

Avaliação do método canguru durante pandemia de Covid-19 em duas maternidades de referência em Pernambuco

Joice Luiza Alves Cândido ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7666-2372>

Silvia Wanick Sarinho ³

 <https://orcid.org/0000-0002-2556-3323>

Paulo Germano de Frias ²

 <https://orcid.org/0000-0003-4497-8898>

^{1,3} Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Federal de Pernambuco. Av. da Engenharia, 531-611. Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.670-901. E-mail: joyce_candido@hotmail.com

² Programa de Pós-Graduação de Avaliação em Saúde. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil.

Resumo

Objetivos: avaliar a segunda etapa do Método Canguru (MC) e a sua integração com a terceira etapa em maternidades do Recife no contexto da pandemia de coronavírus.

Métodos: avaliação normativa realizada na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa) em duas maternidades públicas de referência para o MC entre novembro/2021 e maio/2022. Elaborou-se o modelo lógico e a matriz de indicadores do MC, validada através do Método Delphi. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe das UCINCa e a coordenação municipal de saúde da criança. Considerou-se implantado quando os critérios alcançaram (de 100,0 a 80,0%); parcialmente implantado (79,9 a 60,0%); incipiente (59,9 a 40,0%) e não implantado ($\leq 39,9\%$).

Resultados: o MC estava parcialmente implantado nas duas UCINCa (79,0% ambas). A dimensão Estrutura encontrava-se implantada (84,0 e 97,0%) e a de Processo, nos componentes Educação (70,0% ambas) e Gestão encontravam-se parcialmente implantados (61,0% e 78,0%), embora as unidades afirmem não compartilhar os objetivos clínicos, exames e tratamentos e não ter um sistema de referência/contrarreferência efetivo. Ao passo que o componente Assistencial estava implantado em uma unidade (90,0%) e parcialmente implantado na outra (75,0%).

Conclusão: a UCINCa encontrava-se parcialmente implantada durante a pandemia de coronavírus nas duas maternidades de referências, mas com obstáculos para a integração com a terceira etapa do método.

Palavras-chave Nascimento prematuro, Método canguru, Covid-19, Avaliação em saúde, Avaliação de processos em cuidados de saúde



Introdução

A prematuridade é um desafio para o cuidado perinatal. Estima-se que um a cada dez bebês nascem prematuros no mundo e, em 2020, aproximadamente um milhão de bebês morreram em sua decorrência, sendo considerada a principal causa de morte em menores de cinco anos de idade.¹ Além disso, milhões de crianças permanecem com sequelas e deficiências, apesar dos avanços tecnológicos e nos cuidados perinatais que aumentaram a sobrevivência de neonatos prematuros e de baixo peso. Daí a necessidade de proporcionar cuidados pós-natais centrados no melhor desenvolvimento do recém-nascido prematuro (RNPT) para que desempenhe plenamente todas as suas capacidades.^{1,2}

O Método Canguru (MC) surge como uma estratégia para redução da mortalidade infantil e qualificação do cuidado neonatal, sendo reconhecido pelo contato pele a pele precoce, oferecido pela “Posição Canguru”, assumindo características diversas nos países que o adotam.³⁻⁵ No Brasil, é proposto em três etapas, as duas primeiras no hospital: uma na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo), e a outra na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa). A terceira ocorre após a alta hospitalar, por meio do compartilhamento da atenção entre a maternidade de origem e a Unidade Básica de Saúde (UBS) para o acompanhamento da criança até que atinja 2.500g.^{3,4,6}

A criança prematura ou de baixo peso necessita do tratamento especializado durante seu internamento e após a alta hospitalar, do suporte e do monitoramento da equipe da atenção primária à saúde (APS). Na UCINCa além do acolhimento e atendimento qualificado para o RNPT e sua família, deve ser oferecido orientações e estímulo para manter o seguimento compartilhado da criança entre o ambulatório de egresso e a APS.⁷

Diante de uma emergência em saúde pública de interesse internacional o regulamento sanitário internacional recomenda que os sistemas nacionais de saúde se estruturam para responder as necessidades decorrentes. Igualmente, diante da pandemia por Covid-19, decretada em março de 2020, os serviços de saúde adotaram diversas estratégias para o seu enfrentamento.⁸ Entre elas, as medidas restritivas que implicaram na necessidade de adaptações na assistência prestada ao binômio mãe-bebê.⁹

Inicialmente, orientações globais contraditórias foram divulgadas causando impactos negativos na continuidade do MC,¹⁰⁻¹³ ainda que, posteriormente foi identificado que o benefício de manter o método supere de 65 a 630 vezes o risco de morrer de Covid-19.¹¹ Apesar disso, estudo

sobre o MC realizado em 62 países constatou mudanças substanciais nos serviços direcionados a RNPT.¹²

Avaliar as repercussões da pandemia do coronavírus no cuidado de RNPT e de baixo peso é fundamental para a continuidade da assistência integral a esse grupo. Estudos sobre intervenções diversificadas sinalizam que o monitoramento e a avaliação são instrumentos que favorecem escolhas de ações essenciais e efetivas para sua implantação plena ao apontar obstáculos que restringem o alcance de melhores resultados.^{14,15} Este estudo teve como objetivo avaliar a segunda etapa do MC e a sua integração com a terceira etapa em maternidades do Recife no contexto da pandemia de coronavírus.

Métodos

Trata-se de uma avaliação normativa da UCINCa, em que se comparou os recursos empregados, sua organização, os serviços e os bens produzidos com critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS).¹⁶

O estudo foi realizado na UCINCa de duas maternidades públicas localizadas no município de Recife. A maternidade A é uma entidade filantrópica, de alto risco e atua como um dos Centros Nacionais de Referência para o MC. Inicialmente, a Unidade Neonatal (UN) contava com 18 leitos de UTIN, 32 leitos de UCINCo e 22 leitos de UCINCa.¹⁷ Entretanto, durante a pandemia de Covid-19, a instituição se tornou a maternidade de referência estadual para atendimento de gestantes com SAR-Cov-2, implicando no fechamento temporário da UCINCa e reabertura no final do ano de 2021, com cinco leitos seguido de aumento progressivo até chegar a dez leitos no período da coleta de dados.

A maternidade B também é uma unidade para partos de alto risco, atua como referência estadual do MC e conta com 15 leitos de UTIN, 15 leitos de UCINCo e oito leitos de UCINCa com mais dois de reserva.¹⁸ Durante a pandemia de Covid-19 não houve interrupção dos atendimentos na UCINCa, mas as restrições sanitárias causaram redução do número de internamentos.

Para a realização da avaliação foi elaborado um modelo lógico da 2ª etapa do MC (Tabela 1). A modelização da intervenção considerou a tríade donabedianiana estrutura, processo e resultado, onde a estrutura se refere aos recursos físicos, humanos e materiais necessários para a prestação do cuidado; o processo às atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde; e o resultado, aos efeitos obtidos no cuidado em saúde.¹⁹

Para a construção do modelo lógico foram consultados os documentos institucionais e normas técnicas que tratam do MC. Entre eles: Portaria SAS/MS nº 930/2012, Portaria GM/MS nº 1683/2007 e os manuais do MC - Método canguru: diretrizes do cuidado (2019), Manual da terceira

Tabela 1

Modelo lógico da 2ª etapa do método canguru. Recife, Pernambuco, Brasil, 2021.

Componente	Estrutura	Processos (Atividades)	Resultado intermediário	Impacto
Educação	Recursos Humanos: Gestor, Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Assistente social, Técnico de enfermagem	Orientações aos pais/cuidadores: aleitamento materno e complementação; Realização da posição canguru pelo máximo de tempo possível; Reconhecimento dos sinais de alerta; Seguimento pós alta hospitalar	Maior adesão aos cuidados preconizados pelo método canguru	Maior adesão ao método canguru
Assistencial	Recursos Físicos: Espaço para reuniões, cursos ou atividades educativas. Enfermaria com 5m ² para o conjunto leito/berço; Sala de ambiência; Pia para lavagem das mãos	Exame físico e avaliação do crescimento e desenvolvimento considerando a idade gestacional corrigida Exames (laboratoriais, ultrassonografia transfontanela, teste da orelhinha, fundoscopia)	Maior adesão ao aleitamento materno	Redução da morbidade e mortalidade durante a 2ª e 3ª etapa
Gestão (Integração da 2ª com a 3ª etapa do método canguru)	Recursos Materiais: Leito para genitora; Incubadora simples; Berço de acrílico; Ressuscitador manual; Balança eletrônica; Material para reanimação; Relógio e calendário de parede; Estetoscópio; Termômetro; Aspirador portátil; Poltrona removível; Incubadora de transporte; Otoscópio; Esfigmomanômetro; Conjunto de nebulizador e máscara; Oftalmoscópio; Dispensador de álcool-gel	Monitoramento das medicações prescritas Uso de estratégias para manejo da dor e do estresse Auxílio à mãe na amamentação e extração de leite, higiene do recém-nascido, troca de fraldas, banho e posicionamento da criança Estímulo à visita de familiares e da rede social de apoio Estímulo à participação do pai ou outra figura de referência da diade mãe-bebê. Resumo de alta	Fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê Promoção de um adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Rede de apoio presente	
		Capacitação dos profissionais de saúde Comunicação da Unidade de Cuidados Intermediários Canguru com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, Distrito Sanitário ou Unidade Básica de Saúde dependendo da realidade local	Profissionais capacitados para um atendimento adequado, integral e interdisciplinar.	
		Referência e contrarreferência entre maternidade e Unidade Básica de Saúde Existência de responsável clínico do seguimento Existência de objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados Oportunização da consulta de seguimento na 3ª etapa Regulação da captação do neonato pela atenção primária à saúde, do atendimento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família e especializado	Adesão à terceira etapa do método Aumento na captação de recém-nascidos internados no Canguru na Unidade Básica de Saúde	

etapa do Método Canguru na Atenção Básica (2018), Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico (2017), Guia de Orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: Cuidado Compartilhado (2016) e Seguimento Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica (2015). Estratégias locais para a aplicação da política do MC como planos e leis estaduais e municipais não foram incluídos, por não serem generalizados a todo o país.

Ao final, o modelo lógico apresentou três componentes: 1) Educação, relacionado as orientações aos pais e cuidadores, 2) Assistencial, referente aos cuidados e atenção ao RNPT propriamente dito, e 3) Gestão, alusiva a integração da segunda e terceira etapas do método e a capacitações da equipe multidisciplinar. A partir do modelo lógico foi elaborada uma matriz de indicadores e julgamento, representativos da estrutura e processo para cada componente do modelo e definidos parâmetros conforme o disposto nas Portarias e Manuais consultados e, quando não disponível, foi estabelecido pelo pesquisador principal a partir da experiência em um hospital universitário.

Visando ampliar a validade do construto e a confiabilidade, a matriz de indicadores e julgamento foi submetida a revisão por um grupo de especialistas na área do estudo usando uma técnica para obtenção de consenso, o Método Delphi. Detalhes sobre os procedimentos metodológicos utilizados na técnica foram descritos e publicados previamente.²⁰ A matriz final de indicadores e julgamento ficou composta por 51 indicadores distribuídos em 26 indicadores de estrutura e 25 de processo (Tabela 2).

O período de coleta de dados foi compreendido entre novembro de 2021 a maio de 2022, utilizando instrumento para coleta baseado nos indicadores que constam na matriz de julgamento e organizado considerando os componentes da UCINCa. Foram incluídos no estudo os profissionais de nível superior da equipe multiprofissional que atuam nas UCINCa, os coordenadores do MC destes serviços e a gestora da área de saúde da criança do município e excluídos os profissionais que estavam de licença de saúde e férias durante a coleta de dados. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com nove profissionais na maternidade A, sendo uma coordenadora médica, uma coordenadora de enfermagem, duas enfermeiras assistenciais, duas médicas, uma fonoaudióloga, um fisioterapeuta e duas psicólogas. Na maternidade B foram entrevistados nove profissionais, sendo uma coordenadora médica, uma coordenadora de enfermagem, três enfermeiras assistenciais, uma médica, uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga.

Para avaliar o quanto os critérios e normas do MC foram cumpridos, o nível de implantação foi expresso pela proporção da pontuação obtida em relação à pontuação

máxima alcançável para cada componente e para o serviço com um todo, relacionados a estrutura e processo, conforme disposto na matriz de indicadores e julgamento. Para classificar o nível alcançado pela UCINCa adotou-se os seguintes pontos de corte: implantado, ao se alcançar percentuais de 100,0 a 80,0%, parcialmente implantado, entre 79,9 e 60,0%, incipiente, entre 59,9 e 40,0% e não implantado, menor ou igual a 39,9%.

Seguiu-se as recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa IMIP, CAAE nº 35017420.7.3002.5201 e, pelo Comitê de Ética em Pesquisa HAM, CAAE nº 35017420.7.3001.5197.

Resultados

Em ambos os serviços a UCINCa foi considerada parcialmente implantada (79,0%) durante a pandemia de Covid-19. A dimensão Estrutura encontrava-se implantada na maternidade B (84,0%) e na maternidade A (97,0%). Na dimensão Processo, o componente Educação encontrava-se parcialmente implantado e os dois serviços obtiveram a mesma proporção (70,0%). O componente Assistencial estava implantado na maternidade B (90,0%) e parcialmente implantado na maternidade A (75,0%); enquanto o componente Gestão foi parcialmente implantado, na maternidade B (61,0%) e na maternidade A (78,0%) (Tabela 3).

Em relação a estrutura das UCINCAs, a maternidade B não dispunha de fisioterapeuta, de incubadoras e de aspirador portátil, enquanto a maternidade A não tinha incubadora de transporte no setor. No componente Educação, os indicadores com menores pontuações nas maternidades B e A foram: “Proporção de profissionais que orientam pais e cuidadores quanto ao aleitamento artificial” (75,0% e 62,5%, respectivamente); “Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores sobre o reconhecimento dos sinais de alerta” e “Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores quanto seguimento após a alta” (ambos com 87,5% e 75,0%, respectivamente) (Tabela 3).

Quanto ao componente Assistencial, na maternidade B, 100,0% dos profissionais relataram estimular a participação do pai ou outra figura de referência para a diade mãe-bebê, e, a visita de familiares e da rede social de apoio enquanto 87,5% dos profissionais da maternidade A relataram o mesmo; 100,0% dos profissionais da maternidade B informam auxiliar a mãe na amamentação e extração de leite contra 62,5% dos profissionais da maternidade A. Em relação ao componente Gestão, nos dois serviços houve capacitações sobre o método, com 77,0% dos profissionais da maternidade B relatando ter cursos, enquanto na maternidade A foi 90,0%.

Tabela 2

Matriz de indicadores e de julgamento da 2ª etapa do método canguru, Recife, Pernambuco, Brasil, 2023.

2ª etapa do método canguru

Dimensão	Indicador	Parâmetro	Pontuação máxima	Forma de pontuação
Estrutura	Existência de médico coordenador	(1) médico, neonatologista ou pediatra, responsável técnico com jornada mínima de 4h	0,4 ponto	0,4: Sim/ 0: Não
	Razão de médicos diaristas por leito	(1) médico, neonatologista ou pediatra, diarista (mínimo 4h) para cada 15 leitos	0,4 ponto	0,4: % Conforme a norma/ 0: Desconforme
	Razão de médicos existentes por turno por leito	(1) médico assistente, pediatra ou neonatologista, por turno para cada 15 leitos	0,4 ponto	0,4: % Conforme a norma/ 0: Desconforme
	Existência de enfermeiro coordenador	(1) enfermeiro coordenador com jornada diária mínima de 4h	0,4 ponto	0,4: Sim/ 0: Não
	Razão de enfermeiros existentes por turno por leito	(1) enfermeiro por turno para cada 15 leitos,	0,4 ponto	0,4: % Conforme a norma/ 0: Desconforme
	Razão de fisioterapeutas existentes por turno por leito	(1) fisioterapeuta por turno para cada 15 leitos	0,4 ponto	0,4: % Conforme a norma/ 0: Desconforme
	Existência de fonoaudiólogo	(1) fonoaudiólogo	0,4 ponto	0,4: Sim/ 0: Não
	Razão de técnicos de enfermagem por turno por leito	(1) técnico de enfermagem para cada 5 leitos	0,4 ponto	0,4: % Conforme a norma/ 0: Desconforme
	Existência de assistência nutricional	Garantia de acesso ao serviço à beira do leito.	0,3 ponto	0,3: Sim/ 0: Não
	Existência de assistência psicológica/ terapia ocupacional	Garantia de acesso ao serviço à beira do leito.	0,3 ponto	0,3: Sim/ 0: Não
	Existência de enfermagem	Enfermagem com 5m² para o conjunto leito/berço	0,3 ponto	0,3: Sim/ 0: Não
	Existência de sala de ambiência	Sala de ambiência	0,3 ponto	0,3: Sim/ 0: Não
	Existência de pia para lavagem das mãos	Pia para lavagem das mãos em cada sala	0,3 ponto	0,3: Sim/ 0: Não
	Proporção de leitos para genitora	(1) Leito por genitora	0,3 ponto	0,3: ≥ 90% / 0,15: < 90 e ≥ 50% / 0: < 50%
	Proporção de incubadoras por total de leitos	Pelo menos 20% dos leitos	0,3 ponto	0,3: ≥ 90% / 0,15: < 90 e ≥ 50% / 0: < 50%
	Proporção de berços de acrílico por total de leitos	Pelo menos 80% dos leitos	0,3 ponto	0,3: ≥ 90% / 0,15: < 90 e ≥ 50% / 0: < 50%
	Razão de ressuscitadores manuais por recém-nascido	(1) para cada 5 recém-nascidos	0,4 ponto	0,4: % Conforme a norma/ 0: Desconforme
	Existência de balança eletrônica	(1) Balança eletrônica	0,3 ponto	0,3: Sim/ 0: Não
	Razão de materiais para reanimação por leito	(1) para cada 15 leitos	0,4 ponto	0,4: % Conforme a norma/ 0: Desconforme
	Razão de estetoscópios por leito	(1) por leito	0,3 ponto	0,3: ≥ 90% / 0,15: < 90 e ≥ 50% / 0: < 50%
	Razão de termômetros por leito	(1) por leito	0,3 ponto	0,3: ≥ 90% / 0,15: < 90 e ≥ 50% / 0: < 50%
	Razão de aspiradores portáteis por leito	(1) para cada 15 leitos;	0,3 ponto	0,3: % Conforme a norma/ 0: Desconforme
	Existência de relógio e calendário de parede	Relógio e calendário de parede	0,2 ponto	0,2: Sim/ 0: Não
	Razão de poltronas removíveis por leito	(1) por leito;	0,3 ponto	0,3: ≥ 90% / 0,15: < 90 e ≥ 50% / 0: < 50%
	Existência de dispensador de álcool-gel	Em todas as salas	0,4 ponto	0,4: Sim/ 0: Não
Processo	Existência de materiais que podem ser compartilhados com a Unidade de Cuidados Intermediários	- (1) Incubadora de transporte - (1) para cada 15 leitos - (1) para cada 15 leitos - (1) para cada 15 leitos - (1) para 4 leitos	10 pontos	0,3: Sim/ 0: Não 0,3: % Conforme a norma/ 0: Desconforme
	Neonatal Convencional:			
	- Existência de incubadora de transporte		0,3 ponto	
	- Razão de otoscópios por leito		0,3 ponto	
	- Razão de esfigmomanômetro por leito		0,3 ponto	
	- Razão de oftalmoscópio por leito		0,3 ponto	
	- Razão de conjunto de nebulizador e máscara por leito		0,3 ponto	
	Subtotal Estrutura		10 pontos	
	Componente – Educação			
	Proporção dos profissionais que orientam e incentivam pais e cuidadores a manterem a criança em aleitamento materno	100% dos profissionais	2 pontos	2: ≥ 90% / 1: < 90 e ≥ 50% / 0: < 50%
	Proporção de profissionais que orientam pais e cuidadores quanto ao aleitamento artificial	100% dos profissionais	2 pontos	2: ≥ 90% / 1: < 90 e ≥ 50% / 0: < 50%
	Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores quanto à realização da posição canguru pelo máximo de tempo possível	100% dos profissionais	2 pontos	2: ≥ 90% / 1: < 90 e ≥ 50% / 0: < 50%
	Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores sobre o reconhecimento dos sinais de alerta	100% dos profissionais	2 pontos	2: ≥ 90% / 1: < 90 e ≥ 50% / 0: < 50%
	Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores quanto ao seguimento após a alta	100% dos profissionais	2 pontos	2: ≥ 90% / 1: < 90 e ≥ 50% / 0: < 50%
	Subtotal		10 pontos	

Processo	Componente - Assistencial			
	Proporção dos profissionais que realizam o exame físico	100% dos profissionais responsáveis pelo exame físico	2 pontos	2: $\geq 90\%$ / 1: < 90 e $\geq 50\%$ / 0: $< 50\%$
	Proporção dos profissionais que avaliam o crescimento e desenvolvimento considerando a idade gestacional corrigida	100% dos profissionais responsáveis pela avaliação do crescimento e desenvolvimento	2 pontos	2: $\geq 90\%$ / 1: < 90 e $\geq 50\%$ / 0: $< 50\%$
	Proporção dos profissionais que solicitam exames complementares	100% dos profissionais responsáveis pela solicitação de exames complementares	2 pontos	2: $\geq 90\%$ / 1: < 90 e $\geq 50\%$ / 0: $< 50\%$
	Proporção dos profissionais monitoram as medicações prescritas	100% dos profissionais responsáveis pela monitoração dos medicamentos	2 pontos	2: $\geq 90\%$ / 1: < 90 e $\geq 50\%$ / 0: $< 50\%$
	Proporção dos profissionais que utilizam estratégias para manejo da dor e do estresse durante os procedimentos	100% dos profissionais	1 ponto	1: $\geq 90\%$ / 0,5: < 90 e $\geq 50\%$ / 0: $< 50\%$
	Proporção de prescrição de analgésicos quando indicado	100% dos profissionais responsáveis por prescrever analgésicos	1 ponto	1: $\geq 90\%$ / 0,5: < 90 e $\geq 50\%$ / 0: $< 50\%$
	Proporção dos profissionais que auxiliam a mãe na amamentação e extração de leite	100% dos profissionais	2 pontos	2: $\geq 90\%$ / 1: < 90 e $\geq 50\%$ / 0: $< 50\%$
	Proporção dos profissionais que auxiliam a mãe na higiene do recém-nascido, troca de fraldas, banho e posicionamento da criança	100% dos profissionais	2 pontos	2: $\geq 90\%$ / 1: < 90 e $\geq 50\%$ / 0: $< 50\%$
	Proporção dos profissionais que estimulam a visita de familiares e da rede social de apoio	100% dos profissionais	2 pontos	2: $\geq 90\%$ / 1: < 90 e $\geq 50\%$ / 0: $< 50\%$
	Proporção dos profissionais que estimulam a participação do pai ou outra figura de referência da diáde mãe-bebê	100% dos profissionais	2 pontos	2: $\geq 90\%$ / 1: < 90 e $\geq 50\%$ / 0: $< 50\%$
	Proporção dos profissionais que preenchem o resumo de alta	100% dos médicos	2 pontos	2: $\geq 90\%$ / 1: < 90 e $\geq 50\%$ / 0: $< 50\%$
	Subtotal		20 pontos	
	Componente - Gestão			
Processo	Existência de treinamentos ou cursos de capacitação quanto ao método canguru aos profissionais da equipe de saúde	Sim	1,1 ponto	1,1: Sim/ 0: Não
	Proporção da equipe que realizou o curso método canguru	100% da equipe realizou curso método canguru	1,2 ponto	1,2 $\geq 90\%$ / 0,6: < 90 e $\geq 50\%$ / 0: $< 50\%$
	Existência de comunicação da Unidade de Cuidados Intermediários Canguru com as secretarias estadual e municipal de saúde, distrito sanitário ou Unidade Básica de Saúde dependendo da realidade local	Sim	1,1 ponto	1,1: Sim/ 0: Não
	Existência da referência e contrarreferência entre maternidade e Unidade Básica de Saúde	Sim	1,1 ponto	1,1: Sim/ 0: Não
	Existência de responsável clínico do seguimento	Sim	1,1 ponto	1,1: Sim/ 0: Não
	Existência de objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados	Sim	1,1 ponto	1,1: Sim/ 0: Não
	Inexistência de duplicação de consultas, medicamentos e exames	Sim	1,1 ponto	1,1: Sim/ 0: Não
	Existência de oportunidade da consulta de seguimento na 3ª etapa	Sim	1,1 ponto	1,1: Sim/ 0: Não
	Existência da regulação da captação do neonato pela atenção primária à saúde, do atendimento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família e especializado	Sim	1,1 ponto	1,1: Sim/ 0: Não
	Subtotal		10 pontos	
Total	Subtotal Processo		40 pontos	
	Total		50 pontos	

Tabela 3

Nível de implantação da 2ª etapa do Método Canguru. Recife, Pernambuco, Brasil, 2023.					
2ª etapa do método canguru					
Dimensão	Indicador	Maternidade B		Maternidade A	
		Observado	Valor atribuído	Observado	Valor atribuído
Estrutura	Existência de médico coordenador	Sim	0,4	Sim	0,4
	Razão de médicos diaristas por leito	Conforme a norma	0,4	Conforme a norma	0,4
	Razão de médicos existentes por turno por leito	Desconforme	0	Conforme a norma	0,4
	Existência de enfermeiro coordenador	Sim	0,4	Sim	0,4
	Razão de enfermeiros existentes por turno por leito	Conforme a norma	0,4	Conforme a norma	0,4
	Razão de fisioterapeutas existentes por turno por leito	Desconforme	0	Conforme a norma	0,4
	Existência de fonoaudiólogo	Sim	0,4	Sim	0,4
	Razão de técnicos de enfermagem por turno por leito	Conforme a norma	0,4	Conforme a norma	0,4
	Existência de assistência nutricional	Sim	0,3	Sim	0,3
	Existência de assistência psicológica/ terapia ocupacional	Sim	0,3	Sim	0,3
	Existência de enfermagem	Sim	0,3	Sim	0,3
	Existência de sala de ambiência	Sim	0,3	Sim	0,3
	Existência de pia para lavagem das mãos	Sim	0,3	Sim	0,3
	Proporção de leitos para genitora	Sim	0,3	Sim	0,3
	Proporção de incubadoras por total de leitos	100,0%	0,3	Sim	0,3
	Proporção de berços de acrílico por total de leitos	0%	0	100,0%	0,3
	Razão de ressuscitadores manuais por recém-nascido	100,0%	0,3	125,0%	0,3
	Existência de balança eletrônica	Conforme a norma	0,4	Conforme a norma	0,4
	Razão de materiais para reanimação por leito	Sim	0,3	Sim	0,3
	Razão de estetoscópios por leito	Conforme a norma	0,4	Conforme a norma	0,4
	Razão de termômetros por leito	100,0%	0,3	125%	0,3
	Razão de aspiradores portáteis por leito	100,0%	0,3	125%	0,3
	Existência de relógio e calendário de parede	Desconforme	0	Conforme a norma	0,3
	Razão de poltronas removíveis por leito	Sim	0,2	Sim	0,2
	Existência de dispensador de álcool-gel	100,0%	0,3	100,0%	0,3
	Materiais que podem ser compartilhados com a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional:	Sim	0,4	Sim	0,4
	- Existência de incubadora de transporte	Sim	0,3	Não	0
	- Razão de otoscópios por leito	Conforme a norma	0,3	Conforme a norma	0,3
	- Razão de esfigmomanômetro por leito	Conforme a norma	0,3	Conforme a norma	0,3
	- Razão de oftalmoscópio por leito	Conforme a norma	0,3	Conforme a norma	0,3
	- Razão de conjunto de nebulizador e máscara por leito	Conforme a norma	0,3	Conforme a norma	0,3
Julgamento Estrutura		Implantado	8,4 pontos (84,0%)	Implantado	9,7 pontos (97,0%)

Componente - Educação						
Processo	Proporção dos profissionais que orientam e incentivam pais e cuidadores a manterem a criança em aleitamento materno	100,0%	2,0	100,0%	07 pontos (70,0%)	2,0
	Proporção de profissionais que orientam pais e cuidadores quanto ao aleitamento artificial	75,0%	1,0	62,5%		1,0
	Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores quanto à realização da posição canguru pelo máximo de tempo possível	100,0%	2,0	100,0%		2,0
	Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores sobre o reconhecimento dos sinais de alerta	87,5%	1,0	75,0%		1,0
	Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores quanto seguimento após a alta	87,5%	1,0	75,0%		1,0
Julgamento do componente		Parcialmente implantado	07 pontos (70,0%)	Parcialmente implantado	07 pontos (70,0%)	
Componente - Assistencial						
Processo	Proporção dos profissionais que realizam o exame físico	100,0%	2,0	100,0%		2,0
	Proporção dos profissionais que avaliam o crescimento e desenvolvimento considerando a idade gestacional corrigida	75,0%	1,0	87,5%		1,0
	Proporção dos profissionais que solicitam exames complementares	100,0%	2,0	100,0%		2,0
	Proporção dos profissionais monitoram as medicações prescritas	100,0%	2,0	100,0%		2,0
	Proporção dos profissionais que utilizam estratégias para manejo da dor e do estresse durante os procedimentos	87,5%	0,5	87,5%		0,5
	Proporção de prescrição de analgésicos quando indicado	75,0%	0,5	75,0%		0,5
	Proporção dos profissionais que auxiliam a mãe na amamentação e extração de leite	100,0%	2,0	62,5%		1,0
	Proporção dos profissionais que auxiliam a mãe na higiene do recém-nascido, troca de fraldas, banho e posicionamento da criança	100,0%	2,0	100,0%		2,0
	Proporção dos profissionais que estimulam a visita de familiares e da rede social de apoio	100,0%	2,0	87,5%		1,0
	Proporção dos profissionais que estimulam a participação do pai ou outra figura de referência da diade mãe-bebê	100,0%	2,0	87,5%		1,0
Proporção dos profissionais que preenchem o resumo de alta	100,0%	2,0	100,0%		2,0	
Julgamento do componente		Implantado	18 pontos (90,0%)	Parcialmente implantado	15 pontos (75,0%)	
Componente - Gestão						
Processo	Existência de treinamentos ou cursos de capacitação quanto ao método canguru aos profissionais da equipe de saúde	Sim	1,1	Sim		1,1
	Proporção da equipe que realizou o curso método canguru	77,7%	0,6	90,0%		1,2
	Existência de comunicação da Unidade de Cuidados Intermediários Canguru com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, Distrito Sanitário ou Unidade Básica de Saúde dependendo da realidade local	Sim	1,1	Sim		1,1
	Existência da referência e contrarreferência entre maternidade e Unidade Básica de Saúde	Não	0	Nem sempre		0
	Existência de responsável clínico do seguimento	Sim	1,1	Sim		1,1
	Existência de objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados	Não	0	Nem sempre		0
	Inexistência de duplicação de consultas, medicamentos e exames	Não	0	Sim		1,1
	Existência de oportunidade da consulta de seguimento na 3ª etapa	Sim	1,1	Sim		1,1
	Existência da regulação da captação do neonato pela atenção primária à saúde do atendimento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família e especializado	Sim	1,1	Sim		1,1
	Julgamento do componente		Parcialmente implantado	6,1 pontos (61,0%)	Parcialmente implantado	7,8 pontos (78,0%)
Nível implantação do método canguru						
Julgamento Processo		Parcialmente implantado	31,1 pontos (77,7%)	Parcialmente implantado	29,8 pontos (74,5%)	
Nível implantação do método canguru		Parcialmente Implantado	39,5 pontos (79,0%)	Parcialmente implantado	39,5 pontos (79,0%)	
Implantado (100 a 80%); Parcialmente implantado (79,9 a 60%); Incipiente (59,9 a 40%); Não implantado (menor ou igual a 39,9%).						

implantado (100 a 80%); Parcialmente implantado (79,9 a 60%); Incipiente (59,9 a 40%); Não implantado (menor ou igual a 39,9%).

Igualmente, os profissionais de ambas as unidades informaram ter responsável clínico e comunicação da UCINCa com as secretarias estadual e municipal de saúde, distrito sanitário ou UBS. Apesar disso, os profissionais da maternidade B afirmam que não há compartilhamento dos objetivos clínicos, exames e tratamentos e nem a existência efetiva de um sistema de referência e contrarreferência com a UBS, enquanto os da maternidade A informam que estas ações nem sempre ocorrem (Tabela 3).

Discussão

O estudo mostrou que durante a pandemia pelo coronavírus a segunda etapa do MC encontrava-se parcialmente implantada nos dois serviços de referência e apresentou dificuldades para a integração com a 3ª etapa do método. Por outro lado, enquanto a dimensão de estrutura apresentou-se implantada, verificaram-se variações no nível de implantação entre os componentes da dimensão processo, com os componentes Educação e Gestão parcialmente implantados e o componente Assistencial implantado e parcialmente implantado, respectivamente, para cada unidade de saúde.

Durante a pandemia, a UCINCa da maternidade A, um dos Centros Nacional de Referência (CNR), foi fechado temporariamente enquanto funcionou como referência estadual para gestantes com coronavírus e seus profissionais foram realocados em outros setores da instituição. A reabertura da UCINCa foi gradual, o que poderia explicar a sua implantação parcial. Estudo realizado em 2015 identificou que todas as maternidades indicadas como CNR do método e 66,7% das de referência estadual apresentaram todas as etapas implantadas.²¹ A diferença desses resultados com os da nossa avaliação, além da vigência da pandemia e o hiato de quase dez anos entre os estudos²¹ pode ser decorrente da matriz de indicadores conter atualizações normativas, não existentes previamente, ou ter usado critérios de julgamento diferenciados.

O fechamento da UCINCa na maternidade A foi encontrado também em diversos países que adotaram a estratégia de resposta centralizada para o isolamento e tratamento da Covid-19.¹² Tal estratégia alterou os cuidados com os recém-nascidos (RN) que incluíram realocação do espaço da unidade, a redistribuição da equipe de cuidados neonatais para tarefas relacionadas a Covid-19, e até a separação mãe-bebê não apenas para as positivas para Covid-19, mas também as suspeitas, interrompendo a continuidade dos cuidados prestados às mães e aos RN.^{11,12} No Brasil, a orientação do MS foi para não reduzir ou fechar as UCINCAs,²² embora muitas maternidades foram afetadas no país.

Rao *et al.*¹² identificaram que o MC era prática rotineira de 85% dos entrevistados antes da pandemia, e durante a pandemia, 55%. As repercussões da pandemia de coronavírus sobre o MC incluíram a redução da duração do contato pele a pele (26,5%), alta mais precoce (30,8%), interrupção total dos serviços do MC (7%) ou políticas de visitação restritas (51,2%).²³

No presente estudo, os profissionais dos dois serviços afirmaram estimular as visitas de familiares e da rede de apoio. Apesar disso, durante a pandemia, com as medidas de distanciamento social houveram restrições na política de visitação e do envolvimento da família nos cuidados com o RN além das demais consequências verificadas para o MC.^{9,11,12,22-24} Essas medidas acarretam prejuízos na saúde mental materna, dificultando a formação do vínculo com o RN e a adesão ao MC.²⁴ Com o devido suporte da equipe da UCINCa esses danos podem ser minimizados, favorecendo um efeito positivo na interação e cuidados com o RN.^{9,24,25} Entretanto, aspectos relacionados às incertezas, orientações e disponibilização de equipamentos de proteção individual geraram temor pela vida, estresse e medo entre os prestadores de cuidados ao RN.¹²

A dimensão estrutura encontrava-se implantada nos dois serviços avaliados, e esse é um dos aspectos relevantes, nas estratégias de humanização da atenção. Em concordância, profissionais e usuários escutados acerca dos atributos ambientais desejáveis em uma UCINCa destacaram a importância do ambiente confortável, com privacidade, controle de acesso, e que possua móveis e equipamentos ergonômicos e em quantidade suficiente.²⁶

Neste estudo a proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores sobre reconhecimentos dos sinais de alerta foi abaixo do ideal, com valores menores na maternidade A que na maternidade B. Essa orientação inadequada aos pais pode se associar a outros fatores relacionados à instituição ou aos profissionais.²⁷⁻²⁹ Também, alguns profissionais entendem que determinadas atividades são atribuição de outros membros da equipe. Além disso, um estudo mostrou que alguns profissionais tendem a priorizar a assistência imediata, desconsiderando as atividades educativas e o preparo para alta.²⁷

Igualmente ao achado sobre os sinais de alerta, neste estudo, a proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores quanto ao seguimento após a alta obteve uma baixa adesão. Diferentemente, o MS recomenda e os estudos mostram a relevância da preparação para a alta por meio de orientações adequadas às famílias quanto a continuidade da assistência na 3ª etapa do MC e a vinculação das mães às equipes da APS.^{27,28} Estudo realizado em hospital escola materno-infantil identificou que embora as enfermeiras reconheçam os benefícios do MC predomina o pouco conhecimento sobre o método, escassa experiência, resistência da equipe e insuficiente

apoio institucional para a sua implantação.²⁷ Dessa forma os problemas que podem ocorrer em domicílios não são suficientemente valorizados, previstos e as soluções não informadas adequadamente.²⁹

No componente Gestão se identificou fragilidades nos dois serviços durante a pandemia que se encontravam parcialmente implantados. A ausência de compartilhamento dos objetivos clínicos, exames e tratamentos entre a UCINCa, ambulatório de egresso e as UBS são obstáculos para uma efetiva rede de referência e contrarreferência dificultando a integração da 2ª com a 3ª etapa do MC.²⁸ Estudos apontam uma frágil comunicação entre os diferentes níveis de atenção, fragmentando e descontinuando o cuidado, onde os profissionais da APS minimizam sua importância na 3ª etapa do MC e, por vezes, a comunicação clínica ao serviço especializado é assumida pelos cuidadores do bebê.^{3,5} Essa fragilidade pode repercutir no aumento da mortalidade neonatal tardia especialmente em um contexto de pandemia, em que a orientação governamental era da suspensão temporária das consultas de seguimento nos ambulatórios de follow-up e realização das mesmas pelas equipes da APS.^{3,22}

Essas dificuldades são expostas em estudo que identificou considerável número de mães que não recebeu visita domiciliar na primeira semana de alta hospitalar e atribuiu a isso uma provável falta de orientações adequadas sobre a importância do compartilhamento do cuidado com a APS, pelos profissionais da UCINCa. Mostrou ainda que estes profissionais mesmo reconhecendo a importância da APS, acreditavam que a equipe era despreparada para lidar com as especificidades do RNPT ou de baixo peso e precisava ser capacitada.³

No tocante à capacitação dos profissionais que atuam no MC, um número expressivo dos profissionais entrevistados referiu ter capacitação sobre o método embora com percentuais distintos entre as instituições, maior na maternidade A. Capacitações e atualizações da equipe sobre o MC são essenciais para garantir a qualidade da assistência em todas as suas etapas para os pacientes e suas famílias, promovendo o suporte emocional para a equipe se sentir confiante quanto a sua conduta.^{12,25,30}

Como limitações deste estudo, apesar da avaliação normativa responder se os critérios e normas ministeriais foram cumpridos, ela não esclarece o porquê do descumprimento, ainda que possibilite levantar hipóteses em um contexto de pandemia. Além disso, o próprio período da pandemia interfere no resultado da avaliação, visto que os desafios impostos aos profissionais e aos serviços geraram dificuldades próprias para aplicação do MC.

A UCINCa encontrava-se parcialmente implantada durante a pandemia de coronavírus nas duas maternidades de referências e com obstáculos para a integração com a

3ª etapa do método para sua implantação plena. Enquanto a dimensão Estrutura encontrava-se implantada nas duas unidades, a dimensão Processo estava parcialmente implantada em todos os seus componentes, à exceção do componente assistencial na maternidade B. Destaca-se a necessidade de capacitar os profissionais sobre o MC, assim como conscientizá-los quanto à realização das atividades educativas. Os benefícios do método amplamente reconhecidos sinalizam a necessidade de prezar pela sua manutenção mesmo com adaptações em um contexto de uma emergência em saúde pública de interesse internacional como foi a do coronavírus. Reforça-se a importância de promover estratégias que articulem a segunda etapa com a terceira etapas, sobretudo com as equipes da APS para um atendimento qualificado e integral da criança após a alta hospitalar.

Contribuição dos autores

Cândido JLA, Frias PG e Sarinho SW: concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Born too soon: decade of action on preterm birth. Geneva: WHO; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [acesso em 2023 Out 5]. Disponível em: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>
2. Alves FN, Wolkers PCB, Araujo LB, Ferreira DMLM, Azevedo VMGO. Impacto da segunda e terceira etapas do método canguru: do nascimento ao sexto mês. Rev Enferm Centro Oeste Mineiro. 2021; 11: e4200.
3. Silva MV, Lamy ZC, Sousa AF, Hartz Z, Mendes CM, Ramos CV. Evaluation of the third stage of the kangaroo method in primary health care. Rev Pesq. (Univ. Fed. Estado Rio J.). 2022; 14: e11116.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: diretrizes de cuidado. 1ª ed. Revisada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2023 Out 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf
5. Aires LCP, Santos EKA, Bruggemann OM, Backes MTS, Costa R. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. Esc Anna Nery 2017; 21 (2): e20170028.

6. Souza NA, Lamy ZC, Goudard MJ, Marba ST, Costa R, Caldas LN, et al. Factors associated with skin-to-skin contact less than 180 min/day in newborns weighing up to 1,800g: multicenter study. *Ciênc Saúde Colet*. 2023; 28 (4): 1021-9.
7. Lamy ZC, Soares M, Morsh DS. Cuidado compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica. In: Sanches MTC, Costa R, Azevedo VMGO, Morsh DS, Lamy ZC (org). *Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015. Cap. 11. [acesso em 2023 Out 5]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/10/canguru_capa_miolo.pdf
8. Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Histórico da pandemia de Covid-19. [Internet] [acesso em 2023 Out 5]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>.
9. Custodio ZAO, Morsch DS, Marba STM, Gomes MAM, Machado, LG, Lamy ZC. Kangaroo Care: how to guarantee and expand in Covid-19 times. 2020. *SciELO Preprints* [Preprints]. [acesso em 2023 Out 5]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.773>
10. Coşkun Şimşek D, Günay U, Özarslan S. The impact of the COVID-19 pandemic on nursing care and nurses' work in a neonatal intensive care unit. *J Pediatr Nurs*. 2022; 66: 44-8.
11. Minckas N, Medvedev MM, Adejuvibe EA, Brotherton H, Chellani H, Estifanos AS, et al. Preterm care during the COVID-19 pandemic: A comparative risk analysis of neonatal deaths averted by kangaroo mother care versus mortality due to SARS-CoV-2 infection. *EclinicalMedicine*. 2021; 33: 100733.
12. Rao SPN, Minckas N, Medvedev MM, Gathara D, Prashantha YN, Estifanos AS, et al. Small and sick newborn care during the COVID-19 pandemic: global survey and thematic analysis of healthcare providers' voices and experiences. *BMJ Glob Health*. 2021; 6: e004347.
13. Yeo KT, Oei JL, De Luca D, Schmölzer GM, Guaran R, Palasanthiran P, et al. Review of guidelines and recommendations from 17 countries highlights the challenges that clinicians face caring for neonates born to mothers with COVID-19. *Acta Paediatr*. 2020; 109: 2192-207.
14. Bezerra TC, Falcão ML, Goes PS, Felisberto E. Evaluation of professional training programs in health: indicator construction and validation. *Trab Educ Saúde*. 2016; 14 (2): 445-72.
15. Bittencourt DAS, Vilela MEA, Marques COM, Santos AM, Silva CKRT, Domingues RMSM, et al. Labor and childbirth care in maternities participating in the "Rede Cegonha/Brazil": an evaluation of the degree of implementation of the activities. *Ciênc Saúde Colet*. 2021; 26 (3): 801-21.
16. Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, orgs. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
17. Lima GMS. Trajetória do Método Canguru no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. In: Sanches MTC, Costa R, Azevedo VMGO, Morsh DS, Lamy ZC, orgs. *Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015. Cap. 04. [acesso em 2019 Jun 5]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/10/canguru_capa_miolo.pdf
18. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE). HAM apresenta novo espaço para Método Canguru, 2017. [acesso em 2019 Jun 5]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-atencao-saude/ham-apresenta-novo-espaco-para-metodo-canguru>
19. Donabedian A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*. 1988; 25 (1): 173-92.
20. Cândido JLA, Frias PG, Sarinho SW. Construction and validation of indicators to evaluate the implementation of the Kangaroo Method using the Delphi technique. *Rev Enferm UFPI*. 2023; 12 (1): e4435.
21. Cardoso JS, Lamy ZC, Lamy F Filho, Gomes MA, Queiroz AL, Gianini NO, et al. Análise situacional da implantação do Método Canguru em maternidades públicas brasileiras. In: Sanches MT, Costa R, Azevedo VM, Morsch DS, Lamy ZC, orgs. *Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015. p. 165-86.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica nº 6/2020 - COCAM/CGCIVI/ DAPES/SAPS/MS. Atenção à Saúde do Recém-nascido no Contexto da Infecção do novo coronavírus (SARS-COV-2). [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2023 Out 11]. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087595/notatecnicaneonatal30mar2020covid-19.pdf>
23. Reichert APS, Guedes ATA, Soares AR, Brito PKH, Bezerra ICS, Silva LCL, et al. Repercussions of the Covid-19 pandemic in the care of premature infants. *Esc Anna Nery* 2022; 26 (spe): e20210179.
24. Morsch DS, Custódio ZAO, Lamy ZC. Psycho-emotional care in a neonatal unit during the Covid-19 pandemic. *Rev Paul Pediatr*. 2020; 38: e2020119.
25. Aires LCP, Koch C, Santos EKA, Costa R, Mendes JS, Medeiros GMS. Kangaroo-mother care method: a documentary study of theses and dissertations of the Brazilian nurse (2000-2017). *Rev Bras Enferm*. 2020; 73 (2): e20180598.

26. Ely VHMB, Cavalcanti PB, Silveira JTT, Klein MF, Soares Junior A. Atributos ambientais desejáveis a uma unidade de alojamento conjunto Método Canguru a partir de uma experiência de projeto participativo. *Ambient Constr*. 2017; 17 (2): 119-34.
27. Ferreira DO, Silva MP, Galon T, Goulart BF, Amaral JB, Contim D. Kangaroo method: perceptions on knowledge, potencialities and barriers among nurses. *Esc Anna Nery Rev. Enferm*. 2019; 23 (4): e20190100.
28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2023 Out 11]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terceira_etapa_metodo_canguru.pdf
29. Sales IMM, Santos JDM, Rocha SS, Gouveia MTO, Carvalho NAR. Contributions of the nursing team in the second stage of the Kangaroo-Mother Care Method: Implications for hospital discharge of the newborn. *Esc Anna Nery*. 2018; 22 (4): e20180149.
30. Costa MC, Neves APSM, Cavalcanti MCAS, Moraes ES. Proposta interprofissional de educação permanente em assistência perinatal no contexto da pandemia covid-19. *Rev Multidiscip Saúde*. 2023; 4 (3): 614-9.

Recebido em 13 de Março, 2023

Versão final apresentada em 11 de Julho, 2024

Aprovado em 25 de Julho, 2024

Editora Associada: Ana Albuquerque