Rev Latino-Amer. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, jun. 2012.

COLAMEO, A.J.; REA, M. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do estado de São Paulo: uma análise do processo de implantação. **Cad. Saúde Públ.**, v. 22, n.3, p. 597-607, 2006.

COSTA, R; MONTICELLI, M. Reflexões da equipe de saúde sobre o Método Mãe Canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora. **Rev Brasil. Enferm.**, 59, n.4, p. 578-582, 2006.

COSTA, R., et al. Da incubadora para o colinho: o discurso materno sobre a vivência no Método Canguru. **Rev. enferm. atenção saúde**, v.3, n.2, p. 41-53, 2014.

COSTA, R.; PADILHA, M.I.; MONTICELLI, M. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 199-204, 2010 .

CUSTÓDIO, Z; CREPALDI, MA.; LINHARES, MBM. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. **Est. Psicol.**, v.31, n.2, p.247-255, 2014.

CRUVINEL, F.G.; MACEDO, E.C. Interação mãe-bebê pré-termo e mudança no estado de humor: comparação do Método Mãe Canguru com

visita na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 7, n. 4, p. 449-455, Dec. 2007.

DINIZ, K., et al. Atividade eletromiográfica do músculo bíceps braquial de recém-nascidos pré-termo submetidos à posição canguru. **Rev. Bras. Saude Mater Infant.**, v. 12, n.3, p. 327-330, 2012.

DINIZ, K.T., et al. Effect of the kangaroo position on the electromyographic activity of preterm children: a follow-up study. **BMC Pediatr.**, v.13, p.79, 2013.

ELEUTÉRIO, F.R.R. et al. O imaginário das mães sobre a vivência no Método Mãe Canguru; **Rev. Cienc. Cuid. Saúde**, v. 7, n.4, p.439-446, 2008.

ENTRINGER, A.P., et al. Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.6, p.1205-16, 2013a

ENTRINGER, A.P.; DURANTE, A.L.; THOMAZ, P.M.M. Medidas não farmacológicas para controle da dor no recém-nascido pré-termo. **Rev. Rede Cuid. Saúde**, v. 7, n.2, p.1-14, 2013.

ENTRINGERI, A.P. et al. Impacto orçamentário da utilização do Método Canguru no cuidado neonatal. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n.5, p.976-83, 2013b.

FURTADO, M.C.C. et al. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. **Rev. Electr. Enf.**, v.12, n.4, p.640-6, 2010.

FREIRE, N. B.S.; GARCIA, J. B.; LAMY, Z. C. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. **Pain**, v. 139, n. 1, p. 28-33, 2008.

GONTIJO, T.L.; XAVIER, C.C.; FREITAS, M.I.F. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n.5, p.935-944, 2012.

GONTIJO, T.L., et al. Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso – Método Canguru. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 86, n.1, p.33-39, 2010.

GUIMARÃES, G.P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no Método Mãe Canguru: uma

contribuição da enfermagem. **Rev. Texto Contexto-Enferm.**, v. 16, n.4, p.626-635, 2007.

JAVORSKI, M., et al. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado Canguru. **Rev. Latino-am Enferm.**, v. 12, n.6, p.890-898, 2004.

HENNIG, M.A.S.; GOMES, M.A.S.M.; GIANINI, N.O.M. Conhecimento e práticas dos profissionais de saúde sobre a “atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru”. **Rev. Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 6, n.4, p. 427-435, 2006.

LAMY FILHO, F. et al. Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. **J. Pediatr.**, v. 84, n.5, p. 428-435, 2008.

LAMY FILHO, F., et al. Effect of maternal skin-to-skin contact on decolonization of Methicillin-Oxacillin-Resistant Staphylococcus in neonatal intensive care units: a randomized controlled trial. **BMC pregnancy and childbirth**, v.15, n.1, p. 63, 2015.

LAMY, Z.C., et al. Construção do papel materno a partir da vivência de internação em UTI Neonatal em dois modelos assistenciais. **Rev. Pesq. Saúde**, v. 12, p. 14-21, 2011.

LAMY, Z. C. et al. Humanization in low weight newborn intensive care-Kangaroo Mother Care: the Brazilian propose. **Ciênc. Saúde Col.**, v. 10, n.3, p. 659-668, 2005.

LIMA, G.; QUINTERO-ROMERO, S.; CATTANEO, A. Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil. **Ann Trop Pediatr**, v.20, n.1, p.22-6, 2000.

MACHADO, A.C.B., et al. Produção de conhecimento sobre o Método Canguru. **Rev. Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.5, n.1, p.61-67, Jan-Fev-Mar. 2012.

MAIA, F.A.; AZEVEDO, V.M.G.O.; GONTIJO, F.O. Os efeitos da posição canguru em resposta aos procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão da literatura. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 370-373, Sept. 2011 .

MEDEIROS, J.S.S.; MASCARENHAS, M.F.P.T. Banho humanizado em recém-nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria Canguru. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.21, n.1, p.51-60, 2010.

MEDEIROS, A.M.C., et al. Intervenção fonoaudiológica na transição alimentar de sonda para peito em recém-nascidos do Método Canguru. **Audiol. Commun. Res.**, v.19, n.1, p.95-103, 2014.

MENEZES, M.A.S., et al. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma corte do nascimento aos seis meses. **Rev. paul. pediatr.**, v.32, n.2, p. 171-177, 2014.

MIRANDA, R.M., et al. Electromyographic activity of preterm newborns in the kangaroo position: a cohort study. **BMJ Open**, v. 4, p.e005560, 2014.

MOREIRA, J.O., et al. Programa Mãe Canguru e a relação mãe-bebê. **Psicol. Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 475-483, jul./set. 2009.

MORSCH, D.S.; DELAMONICA, J. Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: "Lembraram-se de Mim!" **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n.3, p. 677-687, 2005.

MORSCH, D.S.; CARVALHO, M.; LOPES, J.M. Programa de visitação os irmãos aos bebês internados em UTI neonatal. **Pediatr. Moderna.**, n. 3, n.7, p.481-488, 1997.

NEVES, P.N.; RAVELLI, A.P.X.; LEMOS, J.R.D. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (Método Mãe Canguru): percepções de puérperas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n.1, p.48-54, 2010.

NEVES, F., et al. Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário **Acta Paul Enferm.**, v.19, n.3, p.349-53, 2006.

OLIVEIRA E SILVA, M.B.; BRITO, R.C.S. Percepções e Comportamentos de Cuidado Neonatal de Mulheres Participantes de um Programa Mãe Canguru. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v.12, n.2, p. 255-266, 2008.

OLIVEIRA, M.C., ET AL. Método canguru: percepções das mães que vivenciam a segunda etapa. **J. Res. Fundam. Care**, v.7, n.3, 2939-2948, 2015.

OLMEDO, M.D. et al. Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos ao Método Mãe Canguru e a posição prona. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 115-121, June 2012.

PARISI, T.C.H.; COELHO, E.R.B.; MELLEIRO, M.M. Implantação do Método Mãe Canguru na percepção de enfermeiras de um hospital universitário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 575-580, 2008.

PENALVA, O.; SCHWARTZMAN, J.S. Descriptive study of the clinical and nutritional profile and follow-up of premature babies in a Kangaroo Mother Care Program. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 82, n.1, p.33-9, 2006.

ROCHA, L. J. L. F.; LAMY, Z. C.; FERREIRA, M. C. F. Avós na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: explorando possibilidades. **Rev. Hospital Universitário/UFMA**, v. 6, p. 13-17, 2005.

SANTOS, N.D.; MACHADO, M.E.D.; CHRISTOFFEL, M.M. (Re)conhecendo a participação masculina no Método Canguru: uma interface com a prática assistencial de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saude**, v.12, n.3, p.461-468, 2013.

SANTOS, L.M. dos, et al. Maternal perception of the skin to skin contact with premature infants through the kangaroo position. **Rev. Pesq.: Cuidado é Fundamental**, v. 5, n.1, p.3504-14, 2013.

SCOCHI, C.G.S. **A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**. 2000. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SILVA, S.M.; SEGRE, C.A.M. Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. **Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p.291-301, 2010 .

SILVA, F.F.; PRADO, S.R.L.A. Método Mãe Canguru: um novo paradigma na assistência ao recém-nascido e sua família. **Rev. Enferm. UNISA**, v.4, p. 51-5. 51, 2003.

SILVA, J.R. da; THOME, C.R.; ABREU, R.M. de. Método Mãe Canguru nos hospitais / maternidades públicos de Salvador e atuação dos profissionais da saúde na segunda etapa do método. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 522-533, June 2011.

SIMON, J.M. Evidence-based practice in nursing. **Nurs. Diag.**, v. 10, n.1, p.3, 1999.

SOUSA, B.B.B., et al. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, p. 88-96, 2006.

SPEHAR, M.C.; SEIDL, E.M.F. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Psicol. Estudo**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 647-656, out./dez. 2013.

TOMA, T.S. Da intuição às políticas públicas: a jornada para incorporação do Método Canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 13, p. 231-238, 2012.

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. sup. 2, p. S233-S242, 2003.

VENANCIO, S.I.; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n.5, Supl., p.S173-S180, 2004.

VIEIRA, C.S.; MELLO, D.F. de. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n.1, p. 74-82, Jan/Mar, 2009.

Contribuições do Instituto de Saúde para produção de conhecimento e capacitação de profissionais para o Método Canguru

Maria Teresa Cera Sanches¹

Sonia Isoyama Venâncio²

Tereza Setsuko Toma³

Honorina de Almeida⁴

Introdução

O Instituto de Saúde (IS) é um instituto de pesquisa, vinculado à Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo (SES/SP), fundado em 16 de julho de 1969, localizado na cidade de São Paulo. Sua missão é produzir conhecimento científico e tecnológico no campo da saúde coletiva e promover sua apropriação para o desenvolvimento de políticas públicas, visando à melhoria da qualidade de vida da população, prestando assessoria e colaborando na formação de recursos humanos, em consonância

1 Maria Teresa Cera Sanches (mtsanches@isaude.sp.gov.br) é fonoaudióloga, pesquisadora do Instituto de Pesquisa da Secretaria da Saúde de São Paulo (SES) e consultora nacional do Método Canguru para o Ministério da Saúde (MS).

2 Sonia Isoyama Venâncio (soniav@isaude.sp.gov.br) é pediatra, doutora em Saúde Pública/USP, pesquisadora e vice-diretora do Instituto de Saúde, consultora nacional da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e membro do Comitê Nacional de Aleitamento Materno

3 Tereza Setsuko Toma (ttoma@isaude.sp.gov.br) é médica e pesquisadora do Instituto de Saúde, doutora em Nutrição em Saúde Pública e diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o Sistema Único de Saúde de São Paulo (SUS/SP)

4 Honorina de Almeida (honorina.almeida@terra.com.br) é médica pediatra, doutora em desenvolvimento infantil, pesquisadora do Instituto de Saúde e consultora do Método Canguru para o MS até 2012.

com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, equidade e participação social.

O IS tem como objetivo ser referência para o SUS na produção de conhecimento técnico-científico; na avaliação tecnológica em saúde; em assessoria para os diferentes níveis de gestão do sistema de saúde e outros setores do governo; na formação e desenvolvimento de trabalhadores para o sistema de saúde e na difusão de informações para a tomada de decisão.

Desde a década de 1990, pesquisadores do IS têm contribuído de forma expressiva e com diferentes trabalhos para a difusão do Método Canguru, antes mesmo de o Ministério da Saúde (MS) ter incorporado essa tecnologia de cuidados como uma política pública.

Este capítulo objetiva apresentar projetos de pesquisa e publicações dos pesquisadores da instituição e relacioná-los com os diferentes momentos do desenvolvimento dessa política. Para que o leitor possa ter acesso aos resultados desses estudos, listam-se ao final do capítulo as referências de publicações que são resultados diretos ou indiretos de tais estudos.

Um pouco da história

Nossa preocupação e envolvimento nos cuidados aos Recém-Nascidos de Baixo Peso (RNBP) e pré-termo tiveram início em 1990, antecipando questões que futuramente seriam incorporadas nas propostas do MS na implantação do Método Canguru. As pesquisadoras do Instituto de Saúde Marina Ferreira Rea e Tereza Setsuko Toma desenvolveram o projeto *“São Paulo Lactation Training Centre: Proposal for Breastfeeding Implementation Through Training of Health Workers in Brazil”*. Esta proposta, com financiamento da Organização Mundial da Saúde (OMS), viabilizou a participação de Tereza Setsuko Toma, do IS, Keiko Miyasaki Teruya, Sergio Kabbach e Sueli Domingues Craveiro, do Hospital Guilherme Álvaro (HGA), no curso de Especialização em Manejo da Lactação oferecido pelo *Wellstart San Diego Lactation Program*, em abril de 1990. A equipe retornou do curso mobilizada e decidida a

implantar um Centro de Lactação, em Santos, cujo objetivo foi capacitar equipes multiprofissionais em aleitamento materno (MURAHOVSKI, 1991).

Em agosto do mesmo ano, o Centro de Lactação implantado no HGA iniciou cursos com duração de três semanas (figura 1), com apoio inicialmente da OMS e depois mediante convênio estabelecido com o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (TERUYA *et al.*, 1992). Nestes cursos um dos temas abordados era o “Programa Mãe Canguru” como facilitador da amamentação e do fortalecimento de vínculo entre mãe e bebê pré-termo. Todo esse movimento favoreceu a implantação do Método Mãe Canguru no HGA em 1991, no qual muitos alunos do curso, provenientes de hospitais de todas as regiões do País, puderam observar e vivenciar seu funcionamento. O responsável por abordar o tema nesses cursos era o Dr. Mario Alves Rosa.



Figura 1: Grupo de alunos de várias partes do País, além de alguns de países da América Latina, acompanhados de Keiko Teruya, Tereza Toma e Mario Rosa, ao final de um curso do Centro de Lactação implantado no Hospital Guilherme Álvaro – 1991

A primeira pesquisa do IS, intitulada “Assistência Canguru: desenvolvimento de um projeto-piloto na cidade de São Paulo”, foi desenvolvida no período de 1993 a 1998 sob coordenação de Marina Ferreira Rea, com a participação das pesquisadoras do IS Tereza Setsuko Toma, Ana Julia Colameo, Maria Cezira Nogueira Martins e Siomara Roberta de Siqueira. O objetivo era avaliar o então chamado “Método Mãe Canguru” em recém-nascidos pré-termo comparado à assistência neonatal tradicional, na maternidade pública estadual Leonor Mendes de Barros, município de São Paulo, observando seu impacto sobre a morbidade, mortalidade e aleitamento materno.

O apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (*United Nations Children’s Fund* – UNICEF) propiciou à equipe de pesquisadoras, conhecer desafios para implantação do programa em uma metrópole, e possibilitam uma visita da Dra. Branca Liris Silvestrini, neonatologista do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, ao “*Programa Madre Canguru*”, em Bogotá/Colômbia, assim como a vinda a São Paulo do Dr. Adriano Cattaneo, do *Istituto per L’Infanzia*, de Trieste, como pesquisador convidado (REA; TOMA, 1997); (CATTANEO *at alii.*, 1998).

Nota-se que a preocupação dos pesquisadores do IS, nesse momento, era a busca por evidências científicas sobre o Método Mãe Canguru. É importante observar que, nesse período, havia poucos estudos disponíveis sobre o impacto dessa tecnologia de cuidados na literatura internacional e nacional, sendo a maioria dos estudos de caráter descritivo. Os primeiros estudos sobre o impacto do Método Canguru, nesse contexto, tiveram um papel importante para a disseminação do Método, antes mesmo da Normatização do MS, em 2000.

Em 1996 foi criada uma rede internacional de especialistas, a *International Network of Kangaroo Mother Care* (INK). Esta rede tem organizado a cada dois anos o *Kangaroo Mother Care Workshop*. O IS esteve representado no workshop realizado em Trieste, em 1996, por Marina Rea, e no realizado na Colômbia, em 1998, por Tereza Setsuko Toma, que, na ocasião, apresentou resultados do projeto anteriormente citado.

Em 1995, essa pesquisadora conheceu o programa implantado pioneiramente no Instituto Materno Infantil de Bogotá pelos médicos Hector Gómez e Rey Sanabria, ao participar de reunião da Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (*International Baby Food Action Network* – IBFAN) realizada na Colômbia. Em 1998 teve oportunidade de conhecer o novo programa proposto pela *Fundación Canguru*.

Com a premiação do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), em 1997, e reforma da enfermaria Canguru, em Recife, o Método Mãe Canguru ganhou visibilidade nacional e o apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), que, em 1999, favoreceu a realização da **Conferência Nacional sobre o Método Mãe Canguru**, realizada no Rio de Janeiro, que contou com a participação do IS (figura 2).



Figura 2: Conferência Nacional do Método Canguru no Rio de Janeiro, 1999. Da esquerda para a direita: Marcus Renato de Carvalho (RJ), Sonia Brady (SP), Maria José Pereira (SP), Tereza Toma (SP), Élides Lima (HGA, Santos), Dr. Hector Martinez (Colômbia), Geisy Lima (IMIP, PE), Maria Teresa C. Sanches (HGA, Santos), Branca Silvestrini (SP), Mario Rosa (HGA, Santos).

A partir da conferência, o MS designou um grupo de trabalho para elaborar as diretrizes para a implantação do Método, com participação do IS, representado pela pesquisadora Tereza Toma. Após a publicação da “Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru” (BRA-

SIL, 2000), um projeto amplo de difusão em todo o Brasil (figura 3) foi então coordenado pelo MS, com o apoio do BNDES, em parceria com a Fundação ORSA (PROCHNIK & CARVALHO, 2001). O IS contribuiu por meio de assessoria técnica em todos esses momentos.



Figura 3: Participantes do Curso de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, realizado no Instituto Materno Infantil de Pernambuco, de 17 a 19 de maio de 2000.

Projetos, publicações e capacitações desenvolvidos no IS relacionados ao Método Canguru

Já nos anos 2000, após a incorporação do Método Canguru como uma política pública do SUS, o IS colaborou intensamente tanto para a difusão do Método como para construção de novos conhecimentos sobre o tema.

De 1999 a 2006, a pesquisadora Tereza Toma participou da organização e coordenação da Lista e Fórum de Discussão do Método Mãe Canguru, com a finalidade de divulgar e fomentar a implementação do

programa por meio da internet, em conjunto com Dr. Marcus Renato de Carvalho, professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Após esse período, Marcus Renato deu continuidade ao trabalho, com a lista de discussão que funciona até hoje. O Fórum foi abrigado em seu site www.aleitamento.com (<http://www.aleitamento.com/mae-canguru/>).

Em novembro de 2000, a mesma pesquisadora foi selecionada para participar do Programa de Introdução à Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, oferecido pelo Núcleo de Estudos de População da Unicamp (NEPO/Unicamp), apoiado financeiramente pela Fundação Ford. Após o término do curso, uma bolsa de estudos viabilizou a realização do projeto de pesquisa *“Método canguru: participação de mães e pais no cuidado do bebê de baixo peso e organização das atividades domésticas”*.

Este estudo teve como objetivo aumentar a compreensão sobre a influência das condições hospitalares e da organização familiar sobre a prática do Método. Foram realizadas entrevistas com 14 mulheres e sete homens participantes do Programa Canguru, do Hospital Geral de Itapecerica da Serra, São Paulo. Os depoimentos dos entrevistados apontaram que a decisão para a prática do Método Canguru é um processo complexo, que depende não só da vontade da mãe, mas também do apoio de sua rede familiar e de uma equipe de saúde compreensiva. As entrevistas permitiram verificar que, embora as mães percebam a importância do Método para a recuperação de seus filhos, os dilemas e as dificuldades pessoais e de ordem familiar podem impedi-las de participar efetivamente do programa. A interação entre alguns fatores, tais como perda de uma criança em gestação anterior, presença de outros filhos, participação do pai e de outros membros da família e arranjos domésticos, pode determinar padrões mais ou menos favoráveis à opção e prática do Método (TOMA, 2003).

Em 2001, os pesquisadores do IS Rui de Paiva, Ana Julia Colameo, Tereza Toma e a neonatologista Honorina de Almeida, do Hospital Geral de Itapecerica da Serra/Seconci/SES-SP, Centro Nacional de Referência do MS para o Método Canguru integraram o Grupo de Trabalho para discutir o Método Canguru no Estado de São Paulo, junto à Área de Saúde da Criança da SES/SP, que levou à elaboração da Norma Estadual para

implementação do Método Canguru e proposta de capacitação de equipes de maternidades, marco inicial para inúmeras capacitações que seguiram por todo o estado de São Paulo.

Em assessoria técnica a esse mesmo projeto do estado de São Paulo, sob coordenação da fonoaudióloga Maria Teresa Cera Sanches do HGA, vinculado à SES/SP, instituiu-se o Grupo de Trabalho e Estudos de Fonoaudiólogos Pró-amamentação (Grupo FonoAmament), contando com fonoaudiólogos que já atuavam em hospitais públicos, titulados como “Iniciativa Hospitais Amigos da Criança” (IHAC/UNICEF/MS) ou que possuíam rotinas implantadas em prol amamentação. O objetivo principal deste Grupo foi formular a “Recomendação para atuação fonoaudiológica no Método Canguru e Iniciativa Hospital Amigo da Criança para o Estado de São Paulo” e difundir essa experiência. O Grupo coordenou várias reuniões técnicas, seminários e oficinas em São Paulo e os resultados foram apresentados em 22 diferentes eventos científicos brasileiros, nas áreas de Saúde Pública e Fonoaudiologia (SES, 2002), culminando com a expansão da atuação fonoaudiológica Neonatal.

De 2001 a 2002, as pesquisadoras Tereza Toma e Marina Rea assessoraram o Comitê Técnico do Programa de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru, instituído pela Fundação ORSA, MS e BNDES, para contribuir na condução técnica, avaliação da implantação e projeto de disseminação do programa.

Em 2004, a pediatra Honorina de Almeida e a fonoaudióloga Maria Teresa Cera Sanches (ambas com procedência de hospitais de referência para o Método Canguru no País e consultoras do MS para o Método), passaram a integrar a equipe do então denominado Núcleo de Investigação de Saúde da Mulher e da Criança do IS. Essa participação ampliou a realização de cursos para implantação do Método Canguru no estado de São Paulo. Nesse período realizaram-se Oficinas para divulgação do Método, capacitações para profissionais de saúde em geral, além dos Cursos Oficiais do MS para equipes hospitalares visando à implantação do Método (parceria com o Hospital Geral de Itapeverica da Serra e MS).

Desde essa época, o IS tem contribuído significativamente para a implantação e consolidação do Método Canguru, principalmente no

estado de São Paulo, oferecendo ainda, após os cursos de capacitação e sensibilização, uma assessoria direta e suporte para os hospitais capacitados. Uma estratégia utilizada foi a realização de um diagnóstico local dos obstáculos para a implantação, a fim de fortalecer a equipe local para o enfrentamento dessas situações.

Outra iniciativa foi o início da realização de cursos sobre o Método Canguru no âmbito do Programa CurSUS e Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do IS, que abordavam o tema do seguimento do bebê de baixo peso ao nascer na Atenção Básica (figura 4). Desde essa época, no estado de São Paulo, houve uma preocupação especial com o seguimento dessa população na rede básica de saúde.



Figura 4: Programa CurSUS: Capacitação para profissionais de saúde da Atenção Básica no seguimento ambulatorial de RNBP e amamentação no IS. São Paulo, 2010

Destacam-se ainda algumas publicações, a exemplo do livro “Amamentação: bases científicas para a prática profissional”, que contou com dois capítulos de pesquisadores do IS – Mãe canguru: tecnologia perinatal humana (TOMA, 2002) e Enfoque fonoaudiológico na amamentação (SANCHES, 2002) – reimpressos até 2010, o Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, que contou com o capítulo de Políticas Públicas nacionais em aleitamento materno e saúde do recém-nascido e a atuação fonoaudiológica (SANCHES E MELO, 2014) e periódicos nacionais (CARDOSO *et al.*, 2006), que abordaram o tema. Também importante foi a participação no Manual Técnico

do Ministério da Saúde “Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru” (Brasil, 2002).⁵

O Método também foi abordado no Boletim do Instituto de Saúde (BIS): “Método mãe canguru: como facilitar o aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso ao nascer” (TOMA, 2002); “Da intuição às políticas públicas: a jornada para incorporação do método canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso” (TOMA, 2012).

Nessa época surge o interesse dos pesquisadores para a forma de implantação dessa estratégia nos diferentes serviços, bem como as barreiras e os facilitadores desse processo. O projeto **“Avaliação do Processo de Implantação do Método Mãe Canguru em Hospitais do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo”** foi elaborado para analisar a implantação do Método Canguru em 28 diferentes hospitais públicos do estado de São Paulo. Os resultados indicaram que hospitais de ensino, hospitais com o título da IHAC, com banco de leite humano e com mais de 12 profissionais capacitados obtiveram melhores escores de implantação. Mudanças na capacitação, a inclusão de gestores e previsão de recursos orçamentários para a implantação, avaliação e controle do Método Canguru foram algumas recomendações do trabalho (COLAMEO, 2006).

Nos anos de 2004/2005 o IS estabeleceu uma parceria com a *Japan International Cooperation Agency* (JICA) para o desenvolvimento de um projeto de implantação e avaliação do impacto do Método Canguru no Hospital Municipal do Campo Limpo⁶ coordenado pela pesquisadora Sônia Venâncio.

Este projeto, em seu componente de implantação, estabeleceu uma estratégia que conjugava capacitações da equipe de neonatologia e supervisões *in loco* para apoiar a equipe na mudança das práticas assistenciais, estratégia semelhante à atualmente utilizada pelo MS.

Em seu componente avaliativo, o projeto teve como objetivos: avaliar o impacto do Método sobre a evolução clínica, audição e desenvolvimento neuropsicomotor dos RNBP e pré-termo; avaliar a percepção da

5 Em 2002, Tereza Toma e Honorina de Almeida colaboraram na elaboração deste Manual.

6 Este projeto contou com a participação de Daisuke Onuki (JICA) e de uma equipe do Instituto de Saúde: Honorina de Almeida, Maria Teresa Cera Sanches e Tereza Setsuko Toma e de pesquisadores externos: Daniela de Almeida Andretto, Adriana Alves Martins da Silva, Olga Penalva, Denise Feliciano e Cristiane Alves Oliveira.

equipe de saúde da unidade neonatal sobre a assistência ao bebê pré-termo antes e após a implantação do Método; avaliar o impacto das capacitações sobre os conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde da equipe neonatal; avaliar o perfil social e percepção materna quanto às suas competências e vinculação com o bebê antes e após a implantação do Método e avaliar a participação da rede familiar no cuidado do recém-nascido e as práticas de alimentação infantil, especialmente a duração do aleitamento materno exclusivo, pós-alta hospitalar, antes e após a implantação do Método (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Além disso, o projeto avaliou o impacto de um treinamento oferecido a profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família da região do entorno do hospital para o acompanhamento dos RNBP após a alta hospitalar. Esses resultados foram incorporados ao Manual Técnico do Método Canguru do MS em uma seção intitulada “Estratégias Facilitadoras para a implantação do Método Canguru” (BRASIL, 2011).



Curso de capacitação sobre o Método Canguru para equipes da Estratégia Saúde da Família – Hospital do Campo Limpo (SMS-SP, 2004)

Conforme já descrito neste capítulo, a partir da década de 1990 foi intensa a mobilização dos profissionais que atuavam com o tema aleitamento materno dos bebês de baixo peso ao nascer e pré-termo, como oportunidade de propiciar os benefícios do leite materno, além dos esforços que já eram desenvolvidos pelos Bancos de Leite Humano no Brasil.

Relacionado a esse tema, um aspecto que despertou especial interesse dos pesquisadores do IS foi o impacto do Método Canguru para a prática da amamentação. A pesquisadora Maria Teresa Cera Sanches

desenvolveu o projeto de doutorado “Fatores associados à amamentação exclusiva de RNBP integrantes do Método Canguru”, concluído em 2005, com dados de avaliação inicial e seguimento ambulatorial de crianças nascidas no Hospital Guilherme Álvaro (SES-SP) até o 3º mês de vida.

Os resultados indicaram que a participação da mãe na 2ª Etapa utilizando a posição canguru por 24 horas favoreceu a prática da amamentação exclusiva. As taxas de prevalência da amamentação exclusiva em livre demanda no serviço foram de 97% para os RNBP estudados na ocasião da alta hospitalar. Destes, 88% mantiveram o aleitamento materno exclusivo no 1º mês, 77% no segundo e 66% até o terceiro mês de vida. Também se destacou o fato de o serviço não fazer uso de mamadeiras para transição da sonda, utilizando-se desde essa época técnicas alternativas que favoreciam a amamentação, além de contar com o serviço de fonoaudiologia neonatal como rotina na Unidade Neonatal, ainda pouco utilizado na época (SANCHES, 2005).

Vale destacar que a formação de profissionais da Atenção Básica para o seguimento de bebês de baixo peso tem sido uma ação prioritária do MS, ampliando o foco do Método Canguru do componente hospitalar para a Atenção Básica. Nesse contexto, destaca-se o desenvolvimento do projeto **“Estudo dos fatores associados à amamentação exclusiva de recém-nascidos de baixo peso ao nascer”**⁷, coordenado pela pesquisadora Maria Teresa Cera Sanches, com seguimento na Atenção Básica da Supervisão Técnica de Saúde de Pirituba/ Perus, do município de São Paulo, no período de 2006 a 2008.

Este estudo teve por objetivos identificar os fatores associados à interrupção da amamentação exclusiva de lactentes nascidos com baixo peso, assistidos na Atenção Básica, até o terceiro mês de vida (SANCHES *et al.*, 2011). Como frutos deste projeto desenvolveram-se três trabalhos de conclusão do Curso de Aprimoramento Profissional em Saúde coletiva do IS, além de dois Cursos de Capacitação para os profissionais de saúde da Atenção Básica, em 2008 (figura 7), sobre seguimento ambulatorial e manejo do aleitamento materno dos bebês de baixo peso ao nascer e pré-termo.

7 Esta pesquisa contou com a participação de Teresa E. C. Rosa; de Gabriela dos Santos Buccini, Amanda dos Santos e Fernanda Brazeiro, na ocasião alunas do Curso de Aprimoramento em Saúde Coletiva do IS e de Suely G. A. Gimeno e Andrea W. Bonamigo, pesquisadoras externas.



Figuras 7 e 8: Curso de Capacitação sobre seguimento ambulatorial e manejo do aleitamento materno dos bebês de baixo peso ao nascer e pré-termo para os profissionais de saúde da Atenção Básica da Região de Pirituba/Perus. IS, 2008.

Desde 2008, com a proposta do MS para a **“Expansão e Fortalecimento do Método Canguru no Brasil”**, iniciou-se o processo de formação de tutores estaduais em todo o território nacional, com o objetivo de descentralização e criação de novos Centros Estaduais de Referência para o Método, visando o suporte para maternidades locais.

A partir dessa época, as pesquisadoras Honorina de Almeida (até 2012) e Maria Teresa Cera Sanches (até os dias de hoje) têm representado o IS e participado intensamente de todo o processo, desde assessoria técnica para o MS colaborando com as propostas de implementação dessa política no País, como também para a construção de materiais de apoio, além das capacitações, que nessa fase, focaram as regiões Norte e Nordeste, com a implementação da Rede Cegonha e expansão para a implantação do Método nos Hospitais Universitários em território nacional.

As pesquisadoras colaboraram na autoria da 2ª edição do Manual Técnico – “Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru” (BRASIL, 2011), Caderno para o tutor sobre a Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru (BRASIL, 2011) e CD contendo aulas para os cursos de Tutores Estaduais. A pesquisadora Sônia Venâncio realizou revisão técnica do material.

Desde o ano de 2012, com a nova proposta do MS visando integrar os serviços hospitalares com a rede básica nos cuidados aos RNBP e pré-termo, ampliaram-se as capacitações do Método Canguru. As pesquisadoras Honorina de Almeida e Maria Teresa Cera Sanches auxiliaram na elaboração desse novo curso e na confecção do “Manual do Método

Canguru – Seguimento Compartilhado entre Atenção Hospitalar e Atenção Básica (BRASIL, 2015). Em 2015 iniciaram-se as capacitações para as equipes de saúde da Atenção Básica, contando com a representação do IS, na figura de Maria Teresa Cera Sanches como docente. Neste íterim, em julho de 2014, o IS sediou a Reunião anual dos consultores nacionais do Método Canguru (figura 9).



Figura 9: Reunião anual dos consultores nacionais do Método Canguru sediada no IS. São Paulo, julho de 2014.

Conclusão

Na história do IS, a preocupação com a criança que nasceu de forma antecipada e/ou com baixo peso tem sido uma constante, sendo motivo de pesquisas que refletem o interesse de seu grupo de pesquisadores para a possibilidade de que todas elas possam usufruir o melhor cuidado possível a partir da disseminação de ideias e formação de profissionais.

Reconstituindo brevemente essa história através de ações práticas e teóricas foi possível observar que o percurso dos pesquisadores do IS provocou e participou das descobertas de todo o País em relação aos cuidados dessa população apoiando especialmente seu desenvolvimento, a amamentação e sua saúde integral.

Referências

ALMEIDA, H.; SANCHES, M.T.C; DAISUKE, O. Impacto do Método Canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 86, p. 250-53, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Portaria nº 693/GM., de 5 jul. 2000. Aprova a Norma de Orientação para a implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, 6 jul. 2000, Seção 1; p.15

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Mãe Canguru:** manual do curso. Brasília, DF; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru:** manual do curso. 2.ed. Brasília, DF; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru:** caderno do tutor. Brasília, DF; 2011. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Método Canguru:** seguimento compartilhado entre atenção hospitalar e Atenção Básica. Brasília, DF; 2015.

CARDOSO, A.C.A. et al. Método Mãe Canguru: aspectos atuais. **Pediatrics**, São Paulo, v. 28, p. 128-134, 2006.

CATTANEO, A. et al. Recommendations for the implementation of the kangaroo mother care for low birth weight infants. **Acta Paediatrica**, v. 87, p. 440-45, 1998.

COLAMEO, A.J.; REA, M.F. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo: uma análise do processo de implantação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.3, p. 597-607, 2006.

MURAHOVSKI, J.; TERULYA, K.M.; TOMA, T.S. Centro de Lactação de Santos. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v.9, n.34, p. 86-7, jul. 1991.

PROCHNIK, M., CARVALHO, M.R. **Método Mãe Canguru de atenção ao prematuro.** Rio de Janeiro: BNDES; 2001. 96 p.

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: resultados finais. São Paulo:** Instituto de Saúde, 1997. 106 p

REA, M.F. et al. Programa Mãe Canguru: aplicabilidade no município de São Paulo e benefícios. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v.16, p.41, 1998.

REA, M.F. et al. Alguns aspectos psicomotores de RN prematuros em contato pele a pele. **Rev Paul. Pediatr.**, São Paulo, v.16, p. 42, 1998.

SANCHES, M.T.C. **Estudo dos fatores associados à amamentação exclusiva de recém-nascidos de baixo peso ao nascer, integrantes do Método Mãe Canguru.** 2005. 105f. Tese (Doutorado em epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2005.

SANCHES, MTC. Enfoque fonoaudiológico na amamentação In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. (Org.). **Amamentação: bases científicas para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.132-143.

SANCHES, M.T.C., et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 953-65, 2011.

SANCHES, MTC; MELO, A. M. Políticas Públicas Nacionais em Aleitamento Materno e Saúde do recém-nascido e a atuação fonoaudiológica. In: MARCHESAN, I.Q.; SILVA, H.J.; TOMÉ, M.C. (Org.). **Tratado de especialidades em fonoaudiologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. v.1, p. 772-78.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro Técnico de Planejamento em Saúde da Criança. Área Saúde da Criança. **Contribuições para a Normatização Estadual da “Norma de Atenção Humanizada do recém-nascido de baixo peso ao nascer – Método Mãe Canguru: relatório final das atividades de fonoaudiologia (Grupo Fono-Amamentar).** São Paulo; 2002.

TERUYA, K.M.; MURAHOVSKI, J., TOMA TS. Centro de Lactação de Santos: promoção, treinamento e pesquisa em amamentação. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 68, n.5/6, p.186-188, 1992.

TOMA, T.S. Método Mãe Canguru: uma abordagem humanizada no cuidado ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso. In: BERQUÓ, E.; REA, M.F. (Org.). **PROGRAMA DE ESTUDOS EM SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUALIDADE**, 9., 2000. Campinas: Nepo/UNICAMP, 2000.

TOMA, T.S. Mãe Canguru, tecnologia perinatal humana. Parte II. Cuidado Mãe Canguru. In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. (Org.). **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.132-143.

TOMA, T.S. Método Mãe Canguru: como facilitar o aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso ao nascer. **BIS. Bol. Inst. Saúde**, v.1, n. 27, p.6-7, 2002.

TOMA, T.S. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.sup.2, p. S233-42, 2003.

TOMA, T.S.; VENÂNCIO, S.I.; ANDRETTO, D.A. Percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após implantação do Método Mãe Canguru em hospital público da cidade de São Paulo, Brasil. **Rev Brasil. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, p. 297-307, 2007.

TOMA, T. S . Da intuição às políticas públicas: a jornada para incorporação do Método Canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso. **BIS. Bol. Inst. Saúde**, v. 13, p. 231-38, 2012.

