

AValiação da Implantação do Método Canguru: O Caso de uma Maternidade em Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil

EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF THE KANGAROO METHOD: THE CASE OF A MATERNITY WARD IN BELO HORIZONTE, STATE OF MINAS GERAIS – BRAZIL

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL METODO CANGURO: EL CASO DE UNA MATERNIDAD EN BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS – BRAZIL

Tarcísio Laerte Gontijo¹
Deborah Carvalho Malta²

RESUMO

Trata-se de estudo de avaliação da implantação da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (MC) – em uma maternidade de Belo Horizonte-MG, fundamentado nos aspectos clássicos da avaliação normativa: estrutura, processo e resultado. Utilizou-se como coleta de dados a observação semiparticipante e entrevistas com 19 profissionais e 13 mães participantes do método na instituição. A estrutura mostrou-se adequada, e na avaliação do processo verificou-se que o método foi assimilado de forma diferenciada pelos profissionais. Na avaliação de resultados, identificou-se que os bebês assistidos nesse programa recebem alta mais precocemente, sendo o serviço bem avaliado pelas mães, que se sentem mais seguras para cuidar do bebê prematuro.

Palavras-chave: Parto Humanizado; Recém-Nascido de Baixo Peso; Humanização da Assistência; Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde); Enfermagem Neonatal.

ABSTRACT

This is an evaluation study of the implementation of Humanized Care for Low Birth Weight Newborn Infants – Kangaroo Method, in a maternity care facility in Belo Horizonte/MG, underpinned by the classic aspects of normative evaluation: structure, process and results. Data were collected by semi-participatory observation and interviews with 19 professionals and 13 participating mothers in the method in that institution. The structure was verified to be appropriate and on evaluation of the process, it was seen that the health care professionals grasped the method in differentiated ways. On assessment of results, it was identified that the babies assisted by this program were discharged earlier and the service was well evaluated by the mothers, who felt more confident to care for the premature baby.

Key words: Humanizing Delivery; Infant, Low Birth Weight; Humanization of Assistance; Outcome and Process Assessment (Health Care); Neonatal Nursing.

RESUMEN

Tratase de un estudio de evaluación a la implantación de la Atención Humanizada al recién nacido de bajo peso – el Método Canguru, en una maternidad de Belo Horizonte/MG, fundamentado en los aspectos clásicos de la evaluación normativa: estructura, proceso y resultado. Fueron utilizados, como coleta de datos, la observación semi participante y encuestas con 19 profesionales y 13 madres del método en la institución. La estructura muestrase adecuada y al evaluar el proceso, encuentrase que el metodo fue asimilado de manera diferenciada por los profesionales. En relación a los resultados, identifícase que los recién nacidos asistidos en este programa reciben alta hospitalaria temprana, siendo el servicio bien aceptado por las madres, que se sienten mas seguras para cuidar a sus hijos prematuros.

Palabras clave: Parto Humanizado; Recién Nacido de Bajo Peso; Humanización de la Atención; Evaluación de Procesos y Resultados (Atención de Salud); Enfermería Neonatal.

¹ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais.

² Médica. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem/UFMG. Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Brasília, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Piauí 255, Centro. Divinópolis-MG. CEP 35502-031.

E-mail: enfarcisio@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O Método Canguru (MC) surgiu na Colômbia, no final da década de 1970, e consiste na colocação do bebê no tórax da mãe (entre as mamas) para maior estabilidade térmica. Substituiu as incubadoras, permitindo alta precoce, menor taxa de infecção hospitalar, melhor qualidade da assistência e menor custo para o sistema de saúde.¹ Esse método se difundiu mundialmente e apresentou-se como alternativa em países em desenvolvimento, com grande escassez de hospitais com infra-estrutura e recursos adequados para dar a assistência necessária às mães e aos bebês prematuros. Persistem, porém, no meio acadêmico, críticas ao método, pelo fato de não existirem evidências sólidas quanto à efetividade dele.

Em revisão sistemática no Cochrane Database, concluiu-se que, embora o MC aparente reduzir a morbidade grave das crianças sem o relato de nenhum efeito colateral sério, ainda existem poucas evidências para recomendar seu uso rotineiro em recém-nascidos de baixo-peso.² Dessa maneira, o MC é uma modalidade de cuidado ao recém-nascido de baixo peso que tem recebido cada vez mais atenção da comunidade científica em todo o mundo. Por um lado, ele é analisado como tecnologia apropriada capaz de garantir a sobrevivência dos bebês em locais com escassez de recursos, mas, por outro, tem sido muito criticado, tendo assim despertado o interesse de estudiosos dos países desenvolvidos, que manifestam a preocupação com a qualidade de vida das crianças nascidas prematuramente, especialmente aquelas com menos de 1 500 g.³

No Brasil, desde 1999, o Ministério da Saúde (MS) vem trabalhando na implantação e consolidação desse método, incluindo-o nas diretrizes de atenção à saúde de crianças com baixo peso (prematuras), além de publicar a norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP-MC). Essa norma padroniza procedimentos do método, como o contato pele a pele precoce entre mãe e filho de forma crescente, além de maior participação dos pais no cuidado com seu filho.⁴

O MS realizou, ainda, diferentes capacitações para profissionais de diversas maternidades em todo o País, estas executadas nos Centros de Referência. Foram convidados de 4 a 6 profissionais por maternidade, sendo estas selecionadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Os profissionais capacitados deveriam atuar como disseminadores da proposta em suas instituições, atuando como multiplicadores do treinamento recebido. Portanto, o processo de implantação e disseminação do MC, no Brasil, se deu por meio da edição da norma e das capacitações citadas.⁴

As orientações contidas na norma do Ministério da Saúde⁴ preconizam a implantação do método em três etapas distintas: a) a primeira deve ser realizada na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), logo após o nascimento do recém-nascido de baixo peso e/ou prematuro que não pode ir para o alojamento conjunto com a mãe, necessitando permanecer internado na referida unidade; b) a segunda refere-se ao período em

que o recém-nascido se encontra estabilizado e poderá ficar com acompanhamento contínuo de sua mãe no alojamento canguru, realizando a posição canguru o maior tempo possível. Essa etapa funciona como um período de adaptação para a alta; c) a terceira consiste no adequado acompanhamento das crianças no ambulatório após a alta hospitalar e objetiva avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família, corrigir situações de risco, como ganho de peso inadequado, sinais de refluxo, infecções, apnéias, dentre outras ações.⁴

O MC, como estabelecido pela norma brasileira, visa ao aumento do vínculo entre a mãe e seu bebê, estimulando o contato precoce entre ambos e a assistência humanizada às crianças prematuras e de baixo peso.⁴ O método possibilita maior contato com pais e familiares e é usado de forma complementar aos cuidados intensivos neonatais tradicionais (incubadoras e outros). Isso o difere do modelo original implantado inicialmente na Colômbia, que visava, além da humanização, à redução dos custos hospitalares.

No Brasil, o MC se tornou uma prática efetiva e vem sendo adotado por diversas maternidades, o que torna importante avaliar tal implantação do método nessas instituições. Na prática de análise de implantação, a avaliação tem como foco a relação entre a intervenção, nesse caso o MC, e o seu contexto de inserção. Torna-se indispensável mensurar a compreensão das diversas injunções de natureza técnica, ética ou política, relacionadas ao sucesso ou resistência da implantação. Como o MC abrange um conjunto de componentes e práticas, é necessário utilizar métodos de avaliação abrangentes e explicativos e que, principalmente, atendam às especificidades do universo avaliado, não sendo sempre possível estender esses resultados a outros universos.

Este estudo visa avaliar a implantação do MC em uma maternidade de Belo Horizonte-MG, comparando-o com o preconizado na norma de AHRNBP-MC do Ministério da Saúde.

MÉTODO

Cenário do estudo

Este estudo foi desenvolvido em uma maternidade pública, que é um centro de referência no atendimento a gestações de alto risco. Atualmente, essa maternidade dispõe de 160 leitos, distribuídos entre leitos obstétricos e neonatais (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e cuidados intermediários), alojamento conjunto e conta também com um Banco de Leite Humano. Em 2004, conforme dados da maternidade, nasceram 3 971 crianças, dentre as quais 659 (16,6%) com peso inferior a 2 500 gramas. Nesse mesmo ano, 89 dessas crianças foram atendidas pelo método.

Tipo de estudo

Trata-se de estudo de avaliação fundamentado nos aspectos clássicos da avaliação normativa: estrutura,

processo e resultado.⁵ Nesse caso, utilizou-se como referência os critérios e normas estabelecidos pela norma de AHRNBP-MC do Ministério da Saúde, que objetiva a padronização desse tipo de atendimento no Brasil.

Em relação à estrutura, foram avaliados os equipamentos, as instalações, a distribuição dos leitos e recursos humanos, como número, composição da equipe, capacitação, comparando-os com a norma do Ministério da Saúde. Foram avaliadas as três etapas do MC. Na avaliação de processo, empregou-se a dimensão organizacional e a dimensão técnica.^{5,6} Nesta última, foram identificados dois núcleos avaliativos centrais: o entendimento da proposta pela equipe e a adequação dos serviços à necessidade dos clientes. Na dimensão organizacional, foram identificados, também, dois núcleos avaliativos centrais: cobertura do serviço e a valorização da proposta pela instituição. Na análise dos resultados, foram avaliados dados de internação e permanência dos recém-nascidos no MC e a satisfação das mães.

Coleta e análise dos dados

Como instrumento de coleta de dados, foram utilizados questionários elaborados com base no Guia de Avaliadores Externos da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru.⁷ Realizou-se também, durante três meses (janeiro a março de 2005), a observação semiparticipante. Em seguida, foram entrevistados 19 profissionais atuantes nas três etapas do método e 13 mães, sendo 9 que estavam participando da segunda etapa e 4 na terceira etapa. Não foram entrevistadas mães participantes da primeira etapa em razão do pouco tempo de contato com o método.

O número de entrevistados, tanto profissionais quanto mães, foi definido durante a realização das entrevistas, sendo considerado suficiente quando as informações colhidas ficaram reincidentes, com exceção do profissional que atua na terceira etapa, que era o único. Neste artigo, identificamos as citações dos profissionais por meio da letra P, seguida de números (P1, P2, P3...) e das mães com a letra M, também seguida de números (M1, M2, M3...).

A análise das entrevistas foi realizada com base no referencial de análise de conteúdo proposto por Bardin.⁸ Avaliaram-se, também, dados de morbimortalidade dos recém-nascidos de baixo peso atendidos no MC, referentes aos registros locais em 2004, analisando o ganho de peso, tempo de internação e outras variáveis.

Questões éticas

Neste estudo não se contou com financiamento externo. As entrevistas foram agendadas previamente e obedeceram aos princípios éticos contidos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), por meio do Parecer nº ETIC 239/05. As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente e todos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nenhuma pessoa abordada se recusou a participar do estudo. Todas as entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador, que não possui nenhum vínculo ou conflito de interesse com o tema em questão ou com a maternidade em estudo.

RESULTADOS

Avaliação da estrutura

A implantação do MC se deu a partir de maio de 2002 e, segundo a coordenadora do método nessa instituição, as três etapas foram implantadas. A primeira foi realizada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal, que possui 20 leitos, e nos dois berçários de alto risco, onde existem 39 leitos. A segunda etapa foi realizada na Enfermaria Canguru, que possui 4 leitos e está localizada no alojamento conjunto. A equipe de profissionais que atendem a Enfermaria Canguru é a mesma responsável pelo alojamento conjunto. A terceira etapa foi realizada por um profissional (neonatologista) que atende em um consultório localizado no Banco de Leite Humano da instituição.

A estrutura da primeira etapa do MC atende aos requisitos preconizados pela norma de AHRNBP-MC nos aspectos referentes a instalações, equipamentos e recursos humanos. Em relação à qualificação dos profissionais, em junho de 2002 uma equipe de cinco profissionais (três enfermeiras e duas neonatologistas) participou da capacitação realizada pelo Ministério da Saúde, entretanto não houve o repasse formal desse treinamento para os demais membros da equipe. Nas entrevistas dos profissionais que atuam na primeira etapa, 12 (85,7%) dos 14 entrevistados relataram que nunca receberam nenhum tipo de treinamento sobre o método.

Em relação a recursos materiais, não é feita nenhuma exigência pela norma para a realização da primeira etapa.⁴ Quanto ao apoio às mães, existem limites à permanência delas na maternidade, por causa do espaço físico limitado e da inexistência de cadeira entre os leitos. Já a avaliação da segunda etapa mostrou uma estrutura adequada, que atende a todos os requisitos necessários para a prestação do MC nessa fase.

Segundo a norma brasileira,⁴ o acompanhamento na terceira etapa deve ser realizado por profissionais treinados, devendo ter uma agenda aberta que permita o retorno não agendado da criança, caso necessário. A periodicidade do acompanhamento deve ser de, no mínimo, três consultas na primeira semana após a alta, duas consultas na segunda semana e da terceira semana em diante uma consulta até a criança atingir o peso de 2 500 gramas. Após esse peso, o acompanhamento poderá ser realizado de acordo com as normas para o acompanhamento e crescimento segundo o Ministério da Saúde.⁴ Na maternidade em estudo, essa etapa é feita por um profissional (neonatologista) e

o acompanhamento é realizado até a criança atingir 2 000 gramas de peso; não atendendo também à periodicidade descrita após esse período, a criança é encaminhada aos centros de saúde.

Avaliação de processos

A apreciação do processo trata de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Nessa etapa, empregou-se a dimensão organizacional e a técnica.^{5,6} Na dimensão técnica, o entendimento da proposta pela equipe mostrou que, apesar do conhecimento geral dos objetivos do MC, 66,7% dos profissionais entrevistados não conhecem as normas e rotinas do método e não receberam treinamento específico sobre ele.

Em relação à adequação dos serviços às necessidades dos clientes, a articulação das três etapas do método não se mostrou adequada, especialmente na primeira etapa, na qual os profissionais não se sentem participantes do método:

Sinceramente aqui dentro da UTI eu não percebo isso não, eu acho que aqui são atitudes individuais. (P12)

Na UCI, local onde deve ser iniciada a primeira etapa, não há um processo de identificação de recém-nascidos elegíveis e de informação das mães quanto ao MC, nem estímulo ao aleitamento; as fórmulas são mais adotadas na prescrição do que na amamentação natural. Quanto ao apoio às mães, existem limites à permanência delas na maternidade, restringindo-se ao horário diurno. A norma do MS⁴ descreve, ainda, a importância da adoção da posição canguru o mais precoce possível, no entanto, percebe-se a falta de incorporação de determinadas práticas do MC, como é o caso da não-colocação dos bebês na posição canguru, principalmente na primeira etapa, sendo as explicações para tal fato as mais variadas possíveis.

A mãe pega a criança, põe no colo, mas pele a pele não, porque esses meninos são graves, mas temos que mudar isso, né? (P4).

Nas entrevistas com as mães, isso se torna mais evidente, pois elas afirmam que só passam a adotar efetivamente a posição canguru quando são encaminhadas à Enfermaria Canguru. Mesmo assim, a posição canguru, não é adotada de maneira contínua na segunda etapa.

Outra prática que interfere no seguimento da terceira etapa do MC e que causa descontinuidade do cuidado no domicílio é o uso da bolsa produzida pelo hospital para a colocação do bebê na posição canguru. O uso dessa bolsa, associado à falta de orientação às mães, levam-nas a achar indispensável o uso dela no período domiciliar. Como elas não possuem a bolsa em casa e a maternidade não as disponibiliza para uso domiciliar, a posição canguru é pouco realizada no domicílio, como podemos ver na fala a seguir:

Após a alta eu nunca mais fiz o pele a pele em casa, por medo da temperatura e também por ele estar sem a bolsa. (M3)

Na dimensão organizacional, foram avaliados o acesso, a extensão da cobertura do MC na maternidade e o apoio institucional, buscando responder se a organização administrativa favorece a continuidade e a globalidade do método. Diante das análises realizadas, identificamos dois núcleos avaliativos centrais: cobertura do serviço e valorização da proposta pela instituição. Em relação à cobertura do serviço, em 2004, conforme registros da maternidade, nasceram 3 971 crianças sendo 290 (7,31%) com peso, ao nascer, menor que 2 000 gramas. Desses, apenas 87 foram atendidas pelo método, ou seja, aproximadamente 30% dos bebês potencialmente elegíveis.

Na observação participante, durante os três meses de pesquisa no serviço, não se presenciou a lotação máxima da Enfermaria Canguru, que é de quatro leitos. Portanto, existe um potencial de ocupação que não é utilizado pelo serviço. Em relação à permanência nessa enfermaria, observou-se que 31,5% dos recém-nascidos permanecem internados de dois e cinco dias, 30,3% permanecem de seis a nove dias e apenas 4,5%, de dezoito a vinte dias. Logo, a média de permanência é baixa, menor que nove dias. Considerando os quatro leitos existentes, nove dias com tempo médio de internação, bem como uma taxa de ocupação de 80%, haveria a possibilidade de internar cerca de 130 recém-nascidos/ano (365x4/9x0.8). Conseqüentemente, a cobertura poderia ser ampliada em 47%.

Quanto à valorização da proposta pela instituição, durante as entrevistas surgiu a questão do apoio da instituição (diretoria) à proposta, e alguns profissionais relataram suas percepções no sentido do afastamento da diretoria do projeto. Alguns técnicos dizem não haver, neste momento, apoio explícito, tampouco intencionalidade para a ampliação dele.

Não se observou nas entrevistas nenhuma restrição da diretoria ao projeto, entretanto, os entrevistados relataram que também não existe apoio para aprofundá-lo e expandi-lo.

Avaliação dos resultados

Cerca de 90% dos recém-nascidos acompanhados pelo MC tiveram alta com menos de 1 900 g, enquanto os recém-nascidos acompanhados na assistência tradicional (incubadoras) tiveram alta, em média, com 2 000 g. As mães, durante as entrevistas, mostraram grande satisfação quanto ao MC, por se sentirem mais confiantes no cuidado de seus filhos, estimuladas para o aleitamento, esperançosas pela possibilidade de alta precoce, além de satisfeitas quanto ao desempenho do hospital e da equipe técnica. Para elas, torna-se muito evidente a satisfação com o método, principalmente em relação ao melhor desenvolvimento de seu filho, destacando-se o ganho de peso, que é o principal fator para a alta do bebê:

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

Elas relataram, ainda, grande satisfação quanto à assistência prestada pela equipe.

DISCUSSÃO

Na área de avaliação de serviços de saúde, há um amplo processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica propiciando novos instrumentos aos administradores para a tomada de decisão. A avaliação de uma intervenção deve permitir não somente o julgamento de sua eficácia, mas também dos fatores explicativos dos resultados obtidos, tendo em vista modificações posteriores.^{9,10}

Contandriopoulos⁶ diz que “a avaliação é uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao processo de aprendizado, sendo também um conceito em moda, com contornos vagos e que agrupa realidades múltiplas e diversas”. A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando a estrutura, os processos e os resultados com critérios e normas.

Donabedian,⁵ considerado um autor clássico na avaliação, refere-se à estrutura como atributos materiais e organizacionais relativamente estáveis nos locais onde se proporciona a atenção. Os fatores que contribuem para as condições sob as quais o cuidado é oferecido incluem recursos materiais, recursos humanos e características organizacionais.

O termo “processo” refere-se à atenção que os profissionais de saúde e outros provedores dispensam aos pacientes, como diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação, além da habilidade com que efetuam essa atenção. Também se incluem as contribuições que os pacientes e seus familiares trazem para o cuidado. Já o termo resultado refere-se ao que se obtém para o paciente e supõe uma alteração no estado de saúde que possa ser atribuída à atenção sob avaliação. Os resultados também incluem outras consequências da atenção, como conhecimento sobre a enfermidade e mudanças na conduta.¹¹ Torna-se importante desenvolver estudos de avaliação de serviços e programas contribuindo para o aperfeiçoamento das práticas.

Quanto à avaliação da aplicação do MC na maternidade em estudo, sua estrutura, em geral, atende aos requisitos preconizados na norma. Em relação à capacitação, identificou-se que 86% dos profissionais não receberam treinamentos e, portanto, não adquiriram conhecimentos sobre as normas e rotinas do MC, o que pode ter levado à baixa incorporação por parte dos profissionais de determinadas práticas do método. Entretanto, mesmo sem treinamento específico, grande parte dos entrevistados reconhece a importância do método, principalmente em relação às vantagens dele para o desenvolvimento do bebê.

Segundo Toma,¹² o sucesso do MC depende não só da vontade da mãe, mas também de uma equipe de saúde compreensiva. No MS é necessária a mudança de comportamento e da filosofia profissional para que a implantação dessa atenção humanizada não sofra solução de continuidade em nenhuma de suas etapas.⁴ Segundo Toma et al.,³ a melhor apreensão da “filosofia” de trabalho que reina entre os membros da equipe e as chefias, assim como a avaliação periódica das práticas por meio de instrumentos padronizados que sirvam de retroalimentação do sistema, poderia ser útil nesse processo.

Bell e McGrath¹³ descreveram a experiência de implantação do MC numa instituição e relataram que o primeiro insucesso dessa implantação foi com a equipe de profissionais, que se encontrava fragmentada e com condutas discrepantes relacionadas ao método e à falta de compromisso de alguns profissionais com os familiares.

Ainda em relação à estrutura, algumas normas não foram seguidas, como o não-seguimento do recém-nascido até atingir 2 500 g e a frequência do acompanhamento após a alta. O desenvolvimento da terceira etapa tem encontrado dificuldade de implantação em outras maternidades, conforme descrito por Colameo e Rea,¹⁴ em estudo em que avaliaram a implantação desse método nas maternidades do Estado de São Paulo.

Na avaliação de processo, destaca-se a baixa articulação entre as três etapas, especialmente na primeira, resultando na baixa identificação de crianças elegíveis para o método. Essa baixa articulação pode se dever ao processo de trabalho, alocando profissionais distintos para cada uma das etapas da assistência.

Quanto aos resultados alcançados, destaque-se que os bebês assistidos pelo MC tiveram alta precoce em relação aos bebês assistidos no cuidado tradicional (incubadoras), o que já demonstra avanços no desenvolvimento do MC, nessa maternidade, diminuído, assim, o tempo de internação. Esse resultado é importante porque reduz riscos às crianças, bem como custos hospitalares. Carvalho¹ cita que o MC tem como vantagens a alta antecipada, aleitamento materno exclusivo, posição canguru para prover calor, educação/informação às mães e acompanhamento ambulatorial.

Outro ponto importante a destacar é a diminuição nos custos da internação, uma vez que a alta é precoce. Lima et al.,¹⁵ em estudo realizado no Recife, onde foram acompanhadas 244 crianças com baixo peso ao nascer, descreve que uma das importantes vantagens do método é o baixo custo de sua operacionalização, uma vez que esses autores identificaram um custo três vezes maior na assistência tradicional quando comparado ao Método Canguru.

A proposta brasileira do Método Canguru, com sua aplicação dividida em três etapas, sendo parte da assistência focada nos aspectos psicoafetivos que cercam o nascimento de um recém-nascido prematuro e a outra, aos cuidados técnicos relativos ao atendimento

do recém-nascido, incluindo o cuidado com a mãe, e à família, tem demonstrado uma experiência mais ampla do que de outros países, entretanto com muitas barreiras ainda a serem vencidas.¹⁶

Conclui-se, portanto, que existem avanços importantes nesta maternidade, mas ainda há necessidade de maior apoio institucional para a capacitação da equipe, melhor articulação entre as etapas do método e implantação mais efetiva, especialmente da primeira e da terceira

etapa. Toma et al.³ descreve que uma das possíveis barreiras para a implantação de todas as etapas previstas para o método está na dificuldade das equipes em lidar com as famílias. O grande mérito do MC consiste em promover a humanização do atendimento, ampliando o vínculo entre mãe e recém-nascido. Portanto, os principais destaques consistem na boa avaliação das mães quanto ao serviço prestado e na redução do tempo de internação, destaques que justificam a continuidade e a ampliação do método.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho MR. Método Mãe Canguru de Assistência ao Prematuro. Rio de Janeiro: BNDES; 2001. 96 p.
2. Conde-Agudelo A, Diaz-Rosello JL, Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; (2):CD002771.
3. Toma TS, Venâncio SI, Andretto DA. 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.* 2007; 7(3): 297-307.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 693, Dispõe sobre a norma para a implantação do método canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso de 5 maio de 2000. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
5. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. México: Instituto Nacional de Salud Publica; 1990.
6. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A Avaliação Na Área de Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-49.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru – Guia de Avaliadores Externos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Martins Fontes; 1978
9. Hartz ZMA. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: Hartz ZMA, Organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 19-28
10. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública.* 2000; 5: 547-59.
11. Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte 1993-1996 [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas; 2001.
12. Toma TS. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19: 233-42.
13. Bell RP, McGrath JM. Implementing a research based Kangaroo care program in the neonatal intensive care unite. *Nurs Clin North Am.* 1996; 31: 387-403
14. Colameo AJ, Rea MF. O método mae canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(3):597-607.
15. Lima G, Quintero-Romero S, Cattaneo A. Feasibility, acceptability and cost of Kangaroo mother care in Recife, Brasil. *Ann Trop Paediatr.* 2000; 20:22-6.
16. Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Hennig MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(3): 659-68.

Data de submissão: 3/9/2008

Data de aprovação: 6/10/2008