

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

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

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

Resumo

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

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

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

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

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

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

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

Artigo submetido em 24.08.09, aceito em 07.12.09.

doi:10.2223/JPED.1968

Introdução

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

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

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

Métodos

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

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

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

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

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

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

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

Primeira fase

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

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

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

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

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

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

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

Segunda fase

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

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

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

Resultados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UTIN = unidade de tratamento intensivo neonatal.

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

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

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

Discussão

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

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

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

Implantação das etapas do método canguru

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

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

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

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

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

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

MS = Ministério da Saúde.

* Sem informação para alguns registros.

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

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

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

A seleção dos serviços e profissionais

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

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

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

Análise da estrutura

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

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

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

Análise de processo

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

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

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

Análise de resultados

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

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

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

Limitações do estudo

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

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

Considerações finais

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

Agradecimentos

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

Referências

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

Correspondência:

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