

Da intuição às políticas públicas: a jornada para incorporação do Método Canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso

From intuition to the public policies: the journey aimed to the incorporation of the Kangaroo Method (Método Canguru) for the care of low weight newborns

Tereza Setsuko Toma¹

Resumo

Em 1979, iniciou-se na Colômbia, o “Programa Madre Canguru” para promover a alta hospitalar precoce de recém-nascidos de baixo peso, pré-termos ou pequenos para a idade gestacional. Desde então, esta proposta foi incorporada na prática clínica em vários países, sendo adaptada às necessidades médicas, sociais e culturais de cada comunidade. No Brasil, o Ministério da Saúde publicou em 2000 uma portaria com as diretrizes para sua implantação. Este artigo tem como finalidade apresentar o que tem sido publicado sobre o Método Canguru (MC) no mundo, com ênfase na incorporação desta tecnologia. Esta revisão descritiva analisou resumos de artigos publicados até 10 de setembro de 2011. A busca foi realizada nos bancos de dados PubMed, SciELO e LILACS. Os 262 resumos de artigos analisados abordam o MC em suas diversas interfaces, incluindo benefícios potenciais, segurança, aceitabilidade e implementação, vivências das mães e familiares. Revisões sistemáticas apontam benefícios inegáveis do método para a redução da morbi-mortalidade de recém-nascidos de baixo peso. Há diferentes tendências na implantação do método entre os países de acordo com seu grau de desenvolvimento econômico. Um grande desafio em nosso país é a implantação do MC conforme preconizado na Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru.

Palavras-chave: Método Canguru, Revisão, Incorporação de Tecnologias em Saúde

Abstract

In 1979, the “Madre Canguru Program” was initiated in Colombia in order to promote early discharge low birth weight babies, preterm or small for age pregnancy. Since then, this proposal has been incorporated into clinical practice in several countries, and adapted to the medical, social and cultural needs of each community. In Brazil, the Ministry of Health published in 2000 an ordinance with guidelines for its implementation. This article aims to present what has been published on the Kangaroo Mother Care (KMC) in the world, with emphasis on the incorporation of this technology. This descriptive review examined summaries of articles published prior to September 10, 2011. The search was conducted in the databases PubMed, SciELO and LILACS. The 262 abstracts of articles analyzed the KMC approach in its various interfaces, including potential benefits, safety, acceptability and implementation experiences of mothers and families. Systematic reviews indicate undeniable benefits of the method for reducing morbidity and mortality of low birth weight newborns. There are different trends in the implementation of the method among countries according to their degree of economic development. A major challenge in our country is the implementation of the KM as recommended in the standard guidance Norma de Orientação para a Implantação do do Método Canguru.

Keywords: Kangaroo Mother Care, Review, Health Technologies Incorporation

¹Tereza Setsuko Toma (ttoma@isaude.sp.gov.br) é médica pediatra, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora científica V e coordenadora do Núcleo de Análise e Projetos de Avaliação de Tecnologias de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



Introdução

Em 1979, os médicos Gómez e Rey Sanabria iniciaram no Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colômbia, um programa com a finalidade de promover a alta hospitalar precoce de recém-nascidos de baixo peso (RNBP), pré-termos ou pequenos para a idade gestacional. A proposta surgiu devido às condições precárias da atenção hospitalar, tais como superlotação, abandono de bebês, carência de equipamentos e de pessoal, altas taxas de infecção cruzada e de mortalidade neonatal. As mães, então, começaram a ser preparadas para levar seus bebês para casa o mais breve possível, independente do peso, desde que clinicamente estáveis. Após a alta hospitalar, deveriam manter o bebê em contato pele a pele entre as mamas (Figura 1), alimentar apenas com leite materno e levar para acompanhamento em ambulatório especializado. Este tipo de cuidado recebeu o nome de “Programa Madre Canguro”, devido à forma como as mães eram orientadas a carregar seus bebês¹⁰.

O programa foi visto como “uma luz de esperança” para milhões de RNBP em todo o mundo, apresentando uma relação custo-benefício que poderia proporcionar o aumento nas taxas de sobrevivência desses bebês, assim como melhorar sua qualidade de vida e evitar que fossem abandonados pelos pais¹⁰. O apoio do UNICEF propiciou o estabelecimento e a difusão do programa, que passou a ser apresentado como um modelo para cuidar do RNBP em casa. Avaliou-se que nos países in-

dustrializados esta abordagem não contribuiria para a sobrevivência de RNBP, no entanto poderia ser útil para a educação e motivação das mães²³.

Desde então, esta proposta passou a ser introduzida na prática clínica em vários países, sendo adaptada às necessidades médicas, sociais e culturais de cada comunidade.

Encontros internacionais têm contribuído tanto para a difusão do conhecimento quanto para fomentar o desenvolvimento de pesquisas. O primeiro encontro sobre o tema foi realizado em Bogotá, com patrocínio do UNICEF e reuniu as experiências iniciais de diversos países²². Em 1996 criou-se uma rede internacional de especialistas, a



Figura 1. Mãe e pai com seus RNBP em posição canguru (Fonte: Organización Mundial de la Salud. Método Madre Canguro: guía práctica, 2004)

International Network of Kangaroo Mother Care (INK). Esta rede tem organizado a cada dois anos o *Kangaroo Mother Care Workshop*: Itália 1996, Colômbia 1998, Indonésia 2000, África do Sul 2002, Brasil 2004, Estados Unidos 2006, Suécia 2008, Canadá 2010¹⁵.

No Brasil, a primeira experiência de implantação do Programa Mãe Canguru de que se tem notícia foi em 1991, no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, SP. Em 1994, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) iniciou a implantação do programa para enfrentar uma situação crítica em que o número de prematuros e recém-nascidos de baixo peso era maior do que o das incubadoras disponíveis^{18, 3}. Na cidade de São Paulo, um projeto realizado por pesquisadoras do Instituto de Saúde, com apoio do UNICEF, CNPq e FAPESP, estudou a viabilidade da implantação do programa no Hospital Leonor Mendes de Barros, de 1993 a 1997¹⁹.

O programa ganhou visibilidade nacional a partir de 1997, quando o IMIP foi um dos finalistas do concurso de projetos sociais, patrocinado pela Fundação Ford, juntamente com a Fundação Getúlio Vargas e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Esta premiação, que tem como objetivo reconhecer as iniciativas inovadoras no tratamento de questões sociais, levou o BNDES a apoiar a expansão da enfermaria Mãe Canguru do IMIP e a conduzir ações para sua divulgação no Brasil¹⁸.

A divulgação inicial pelo BNDES foi feita através da Conferência Nacional sobre o Método Mãe Canguru, realizada em março de 1999, no Rio de Janeiro. Depois da conferência, o Ministério da Saúde (MS) designou um grupo de trabalho para elaborar as diretrizes para a implantação do método, publicadas em julho de 2000 e atualizadas em julho de 2007 por meio da Portaria n.º 1.683, que aprova a “Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru”¹. Esta Norma instituiu o Método Canguru como política pública de saúde. Ainda, a Secretaria de Assistência à Saúde, por meio da Portaria 072, de 02 de março de 2000, incluiu o método na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)².

Após a publicação da Norma, um projeto amplo de di-

usão em todo o Brasil foi então coordenado pelo Ministério da Saúde, com o apoio do BNDES, em parceria com a Fundação ORSA¹⁸. Um manual técnico foi elaborado para a capacitação de equipes de saúde multiprofissionais e cinco Centros de Referência foram definidos nas macrorregiões do país. De 2000 a 2007 foram realizados 166 cursos envolvendo 7.036 participantes, além de seminários nacionais para sensibilização de profissionais de saúde³.

O “*Programa Madre Canguru*” aparece hoje em dia com denominações diversas, então adotaremos o termo Método Canguru (MC) conforme publicado na Portaria do Ministério da Saúde.

Este artigo tem como finalidade apresentar o que tem sido publicado sobre o MC no mundo, com ênfase na incorporação desta tecnologia.

Método

Esta revisão descritiva teve como base o levantamento e análise de resumos de artigos publicados até 10 de setembro de 2011. A busca foi realizada nos bancos de dados PubMedⁱⁱ, SciELOⁱⁱⁱ e LILACS^{iv}. No PubMed foram utilizados os descritores “*Kangaroo Care*”, “*Kangaroo Mother Care*” e “*Kangaroo Method*” (com o limite “*humans*”). No SciELO a busca foi feita por meio dos descritores *Método Canguru*, *Método Mãe Canguru* e *Método Mãe-Canguru*. No LILACS, o descritor utilizado foi *Madre Canguru*. Para a finalidade deste artigo, cujo foco é a incorporação de tecnologias, foram selecionados e lidos na íntegra revisões sistemáticas e artigos que abordam o processo de implantação.

Resultados e discussão

No PubMed os descritores “*Kangaroo Care*”, “*Kangaroo Mother Care*” e “*Kangaroo Method*” renderam, respectivamente, 150, 93 e 41 artigos. No SciELO, os descritores *Método Canguru*, *Método Mãe Canguru* e *Método Mãe-Canguru* levaram a, respectivamente, 6, 12 e 7 artigos. No LILACS, o descritor *Madre Canguru* resultou em 23 artigos.

Esses descritores não esgotam a lista de publicações sobre o tema, porém são os mais comumente

ⁱⁱ PubMed é um banco de dados bibliográficos dos Estados Unidos, que contém citações do MEDLINE, revistas e livros online, principalmente sobre ciências da vida e temas biomédicos. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

ⁱⁱⁱ SciELO, sigla de Scientific Electronic Library Online, é um modelo para a publicação eletrônica cooperativa de periódicos científicos na Internet. É produto da cooperação entre a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação

em Ciências da Saúde (BIREME), instituições nacionais e internacionais relacionadas com a comunicação científica e editores científicos. <http://www.scielo.org/php/index.php>

^{iv} LILACS, sigla de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde é um banco de dados bibliográficos em medicina e ciências da saúde, coordenado pela BIREME. <http://lilacs.bvsalud.org/>

utilizados. Uma busca incluindo o descritor pele a pele (*skin to skin*) certamente poderia trazer muitos outros estudos relacionados ao MC.

Dos 332 artigos identificados, 54 não tinham resumos e 16 artigos repetidos tiveram suas cópias excluídas. Portanto, 262 resumos foram analisados.

Nesta amostra, os dois primeiros artigos foram publicados em 1988. Na década de noventa foram publicados 57 trabalhos, uma média de 6 ao ano. A partir de 2000 foram publicados 203 trabalhos, cerca de 16 ao ano.

Dentre os 42 países onde os estudos foram realizados, os Estados Unidos aparecem com 25% das publicações, seguidos do Brasil com 16%, Colômbia 6%, Canadá, Índia, Israel e África do Sul, cada um com cerca de 4%.

Os aspectos abordados nesses resumos são amamentação, ansiedade materna e vínculo, termo regulação, organização e modulação do sistema motor do recém-nascido, procedimentos dolorosos, crescimento e desenvolvimento, segurança do método, aceitabilidade e implementação, vivências das mães e familiares, mortalidade e morbidade neonatal, revisões e comentários.

A seguir serão discutidas com maior detalhamento as revisões sistemáticas que fundamentam a importância da incorporação do método, a tendência de implantação do método pelos países e a situação no Brasil.

Revisões que fundamentam a incorporação do Método Canguru

As revisões sistemáticas e metanálises têm sido cada vez mais utilizadas como base para a tomada de decisões na incorporação de tecnologias na área da saúde. Portanto, pode-se levar um tempo até que os resultados dos estudos possam ser conclusivos, de maneira a recomendar novas tecnologias. Com relação ao Método Canguru, por exemplo, em 2003, uma revisão sistemática da Cochrane Library^v realizada por Conde Agudelo et al. concluiu que as evidências científicas eram insuficientes para recomendar o uso rotineiro do Método Canguru para o cuidado dos RNBP¹⁴.

Somente em 2010 são publicadas evidências indicando que o MC reduz substancialmente a mortalidade neonatal nos hospitais entre bebês prematuros nascidos com peso abaixo de 2000 gramas, em uma metanálise realizada por Lawn et al.¹⁴. Esse estudo mostrou também que o

método é muito eficaz na redução de morbidade grave, em particular aquela decorrente de infecções como pneumonia e septicemia. Os 15 estudos selecionados para esta metanálise foram realizados em países considerados de baixa e média rendas – Colômbia, Etiópia, Equador, Indonésia, Bangladesh, Índia, México e África do Sul. Os autores relatam um decréscimo de 51% nas mortes neonatais entre os bebês nascidos com menos de 2000 gramas. Este achado é considerado suficiente para que o MC seja recomendado como rotina hospitalar para todos os bebês estáveis com peso ao nascer menor que 2000 gramas.

Conde Agudelo et al.⁸, por sua vez, atualizaram sua revisão sistemática de 2003, em um processo de seleção que também incluiu 15 estudos. O MC mostrou-se associado a: 1. redução no risco de mortalidade com 40-41 semanas de idade pós-concepcional; 2. redução nos casos de infecção grave/septicemia, infecção hospitalar, infecção respiratória baixa e hipotermia; 3. maior ganho de peso diário, comprimento e perímetro cefálico; 4. maior probabilidade de ser amamentado e de ser amamentado exclusivamente com 40-41 semanas de idade pós-concepcional e com 1-3 meses de acompanhamento; 5. redução no período de internação hospitalar em 2,4 dias; 6. maior satisfação, senso de competência e resposta das mães aos bebês; 7. menor custo da atenção hospitalar. Os autores concluem que existem evidências científicas suficientes para apoiar o uso do MC como uma alternativa à atenção neonatal convencional nos locais com recursos limitados. Outras conclusões desta revisão foram que há algumas evidências de que o MC poderia aumentar as taxas de amamentação nos países desenvolvidos.

Tendências da implantação do Método Canguru

O crescente acúmulo de evidências científicas sobre os benefícios do MC impõe aos elaboradores e executores das políticas de saúde um questionamento sobre se é aceitável negar aos RNBP este tipo de cuidado. O desafio do momento é como implementar o MC a partir da conclusão dos estudos de que ele apresenta um inegável e importante impacto sobre a mortalidade neonatal. Embora não existam dados mundiais sobre cobertura, poucos bebês de baixo peso parecem ter acesso ao MC¹⁴.

Atualmente, observam-se duas tendências na aplicação do MC. Nos locais de baixa renda há uma tendência

^vThe Cochrane Library é uma coleção de fontes de informação de boa evidência em atenção à saúde, em inglês. Inclui as Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane, em texto completo, além de ensaios clínicos, estudos

de avaliação econômica em saúde, informes de avaliação de tecnologias de saúde e revisões sistemáticas resumidas. <http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php>

à implantação do método contínuo, em que se preconiza o contato pele a pele 24 horas/dia. Já nos locais de maior renda a tendência é de utilização do método intermitente, sendo o contato pele a pele de poucas horas¹⁵. Esse é um dos fatores que dificultam a comparabilidade dos resultados das pesquisas. Devido a essas diferentes aplicações, a *International Network of KMC* definiu o método como “Contato pele a pele precoce, prolongado e contínuo entre uma mãe e seu recém-nascido de baixo peso (2500 gramas, pré-termo e ou de baixo peso), no hospital como após a alta, com amamentação exclusiva (idealmente) e adequado acompanhamento”¹⁵.

O interesse pelo MC demonstrado pelos pesquisadores de países desenvolvidos aponta para a importância de nos preocuparmos não só com a sobrevivência dos RNBP, como também com a qualidade de vida daqueles que sobrevivem e o sofrimento vivenciado nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). Nesses países, há muitos anos demonstra-se uma preocupação com os efeitos danosos do ambiente da UTIN. Sabe-se que os recém-nascidos pré-termo (RNPT, abaixo de 37 semanas de idade gestacional) vivenciam uma série de morbidades relacionadas à imaturidade de seus órgãos e sistemas. O rápido desenvolvimento do cérebro de um RNPT torna-o particularmente vulnerável ao meio ambiente estressante²¹.

Com o objetivo de proteger o RNPT contra o estresse provocado pelo ambiente da UTIN, em meados dos anos oitenta lançou-se o termo “developmental care” (cuidado com o desenvolvimento). Sob esta designação incluem-se várias intervenções para minimizar o estresse, por meio do controle de estímulos externos (vestibular, auditivo, tátil e visual), entre os quais a redução do ruído e da luminosidade, o agrupamento de procedimentos clínico-laboratoriais, o posicionamento e a contenção do bebê. Essas intervenções têm sido utilizadas de maneira a compor um plano de cuidado individualizado conhecido como “*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*” – NIDCAP (Programa de avaliação e cuidados individualizados para o desenvolvimento do recém-nascido). O plano de cuidados para cada bebê é estabelecido mediante a observação do seu comportamento com relação a padrão respiratório, cor da pele, respostas viscerais (engasgo, soluço), padrão motor (tônus e postura), expressões faciais (sorriso, careta) e estado de alerta. Embora seja plausível concluir que o NIDCAP traz benefícios à saúde do RNPT, os estudos realizados

até o momento não permitem uma conclusão sobre os efeitos consistentes devido às diferentes intervenções utilizadas que dificultam a comparação²¹.

Então, nesses países, observa-se um interesse particular no contato pele a pele, mesmo que de forma intermitente. Na maioria deles não há uma política que defina o padrão de MC a ser oferecido nos hospitais. Na Europa, um levantamento realizado em 284 UTIN de 8 países revelou que o MC é oferecido às mães em 41 a 100% das unidades dependendo do país. E países como Suécia, Dinamarca, Holanda e Bélgica têm políticas que incentivam a participação tanto das mães quanto dos pais¹⁵.

Na Alemanha, em 1997 o MC era utilizado em 193 de um total de 307 departamentos de neonatologia²⁰.

Na Espanha, um levantamento feito por telefone, obteve respostas de 83 de 100 hospitais que prestavam assistência a recém-nascidos abaixo de 1500 gramas. Destes, 31% realizavam controle da poluição sonora, 72% controlavam a intensidade da luz, 10% permitiam visita irrestrita dos pais e em 22% o MC era utilizado. Dificuldades na implantação dessas medidas foram apontadas por 63% dos hospitais¹⁷.

No Reino Unido, uma pesquisa comparou dados de dois estudos observacionais prospectivos. Os dados obtidos de 153 das 214 unidades neonatais (71%), em 2005, comparados aos dados das mesmas unidades em 2008, mostraram que o uso do MC aumentou de 50 para 80%¹².

Em 2003, a Organização Mundial da Saúde, publicou um guia para orientar a implantação do MC, voltado particularmente para os locais onde o método é mais necessário, isto é, nos países com níveis elevados de mortalidade neonatal e escassez de serviços de saúde e de profissionais habilitados^{15, 16}.

O Método Canguru na Colômbia mantém o padrão original de alta precoce, com ênfase no acompanhamento ambulatorial. Em 2007, um guia com as práticas recomendadas foi elaborado pela *Fundación Canguro*, de Bogotá, a partir da experiência acumulada de mais de 30 anos de existência do programa e de uma ampla revisão sobre as evidências científicas^{15, 9}.

A INK costuma elaborar recomendações a cada encontro bianual. O encontro realizado na Suécia, em 2008, gerou princípios orientadores para a implantação do MC em ambientes com acesso à alta tecnologia. Os autores argumentam que os RNPT necessitam do MC para sua maturação. Nesse sentido, recomenda-se que os cuidados intraparto e pós-natais adiram ao paradigma de não separação do bebê

de seus pais, cujo contato pele a pele é o ambiente desejável para continuidade de seu desenvolvimento¹⁵.

O MC tem sido estudado como mais um recurso para aumentar a sobrevivência dos RNBP em alguns países da África, onde muitos partos são domiciliares ou ocorrem em unidades de saúde sem recursos tecnológicos avançados⁶.

Situação de implantação do MC no Brasil

As diretrizes do Método Canguru em nosso país preconizam uma mudança do paradigma da atenção perinatal, na qual os avanços tecnológicos são complementados por uma atenção humanizada que se desenvolve desde o momento da identificação de gestantes com risco para um parto prematuro. Os cuidados com a gestante e feto, continuam na UTIN, por meio do estímulo à entrada livre dos pais e início do contato pele a pele, e no alojamento conjunto canguru. Nessas etapas, são trabalhadas a manutenção do aleitamento materno e as práticas recomendadas pelo NIDCAP, que foram incorporados ao método brasileiro. Após a alta hospitalar, o cuidado é realizado por um acompanhamento ambulatorial criterioso tanto para o bebê quanto para sua família^{4, 5}.

Estudo realizado com o objetivo de avaliar os resultados do MC no Brasil concluiu que essa estratégia de humanização é uma alternativa segura ao tratamento convencional e que contribui na promoção do aleitamento materno de bebês nascidos com baixo peso. O desenho do estudo foi uma coorte prospectiva que incluiu 985 recém-nascidos com pesos entre 500 e 1749 gramas. A comparação foi feita entre 16 unidades que possuíam ou não a segunda fase do MC, dos quais 8 eram centros nacionais de referência para o Método (grupo de estudo) e 8 faziam parte da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (grupo controle). Observou-se que os resultados dos grupos foram semelhantes com relação ao tempo médio de internação e intercorrências clínicas na unidade intermediária ou canguru. Peso, comprimento e perímetro cefálico com 36 semanas de idade gestacional corrigida foram menores nas unidades canguru, no entanto essas unidades apresentaram desempenho superior em relação ao aleitamento materno exclusivo na alta¹³.

Importante desafio em nosso meio tem sido a capacitação de equipes multiprofissionais para a implantação do MC nas unidades de saúde. Em 2009, o Ministério da Saúde publicou a segunda edição do manual técnico "Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru", utilizado para a capacitação das equipes de

saúde. Esse manual, dividido em 6 módulos, aborda os seguintes temas: políticas de saúde, aspectos psicoafetivos e comportamentais, manejo nutricional do recém-nascido pré-termo, cuidados com o recém-nascido de baixo peso no ambiente hospitalar, acompanhamento ambulatorial e implantação e avaliação do Método Canguru⁴.

A avaliação nacional da implantação do método em hospitais com equipes capacitadas entre 2000 e 2003, por meio dos cursos patrocinados pelo MS, obteve informações de 176/293 hospitais (60,1%). Um questionário foi enviado a todos os hospitais e, posteriormente, realizaram-se visitas a uma amostra de 29 deles. Os autores concluíram que a capacitação das equipes foi importante para iniciar o processo de implantação do MC, mas não o suficiente para alcançar a implantação das três etapas preconizadas pela Portaria. A primeira etapa relativa ao método na UTIN foi implantada em 84,9% dos hospitais, porém as três etapas foram implantadas em menos da metade deles. A maior dificuldade referiu-se à implantação da fase de acompanhamento ambulatorial¹¹. Essa avaliação revela pontos que podem ter influenciado nestes resultados. A seleção dos hospitais para a capacitação das equipes foi adequada, no entanto o mesmo parece não ter ocorrido com a seleção dos participantes dos cursos. Em 37,9% dos serviços não houve repasse do curso aos demais profissionais. O espaço físico inadequado dificulta a permanência dos pais nos serviços, e a ausência de um banco de leite humano ou posto de coleta em muitos hospitais impõe barreiras para a prática da amamentação exclusiva¹¹.

Anteriormente, uma avaliação foi realizada em 28/44 hospitais públicos do Estado de São Paulo (63,6%), cujas equipes haviam participado de cursos patrocinados pelo MS até o ano 2002. Os resultados indicaram que os hospitais escola, os hospitais credenciados com o título de Amigo da Criança, aqueles com serviço de banco de leite humano, assim como aqueles com mais de 12 profissionais capacitados apresentaram melhores escores de implantação. O MC havia sido implantado na UTIN em 22 hospitais (78,6%), no alojamento canguru em 19 (67,9%) e no ambulatório em 16 (57,1%). As dificuldades relatadas variam de acordo com as diferentes etapas do método. Na UTIN, as principais dificuldades referiam-se à captação e permanência das mães. No alojamento canguru, as dificuldades eram relacionadas ao manejo da amamentação e a inclusão das famílias no processo de decisão. Na etapa após a alta hospitalar, a principal

difficuldade era a impossibilidade de realizar visitas domiciliares e a insegurança dos profissionais quanto aos cuidados necessários no domicílio. Outros pontos críticos foram a perda de profissionais capacitados nas equipes e a falta de apoio dos dirigentes para as mudanças exigidas para a implantação completa do MC⁷.

Com a finalidade de ajudar as equipes dos hospitais no processo de implantação do MC, o manual técnico do Ministério da Saúde traz uma sugestão de 10 passos: 1. formação de um comitê de implantação do programa, 2. definição do projeto, 3. construção de uma agenda para a implantação, 4. capacitação com o curso de 40 horas alguns, 5. cursos de capacitação de vinte horas para pelo menos 80% da equipe, 6. sensibilização de quatro horas para serviços de apoio, 7. adequação dos setores para as três etapas, 8. construção do manual de boas práticas, 9. implantação de um sistema de controle dos dados e de um programa de supervisão, 10. implantação de um sistema de trabalho cooperativo com a rede básica de saúde⁴.

Conclusão

O Método Canguru é um exemplo de que, em situações extremas, boas ideias podem ser colocadas em prática, porém é importante que sejam avaliadas e adaptadas a diferentes realidades socioculturais. Essas diferentes modalidades de implantação do MC, entretanto, dificultam a comparabilidade dos resultados entre os países.

As evidências científicas indicam benefícios inegáveis do método na redução da morbi-mortalidade de recém-nascidos de baixo peso e sua contribuição para uma melhor qualidade de vida dessas crianças e de seus pais.

O grande desafio a ser enfrentado internacionalmente é como viabilizar a implantação do MC nos países com menos recursos para garantir a sobrevivência dos RNBP, uma vez que muitos nascimentos ocorrem nos domicílios ou em serviços de saúde comunitários.

No Brasil, após o entusiasmo inicial e muita mobilização dos profissionais de saúde, observa-se que o processo de implantação do MC exige um plano de trabalho de longo prazo, que envolva cursos regulares para a capacitação de equipes multiprofissionais, sensibilização dos dirigentes dos hospitais, monitoramento das práticas e apoio contínuo às equipes, integração com as Unidades Básicas e Estratégia Saúde da Família, desenvolvimento de mecanismos que viabilizem a participação efetiva das famílias.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 072, de 02 de março de 2000. Brasília. DOU Nº 45, sexta-feira, 03 de março de 2000 – Seção I, pág. 26.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683 de 12 de Julho de 2007. Aprova as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Brasília. DOU Nº 134, sexta-feira, 13 de julho de 2007, Seção I, pág. 84.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Relatório sobre o Método Canguru desde sua implantação até os dias atuais, com critérios para prosseguimento e expansão do projeto, incluindo a capacitação de recursos humanos. Brasília, 2010. 44 p. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_canguru_ago.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 204 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) [acesso em 2 abr 2012]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 4 v.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas). [acesso em 20 set 2011]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461
6. Carlo WA, McClure EM, Chomba E, Chakraborty H, Hartwell T, Harris H, Lincetto O, Wright LL. Newborn care training of mi-

- dwives and neonatal and perinatal mortality rates in a developing country. *Pediatrics*. 2010;126(5):e1064-71. [acesso em 20 set 2011]. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/e1064.full.pdf>
7. Colameo AJ, Rea MF. O método mãe canguru em hospitais públicos do estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. *Cad Saúde Pública*. 2006;22:597-607. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/15.pdf>
 8. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library, Issue 08, Art. No. CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub4 [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=kangaroo%20and%20mother%20and%20care&lang=pt>
 9. Fundación Canguro y Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística Facultad de Medicina – Pontificia Universidad Javeriana. Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia para la Óptima Utilización del Método Madre Canguro en el Recién Nacido Pretérmino y/o de Bajo Peso al Nacer. [acesso em 20 Set 2011]. Disponível em Http://www.Que-noosseparen.Info/.../Guia_Met.Canguro_Prematuros.Pdf
 10. Gómez HM, Rey Sanabria E, Marquette CM. The Mother Kangaroo Programme. *International Child Health*. 1992;3(1):55-67.
 11. Gontijo TL, Meireles AL, Malta DC, Proietti FA, Xavier CC. Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso: método canguru. *J. Pediatr. (Rio J.)* 2010;86(1):33-9. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000100007
 12. Hamilton KE, Redshaw ME. Developmental care in the UK: a developing initiative. *Acta Paediatr*. 2009;98(11):1738-43. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em http://dc173.4shared.com/.../zG.../Developmental_care_in_the_UK.PDF
 13. Lamy Filho F, Silva AA, Lamy ZC, Gomes MA, Moreira ME; Grupo de Avaliação do Método Canguru; Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(5):428-435. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572008000600009&script=sci_arttext
 14. Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. Kangaroo mother care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *Int J Epidemiol*. 2010;39:i144-i154. [acesso em 31 ago 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845870/?tool=pubmed>
 15. Nyqvist KH; Expert Group of the International Network on Kangaroo Mother Care, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U, Ludington-Hoe S, Mendoza S, Pallás-Allonso C, Peláez JG, Sizun J, Widström AM. State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta Paediatr*. 2010;99(6):812-9. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em <http://www.qvc.qc.ca/inscript/Fichiers/KMC.../KMC%20high%20tech.pdf>
 16. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Método Madre Canguro: guía práctica. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004. 62 p. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/.../index.html
 17. Perapoch López J, Pallás Alonso CR, Linde Sillo MA, Moral Pumarega MT, Benito Castro F, López Maestro M, Caserío Carbonero S, de la Cruz Bértolo J. Developmental centered care. Evaluation of Spanish neonatal units. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64(2):132-9. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16527065> (abstract)
 18. Prochnik M, Carvalho MR. Método mãe-canguru de atenção ao prematuro. Rio de Janeiro: BNDES, 2001. 96 p. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em http://www.aleitamento.com/imagens/bndes_social.pdf
 19. Rea MF, Toma TS. Assistência canguru: desenvolvimento de um projeto piloto na cidade de São Paulo e estudo de custo-efetividade. Relatório técnico: resultados finais. Instituto de Saúde, 1997. 106 p.
 20. Stening W, Roth B. Dissemination of the Kangaroo Method in Germany. *J Perinatol*. 1999;19(6):450-1. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em <http://www.nature.com/jp/journal/v19/n6/abs/7200209a.html>
 21. Symington Amanda J, Pinelli Janet. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library, Issue 08, Art. No. CD001814. DOI: 10.1002/14651858.CD001814.pub4 [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=developmental%20and%20care&lang=pt>
 22. UNICEF/Oficina Regional para América Latina y Caribe. Primer Encuentro Internacional Programa Madre Canguro (memórias). Martínez GH & Aguilar JR (editores), Bogotá, Colombia, 1990. 485p.
 23. Whitelaw A, Sleath K. Myth of the marsupial mother: home care of very low birth weight babies in Bogota, Colombia. *Lancet*. 1985;1(8439):1206-8. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2860400> (abstract)