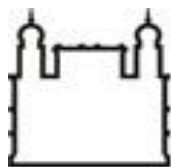


**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**FATORES ASSOCIADOS À TRANSFERÊNCIA DE RECÉM-  
NASCIDOS ELEGÍVEIS PARA A UNIDADE DE CUIDADOS  
INTERMEDIÁRIOS CANGURU EM MATERNIDADES  
BRASILEIRAS**

**Luiza Geaquinto Machado**

Rio de Janeiro  
Fevereiro de 2017



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**FATORES ASSOCIADOS À TRANSFERÊNCIA DE RECÉM-  
NASCIDOS ELEGÍVEIS PARA A UNIDADE DE CUIDADOS  
INTERMEDIÁRIOS CANGURU EM MATERNIDADES  
BRASILEIRAS**

**Luiza Geaquinto Machado**

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/ Fiocruz), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e da Mulher.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes  
Coorientadora: Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy

Rio de Janeiro  
Fevereiro de 2017

## CIP - Catalogação na Publicação

Machado, Luiza Geaquinto .

Fatores associados à transferência de recém-nascidos elegíveis para a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru em maternidades brasileiras / Luiza Geaquinto Machado. - Rio de Janeiro, 2017.

74 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

Orientadora: Maria Auxiliadora Mendes Gomes.

Co-orientadora: Zeni Carvalho Lamy.

Inclui Bibliografias.

1. Método canguru. 2. Recém-nascido. 3. Cuidado. I. Título.

A todas as mulheres e crianças  
e à defesa do seu direito  
a uma assistência à saúde humanizada e segura.

A meu pai, Edmar Machado,  
que em vida sempre me incentivou a buscar o conhecimento.

À minha mãe, Rita Geaquinto, à minha irmã Lia e  
a meu amado Pedro,  
pelas razões que eles já conhecem de coração.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre ao meu lado, me amparando e guiando meus passos.

À Professora Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes, que me deu direcionamento, apoio, despendeu energia e otimismo incansável.

À Professora Zeni Carvalho Lamy por ser a mentora desta ideia e enxergar o seu potencial, além de grande amiga, pelo apoio sempre acompanhado de palavras carinhosas de estímulo e confiança.

Ao Dr. Fernando Lamy Filho, por quem tenho grande admiração pessoal e profissional, pela amizade, pelo aprendizado, pela contribuição crítica na qualificação da pesquisa.

Aos Doutores Nicole Gianini, Cynthia Magluta, Arnaldo Bueno, Eremita Val Rafael e Sérgio Marba, parceiros no projeto de extensão e fortalecimento do *Método canguru*, pela importante contribuição neste trabalho.

Às coordenadoras nacionais, estaduais e tutores do *Método canguru* que contribuíram com as informações do Sistema monitoramento nacional do método canguru, com presteza e solidariedade.

A todos meus colegas de trabalho da Coordenação Geral de Saúde da Criança pelo apoio nesta caminhada.

Aos bebês e suas famílias, motivo maior deste meu estudo.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>AHRNBP-MC</b>	Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso
<b>BNDES</b>	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
<b>CGBP</b>	Casa da gestante, bebê e puérpera
<b>CGSCAM</b>	Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
<b>CER</b>	Centros Estaduais de Referência
<b>CNR</b>	Centros Nacionais de Referência
<b>HUUFMA</b>	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
<b>MC</b>	Método canguru
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>RC</b>	Rede Cegonha
<b>RN</b>	Recém-nascido(s)
<b>RNPT</b>	Recém-nascidos pré-termo
<b>SMMC</b>	Sistema de monitoramento do método canguru
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UC</b>	Unidade canguru
<b>UCI</b>	Unidade de Cuidados Intermediários
<b>UCINCa</b>	Unidade de cuidados intermediários neonatais canguru
<b>UCINCo</b>	Unidade de cuidados intermediários neonatais convencionais
<b>UN</b>	Unidade neonatal
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>UTIN</b>	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## RESUMO

O *Método canguru* é uma das ações que tem sido estimulada pelo Governo Federal desde o ano 2000, para reduzir a mortalidade infantil no país, procurando melhorar a qualidade dos atendimentos obstétrico e neonatal. No entanto, apesar do alto investimento do Ministério da Saúde no Projeto de Fortalecimento do *Método canguru*, a implantação da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru não é plena no Brasil. Objetivo: Analisar a dinâmica da transferência de recém-nascidos elegíveis para a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru em maternidades brasileiras. Método: Pesquisa quantitativa, exploratória e transversal de abrangência nacional realizada com dados secundários coletados pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde para o monitoramento do Método Canguru no Brasil em maternidades que atuam como Centros Nacionais e Estaduais de Referência. Resultados: Foram analisadas características estruturais, processo de trabalho e utilização de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Canguru, das 32 maternidades de referência estadual e nacional para o *Método canguru*. Significativa variação em aspectos do processo de trabalho e no padrão de utilização dos leitos de unidade de cuidados intermediários canguru foi encontrada. A taxa de ocupação nas UCINCa foi de 70%, variando de 11% a 103%, e a média da proporção de dias com RN elegíveis na UTIN/UCINCo e leitos vagos na UCINCa foi de 50%. Em 60% das maternidades, os critérios de elegibilidade do RN para internação na UCINCa estão adequados e em 47% existem limitações para transferência do RN elegível para a UCINCa. Considerações finais: Discutir coletivamente e promover troca de experiências bem-sucedidas pode fomentar essa prática. Gestores estaduais e municipais de Saúde da Criança têm importante papel na efetiva utilização de leitos das UCINCa. Apesar dos avanços, é -necessário reconhecer os desafios e a necessidade de novas estratégias para a garantia de utilização dos leitos das UCINCa.

**Palavras-chave:** Método canguru, Atenção neonatal, Internação neonatal, Recém-nascido, Cuidado, UCINCa.

## ABSTRACT

One of the policies that has been stimulated by government in Brazil is the so-called Kangaroo Method (*Método canguru*) since 2000 in order to diminish child mortality, looking for to better the quality in the attendance in obstetrics and births. However despite of high investments by the Health Ministry in the Project of Strengthening of Kangaroo Method, the creation of the Kangaroo Unity of Intermediate Neo-birth Cares is not full in Brazil. Goal: To analyze the dynamics of transfer of eligible newborns to the Kangaroo Unity of Intermediate Neo-birth Cares in Brazilian motherhoods. Method: A quantitative, explorative, and mainstreaming study of a national scope made with secondary data collected by the General coordination of child health and mother breastfeeding of the Ministry of Health to monitoring of Kangaroo Method in Brazil in motherhoods, which act like national and regional organs of reference. Results: Framework qualities have been analyzed, as well as the process of usage of beds belonging to Kangaroo Unity of Intermediate Neo-birth Cares, in the 32 motherhoods of both state and national references to the Kangaroo Method. An important variation in aspects of process of working and in the pattern of usage of beds of Kangaroo Unity of Intermediate Neo-birth Cares has been found. The rate of occupation in the kangaroo unities of intermediate neo-birth cares was of 70 per cent, varying from 11 to 130 per cent the proportion in number of days with eligible newborns in UTIN/UNICo and empty beds in the UNCINCa was 50 per cent. In 60 per cent of motherhoods, the ways of eligibility of the newborn to hospitalization in the UCINCa were fair, and in 47 per cent of them, there are limits to transfer of an eligible newborn to UCINCa. Final words: To talk collectively and promote a change of well-succeeded experiences can help this exercise. Regional administrators of health to child have so much important role in the effective usage of beds of the UCINCa. Despite of advances, it is so much important to recognize the challenges and necessities of new strategies to guarantee the usage of beds of the UCINCa.

**Keywords:** Kangaroo method, Neo-birth care, Neo-birth hospitalization, Newborn, Care, UCINCa



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	18
<b>3</b>	<b>PERGUNTAS DO ESTUDO</b> .....	19
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	20
<b>4.1</b>	<b>Geral</b> .....	20
<b>4.2</b>	<b>Específicos</b> .....	20
<b>5</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	21
<b>5.1</b>	<b>Aspectos históricos e políticos da implantação do MC</b> .....	21
<b>5.2</b>	<b>Evidências científicas sobre o <i>Método canguru</i></b> .....	23
5.2.1	Impacto no aleitamento materno .....	23
5.2.2	Efeitos da posição canguru nos sinais vitais .....	24
5.2.3	Manejo da dor .....	25
5.2.4	Infecção .....	25
5.2.5	Impacto no desenvolvimento sensório-motor do recém-nascido pré-termo e de baixo peso .....	26
5.2.6	Fortalecimento de redes de apoio social e psicoafetivo .....	26
5.2.7	Segmento do recém-nascido pré-termo (RNPT) e de baixo peso .....	27
<b>5.3</b>	<b>Implantação do <i>Método canguru</i></b> .....	28
5.3.1	Disseminação e avaliação do <i>Método canguru</i> .....	28
5.3.2	Avaliação de custos .....	28
5.3.3	Barreiras e facilitadores para mudanças de práticas clínicas .....	29
5.3.4	Leitos neonatais no Brasil .....	31
<b>6</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	36
<b>6.1</b>	<b>Natureza do estudo</b> .....	36
<b>6.2</b>	<b>Campo do estudo</b> .....	36
<b>6.3</b>	<b>Período do estudo e população</b> .....	36
<b>6.4</b>	<b>Sistema de monitoramento do método canguru no Brasil</b> .....	37
<b>6.5</b>	<b>Considerações éticas</b> .....	38
<b>6.6</b>	<b>Análise</b> .....	38
<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	40
<b>8</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	47
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	55

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do CEP .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO 2 – Formulário I .....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO 3 – Formulário II .....</b>	<b>71</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Gráfico 1</b>	Características do processo de trabalho dos centros nacionais e estaduais de referência do Ministério da Saúde para o <i>Método canguru</i> (n=32), 2016 .....	41
<b>Gráfico 2</b>	Taxa de ocupação na UCINCa nos centros nacionais e estaduais de referência do Ministério da Saúde para o <i>Método canguru</i> (n=32), 2016 .....	45
<b>Gráfico 3</b>	Proporção de dias com RN elegíveis na UTIN/UCINCo e leitos vagos na UCINCa nos centros nacionais e estaduais de referência do Ministério da Saúde para o (n=32), 2016 .....	46
<b>Quadro 1</b>	Fatores citados pelos centros nacionais e estaduais do Ministério da Saúde para o <i>Método canguru</i> (n=32) como facilitadores ou dificultadores para a transferência de RN elegível para UCINCa, 2016 .....	44
<b>Quadro 2</b>	Média diária de recém-nascidos elegíveis para UCINCa nos centros nacionais e estaduais de referência do Ministério da Saúde para o <i>Método canguru</i> (n=32), 2016 .....	45

## 1 INTRODUÇÃO

A organização do atendimento aos recém-nascidos (RN) doentes teve início no final do século XIX. Até então, seu atendimento era não sistematizado e ficava principalmente a cargo de benzedadeiras e de mulheres, em geral. O primeiro livro de medicina que incluiu os cuidados com o RN foi publicado na França em 1891 e, seu autor, Pierre Budin, é considerado o pai da neonatologia.<sup>(1)</sup>

Em 1960, a neonatologia passou a ser considerada uma ciência médica e a internação neonatal tornou-se importante campo de desenvolvimento do conhecimento, até chegar aos modelos hoje praticados no mundo.<sup>(2)</sup> O primeiro centro de atendimento aos prematuros foi implantado nos Estados Unidos, no século XX, e a grande preocupação, desde então, com infecção hospitalar, levou ao isolamento esses recém-nascidos, inclusive seus pais.<sup>(2)</sup>

Com o passar do tempo, os serviços de neonatologia foram sendo estruturados em dois diferentes ambientes: Unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e Unidade de cuidados intermediários neonatais convencionais (UCINCo), apenas após a melhoria da sobrevivência e a compreensão de consequências da separação mãe-bebê, como abandono e maus tratos, a presença das mães junto aos filhos passou a ser uma preocupação em meados dos anos 80.<sup>(3)</sup>

Em 1979, em Bogotá, dois pediatras começaram a incluir o contato pele a pele dos recém-nascidos com suas mães como parte dos cuidados neonatais, ao que chamaram de “Método mãe canguru”.<sup>(4)</sup> Essa experiência foi avaliada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e, a partir dos resultados encontrados, disseminados pelo mundo.<sup>(5)</sup>

No Brasil, o *Método canguru* (MC), começou a ser utilizado por vários serviços, de maneira não sistemática, criando um novo setor de internação, que priorizava a presença da mãe, mantendo o filho em posição canguru.<sup>(6)</sup>

O atendimento perinatal tem sido foco prioritário do Ministério da Saúde (MS), já que o componente neonatal é o maior desafio para a redução da mortalidade infantil nas diferentes regiões brasileiras. A maior parte das mortes infantis ocorre nos primeiros dias de vida, e por causas consideradas evitáveis, como infecção, asfixia ao nascer e complicações da prematuridade.<sup>(7)</sup>

Um conjunto de ações tem sido desencadeado pelo Governo Federal deste a década de 90 para reduzir a mortalidade infantil, procurando elevar a qualidade do atendimento obstétrico e neonatal. No âmbito da nutrição, cabe destacar a iniciativa *Hospital amigo da criança*,<sup>(8, 9)</sup> a *Rede brasileira de banco de leite humano*,<sup>(10)</sup> no componente de vigilância em saúde com a *Investigação dos óbitos perinatais e neonatais*,<sup>(11)</sup> na qualificação de serviços de média e alta complexidade por meio do *Programa de reanimação neonatal*,<sup>(12, 13)</sup> do *Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal*,<sup>(14)</sup> da *Atenção integral a doenças prevalentes na infância*, voltada para o neonato,<sup>(15)</sup> do *Plano de qualificação de maternidades*,<sup>(16)</sup> da *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método canguru* (AHRNBP-MC),<sup>(6)</sup> da *Rede cegonha*<sup>(17)</sup> e da *Estratégia saúde da família*.<sup>(18)</sup>

Em julho de 2000, o MC foi tomado como o modelo de *Atenção humanizada ao recém-nascido* e tornou-se uma *Política pública de saúde* do MS, a partir da *Norma de atenção humanizada ao RN de baixo peso*, sendo regulamentada por *Norma técnica* lançada em dezembro de 1999, publicada em 5 de julho de 2000 pela Portaria ministerial n. 693 e atualizada pela Portaria GM n. 1.683, de 12 de julho de 2007.<sup>(19)</sup>

Esses primeiros esforços de normatização não foram acompanhados de investimentos financeiros. Dessa forma, não havia pagamento de custeio para esse tipo de leito, o que provavelmente dificultou a implantação de novos leitos.

O MC é uma tecnologia que vem mudando o paradigma da assistência neonatal no Brasil, porque amplia os cuidados prestados ao recém-nascido e agrega a necessidade de uma atenção voltada para os pais, irmãos, avós e redes de apoio familiar.<sup>(7)</sup> A *Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso* tem como pilares o acolhimento ao recém-nascido e sua família, respeito às individualidades, promoção do contato pele a pele precoce e envolvimento da mãe nos cuidados do recém-nascido.<sup>(6)</sup>

Evidências científicas têm mostrado que não se pode mais falar em cuidado neonatal sem se falar sobre o MC. Essa metodologia de cuidado tem como principais vantagens a diminuição do tempo de separação entre pais e filho,<sup>(20)</sup> facilitação da construção do papel materno,<sup>(20, 21)</sup> aumento do vínculo pai-mãe-bebê-família,<sup>(21, 23)</sup> pais com maior sentimento de competência e confiança para cuidar do filho,<sup>(20, 22, 24)</sup> estimulação sensorial positiva,<sup>(25, 26)</sup> controle e alívio da dor,<sup>(27, 29)</sup> estímulo ao aleitamento materno<sup>(30, 32)</sup> e diminuição de infecção hospitalar.<sup>(33)</sup>

A linha de cuidado norteadora do MC é composta por três etapas. A primeira etapa tem início na identificação da gestante de risco durante o pré-natal, seguindo para a internação materna e do recém-nascido na UTIN ou na UCINCo.<sup>(6)</sup> Assim que a criança alcança os critérios de elegibilidade para alta da primeira etapa que são: estabilidade clínica, nutrição enteral plena, peso mínimo de 1.250g, ar ambiente, mãe disponível e desejando estar com seu filho 24 horas no hospital, a criança segue para a segunda etapa. Essa etapa acontece na Unidade de cuidados intermediários neonatais canguru (UCINCa) com a permanência contínua da mãe e a participação do pai. A

posição canguru é realizada durante o maior tempo possível e é estimulada a participação dos pais nos cuidados do recém-nascido. A alta para a terceira etapa do MC depende tanto da mãe quanto do recém-nascido. Ela ocorre quando a mãe está bem orientada, segura e motivada, os familiares conscientes e comprometidos em realizar o método em casa. Dentre os critérios para alta do recém-nascido do MC, exige-se que o mesmo esteja sugando exclusivamente o seio e com ganho de peso adequado nos 3 dias anteriores à alta. O hospital deve garantir o retorno e acesso à unidade sempre que necessário. Nessa última etapa do método o recém-nascido recebe alta hospitalar, mas continua sendo acompanhado até atingir 2.500g.<sup>(6)</sup>

Em 2011, o Governo Federal lançou a RC, estratégia que incorporou políticas já existentes e que fomentavam as boas práticas da *Atenção obstétrica e neonatal*, buscando garantir qualidade da atenção e redução da mortalidade materna e neonatal no Sistema Único de Saúde (SUS).

No contexto da RC, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS 930/2012, que estabeleceu novas diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave,<sup>(34)</sup> redesenhando o espaço do cuidado neonatal e instituindo a Unidade neonatal (UN), composta por três setores: UTIN, UCINCo e UCINCa.

Essa Portaria legitimou a Unidade Canguru como “Unidade de cuidados intermediários neonatal”, que passou a receber financiamento para custeio por meio da Portaria GM/MS n. 1.300/2012.<sup>(35)</sup> Este novo contexto de gestão do espaço neonatal incorporou o conceito de cuidado progressivo, visando a romper barreiras entre os três setores.

A gestão da assistência perinatal é um grande desafio para a saúde pública brasileira. A organização do acompanhamento do RN de alto risco e a promoção de sua

qualidade de vida demandam assistência especializada. Ampliar acesso e qualificar o pré-natal e parto de alto risco, adequando o número de leitos de UTIN para o RN e hierarquizar a assistência são questões fundamentais para a qualidade do cuidado.<sup>(36)</sup>

A qualificação da assistência e a redução da morbimortalidade neonatal demandam ações específicas como a disponibilidade e a utilização das informações sobre o perfil dos nascimentos e óbitos, incluindo indicadores de utilização dos serviços, de acordo com critérios de risco perinatal. Esse é um elemento básico para a maior racionalidade e efetividade no processo de organização da atenção perinatal.

Outro elemento que impacta diretamente na qualidade da assistência perinatal na rede pública é a garantia de taxas de ocupação adequadas em todos os serviços, evitando a superlotação, além da necessidade de um sistema de monitoramento e avaliação das práticas assistenciais.<sup>(37)</sup>

O Brasil conta hoje com 5 centros de referência nacionais para o MC e com 27 centros de referência estaduais, distribuídos nas 27 unidades federativas. Os centros de referência nacionais ofertam 45 leitos de UCINCa; os centros estaduais, 238 leitos, e outras unidades do país, 847 leitos.<sup>(38)</sup> Desses 1.130 leitos implantados, 615 já foram habilitados pela RC e recebem financiamento. Dentre os demais, muitos encontram-se em processo de habilitação. De acordo com o cálculo da necessidade de leitos para o número de nascidos vivos, o Brasil precisa hoje de 2.179 leitos de UCINCa, apresentando um déficit de 1.049 leitos para atender, de forma adequada, toda a população (Documento interno do Ministério da Saúde, 2017).

Esforços consideráveis têm sido dispensados pelo MS, no sentido de fortalecer os hospitais de referência. Desde 2000, foram investidos recursos na implantação do MC em maternidades públicas brasileiras. Dentre as ações desenvolvidas, pode-se destacar cursos de capacitação, com vistas à consolidação da implantação do Método no país e



formação de tutores, que têm como objetivo capacitar profissionais para a disseminação e correta utilização do do MC nas 27 unidades federativas; visitas de monitoramento aos centros de referência com o objetivo de identificar avanços e dificuldades na implantação do MC e reuniões com gestores, visando à pactuação interfederativa.<sup>(6)</sup>

Apesar desses esforços e das evidências científicas apontarem resultados positivos do MC como uma tecnologia imprescindível no contexto do cuidado neonatal, a avaliação da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) é de que a implantação da UCINCa não é plena no Brasil. Ainda persistem desafios para a efetiva incorporação das práticas humanizadas de atenção à saúde em maternidades públicas brasileiras.

A adesão dos pais e família, fatores socioeconômicos relacionados às condições de vida, assim como o apoio por parte dos gestores, processos relacionados às questões organizacionais, carga horária dos profissionais e adequação da estrutura física constituem pontos fundamentais para a mudança na assistência neonatal.<sup>(38)</sup>

Uma recente pesquisa em maternidades do município do Rio de Janeiro comparou o MC com o método tradicional de cuidado.<sup>(39)</sup> Os resultados mostraram que dos recém-nascidos elegíveis para o estudo, 61% receberam tratamento na UCINCo; 16% receberam tratamento em UTIN; e 23% receberam tratamento na UCINCa. Esses dados evidenciam que o RN não está recebendo o tratamento adequado para seu perfil de saúde, além de impedir a rotatividade dos leitos da UN. Cabe ressaltar que há restrição de oferta de leitos da UTIN e da Unidade de Cuidados Intermediários (UCI).<sup>(39)</sup>

Outra publicação também no município do Rio de Janeiro analisou o custo da atenção hospitalar ao RN de risco, comparando a UCINCo e a UCINCa. Uma das vantagens da UCINCa sobre os cuidados convencionais é o custo mais baixo.<sup>(40)</sup> O

custo da diária foi de R\$ 343,53 (trezentos e quarenta e três reais e cinquenta e três centavos) para a UCINCa e de R\$ 394,22 (trezentos e noventa e quatro reais e vinte e dois centavos) para a UCINCo, considerando a média de internação por recém-nascido.

A análise de impacto orçamentário da utilização desse método no SUS indicou uma economia para o período de um ano.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Apesar de o investimento do projeto de fortalecimento do MC em maternidades brasileiras do Ministério da Saúde investir desde 2000 na sua implantação e implementação, apesar também de as evidências científicas apontarem resultados positivos do MC como uma tecnologia imprescindível no contexto do cuidado neonatal, a avaliação da CGSCAM é de que a implantação da UCINCa não é plena no Brasil. Mesmo os leitos implantados têm baixa ocupação, evidenciando utilização ainda insuficiente de práticas baseadas na melhor evidência disponível da assistência ao nascimento predominante tecnocrático, além da dificuldade das equipes e gestores de incorporarem o MC como uma diretriz de cuidado em suas três etapas.

Por fim, este trabalho também justifica-se pela necessidade da sistematização dos dados coletados pelo MS para o monitoramento do MC no Brasil.

### **3 PERGUNTAS DO ESTUDO**

- Qual a estimativa de recém-nascidos elegíveis para a UCINCa e seu local de internação nas maternidades incluídas no estudo?

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

- Conhecer os fatores associados à transferência de recém-nascidos elegíveis para a UCINCa em maternidades brasileiras.

### **4.2 Específicos**

- Estimar o número de recém-nascidos internados em UTIN e UCINCo elegíveis para a transferência para UCINCa;
- Analisar características da estrutura e do processo de trabalho relativas aos fatores associados à transferência de recém-nascidos internados em UTIN e UCINCo elegíveis para a transferência para UCINCa.

## 5 MARCO TEÓRICO

### 5.1 Aspectos históricos e políticos da implantação do MC

O *Método canguru* (MC) foi idealizado e implantado de forma pioneira por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez, em 1979, no Instituto Materno-infantil de Bogotá, Colômbia e teve essa denominação devido à maneira pela qual as mães carregavam seus bebês após o nascimento, de forma semelhante aos marsupiais.<sup>(4)</sup>

A iniciativa, a princípio, pretendia diminuir a mortalidade infantil e acabar com a superlotação nas UTIN da Colômbia que, naquele período, passavam por um momento de crise com altas taxas de mortalidade, infecções cruzadas, desmame precoce e abandono dos RN.

No entanto, a utilização do MC, demonstrou que, além dos objetivos iniciais que foram alcançados, o contato da mãe com o seu bebê aumentava o vínculo, diminuindo o número de crianças abandonadas naquele hospital e reduzindo a mortalidade neonatal.<sup>(4)</sup>

Em 1984, o UNICEF passou a divulgar o método que se estendeu pelo mundo com aplicação variada e finalidades diversas. Cada vez mais um número maior de países está utilizando essa metodologia, embora existam algumas diferenças, principalmente quanto ao início e duração do contato pele a pele.

No Brasil, os primeiros serviços que utilizaram o Método foram o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, em 1992, e o Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Recife, em 1993.<sup>(5)</sup>

Em março de 1999, a partir da Conferência Nacional sobre o Método Canguru de Assistência ao Prematuro, promovida pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), no Rio de Janeiro, o MC foi amplamente divulgado, o

que levou à necessidade de normatização.<sup>(5)</sup> Dessa forma, foi elaborada a *Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método canguru* pelo Ministério da Saúde, que definiu as diretrizes para a implantação do MC nas unidades médico-assistenciais integrantes do SUS, um programa de intervenção abrangente, que leva em consideração o desenvolvimento global do recém-nascido e o meio em que ele está inserido.<sup>(6)</sup>

O Brasil, então, adotou o MC como uma política nacional de saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio da cidadania da família. Foi publicada uma portaria ministerial, incluindo esse procedimento na tabela do SUS.<sup>(19)</sup>

Em 2001, aconteceram os seminários macroregionais de sensibilização para o MC, e o MS recebeu o Prêmio Racine pelo *Programa de disseminação do Método canguru*. No ano de 2004, ocorreram o 5º Encontro Internacional sobre o Método Canguru e o 1º Seminário Internacional sobre a Assistência Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso, no Rio de Janeiro, eventos que foram de extrema importância para a promoção do *Método canguru* no Brasil e no mundo.<sup>(5)</sup>

Após esse grande movimento de encontros e capacitação dos profissionais das maternidades, em 2005, a Coordenação Geral de Saúde da Criança do Ministério da Saúde encomendou duas pesquisas para avaliação da expansão do MC no Brasil. Uma foi intitulada *Pesquisa de avaliação do Método canguru* em maternidades capacitadas pelo MS e a outra *Pesquisa multicêntrica para avaliação dos resultados neonatais para o Método canguru*, MS/OPAS.

Na sequência, foi estabelecida parceria com o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), com objetivo de fortalecer a AHRNBP-MC nas maternidades brasileiras, por meio de estratégias de intensificação do processo de educação permanente.

O MC é apontado como uma tecnologia leve, de fácil acesso, uma intervenção de baixo custo e que carrega ganhos duradouros para crianças e suas famílias, além das implicações importantes para a saúde pública e para as práticas de cuidado perinatal. A aplicação do Método em países em desenvolvimento pode ser simples se os profissionais se tornarem conscientes de seus benefícios.<sup>(41)</sup>

## **5.2 Evidências científicas sobre o *Método canguru***

A assistência neonatal tem passado por muitas transformações ao longo das últimas décadas. Nesse sentido, cada vez mais se exige do profissional de saúde uma prática baseada em evidências em que se enfatiza o uso de pesquisas para guiar a tomada de decisões clínicas. A interdisciplinaridade faz parte desta renovação, com seus saberes diferenciados e complementares.<sup>(5)</sup>

Como parte destas transformações, o MC impulsionou grandes mudanças no ambiente das unidades neonatais no Brasil. Essa proposta de mudança de paradigma requer tempo para disseminação até sua total aceitação pela comunidade científica.<sup>(5)</sup>

Estudos realizados por pesquisadores brasileiros sobre o MC e publicados em periódicos nacionais e internacionais indexados fornecem subsídios sobre os diversos aspectos já estudados e documentados. A partir dos achados, foi possível a categorização de acordo com a similaridade dos temas abordados.

### **5.2.1 Impacto no aleitamento materno**

De acordo com dados dos estudos nacionais, existem evidências robustas de que o MC tem favorecido melhores taxas de prevalência da amamentação exclusiva, ao



longo desses 15 anos de implantação dessa política pública, tanto no momento da alta hospitalar, como na manutenção dessa prática até os 6 meses de vida. Vale a pena ressaltar que atualmente já se tem resultados importantes em relação à amamentação exclusiva dessa população, atingindo inclusive taxas maiores do que as encontradas na população em geral.<sup>(42, 44)</sup>

Esses achados podem justificar-se pelo fato de o MC no Brasil fundamentar-se no processo de desenvolvimento contínuo do recém-nascido de baixo-peso, configurando-se como uma assistência neonatal em um contexto mais amplo, propondo o resgate de conhecimentos fisiológicos, psicológicos e neurológicos do ser humano, favorecendo uma atenção às necessidades do recém-nascido e de sua família.

O processo da amamentação dependerá diretamente do vínculo entre a mãe e seu bebê e da autoconfiança desta para poder superar as barreiras do aleitamento materno e particularidades que surgirão, principalmente em decorrência da prematuridade.

### 5.2.2 Efeitos da posição canguru nos sinais vitais

Há na literatura publicações que avaliam os efeitos da posição canguru nos sinais vitais (temperatura, frequências respiratória e cardíaca, saturação periférica de oxigênio e pressão arterial) dos RN pré-termo. Dentre estes, o estudo de Almeida e Forti (2007), realizado com 22 recém-nascidos pré-termo (RNPT) saudáveis, não evidenciou alterações significativas quanto à pressão arterial média e frequência cardíaca após o posicionamento canguru realizado por 30 minutos em 3 dias consecutivos. Entretanto, foi possível observar aumento significativo da temperatura axilar, da saturação periférica de oxigênio e da diminuição significativa da frequência respiratória, quando comparado antes e depois do posicionamento.<sup>(45)</sup>

Outro importante estudo comparou a posição canguru com a posição prona, em três dias consecutivos antes e após 60 minutos. Não foram observadas diferenças significativas em relação às frequências respiratórias e cardíacas, temperatura e saturação periférica de oxigênio. Entretanto, os resultados revelaram um aumento significativo da saturação no terceiro dia de realização do posicionamento canguru.<sup>(46)</sup>

### 5.2.3 Manejo da dor

A constante exposição do RNPT a procedimentos dolorosos é rotina nas unidades neonatais, e já estão bem documentados na literatura, seus efeitos fisiológicos, deletérios e comportamentais sobre o desenvolvimento do sistema nervoso central. Por isso, este tema é bastante estudado por diversos autores, e grande parte das evidências científicas identifica e indica a posição canguru como um método não farmacológico eficaz, fácil e benéfico para estes pacientes. Estudos destacam que a posição canguru é uma das estratégias de baixo custo que pode ser utilizada como medida de escolha no manejo da dor do RNPT.<sup>(27, 28, 47)</sup>

### 5.2.4 Infecção

Os fundamentos da prevenção de infecção em RNPT estão sendo revistos. Pesquisas têm apontado que a colonização do RN com germes da própria mãe aumenta a produção de anticorpos contra os patógenos nosocomiais e favorece o estabelecimento da microbiota/microbioma.<sup>(48,49)</sup>

Os resultados das pesquisas microbiológicas e epidemiológicas apontaram que a prática do MC não causou aumento da infecção relacionada com a assistência à saúde

(infecção hospitalar). Mais recentemente, um ensaio clínico randomizado com 102 recém-nascidos internados na UTIN de três hospitais em São Luís evidenciou que a posição canguru pode ser um método eficaz e seguro para promover a descolonização em RN colonizados por bactérias multirresistentes.<sup>(33)</sup>

#### 5.2.5 Impacto no desenvolvimento sensório-motor do recém-nascido pré-termo e de baixo peso

Os recém-nascidos pré-termo que realizaram a posição canguru apresentaram significativo aumento na ocorrência de períodos de sono profundo, sendo uma estratégia favorecedora do desenvolvimento neurocomportamental.<sup>(25)</sup> Sobre o posicionamento canguru especificamente, há comparação quando realizado em RN com peso acima de 1.250g e idade gestacional entre 32 a 40 semanas em decúbito ventral e em decúbito lateral. Os resultados da pesquisa evidenciaram que os RN que realizaram o posicionamento canguru em decúbito lateral assumiram uma postura flexora, associada a um maior enrolamento de tronco e maiores pontuações no exame neurológico de Dubowitz.<sup>(50)</sup>

#### 5.2.6 Fortalecimento de redes de apoio social e psicoafetivo

Nesta categoria, a literatura atual aponta que o MC traz muitos benefícios ao recém-nascido de baixo peso e que a participação efetiva da família no cuidado desses RN, desde o início da vida, favorece a criação e o fortalecimento do vínculo afetivo.

Os dados obtidos demonstram que o apoio da rede familiar e da equipe de saúde parece ser o melhor caminho para garantir a extensão do cuidado em domicílio,<sup>(51)</sup>

corroborando com estudos apresentados anteriormente, que também enfatizam a importância da rede de apoio para o sucesso do *Método canguru*.<sup>(22, 23, 52, 53)</sup>

As publicações apontam principalmente o favorecimento da formação do vínculo mãe-bebê, a proximidade e o toque promovidos entre os pais e os recém-nascidos, bem como o desenvolvimento do senso de competência por parte das mães participantes do Método.

O MC facilita o desempenho do protagonismo materno, privilegiando a utilização de recursos próprios na compreensão e condução do que se passa com a mãe e com seu filho, levando ao seu empoderamento. Essa nova tecnologia de cuidado é facilitadora da construção do papel materno.<sup>(21, 23)</sup>

#### 5.2.7 Segmento do recém-nascido pré-termo (RNPT) e de baixo peso

Nesta categoria, foram agrupados os estudos realizados para avaliação do crescimento e desenvolvimento de RNPT e de baixo peso egressos de UN que participaram do MC.<sup>(43, 54, 55)</sup> As publicações sobre esse tema ainda são reduzidas, considerando o curto espaço de tempo de implantação do Método em muitas unidades neonatais. Não é possível avaliar o impacto desse cuidado, além da questão de que recentemente o MS tem envidado esforços neste campo da interface entre a instituição hospitalar e a atenção básica de saúde, promovendo, nos dias atuais, a linha de cuidado compartilhado.

Os resultados apresentados contribuem para o entendimento do caminho percorrido pelos profissionais de saúde na construção do MC. Avanços na produção do conhecimento foram alcançados. Essas produções foram capazes de mudar as práticas dentro das unidades neonatais, mas ainda há muito o que se estudar.

### 5.3 Implantação do *Método canguru*

O MC no Brasil está presente nas vinte e sete unidades federativas e organizado metodologicamente por centros nacionais de referências (CNR) e centros estaduais de referência (CER), que são unidades de saúde de excelência para o MC. Os centros de referência têm como objetivo a capacitação e formação de tutores, além de descentralizar o processo de implantação do MC nas maternidades brasileiras.

A implantação do MC prevê mudanças institucionais e no processo de trabalho, alocação e capacitação de recursos humanos e adequação da infraestrutura para atendimento de recém-nascidos pré-termo.<sup>(19, 34)</sup>

#### 5.3.1 Disseminação e avaliação do *Método canguru*

Diversos estudos abordam temas como: disseminação e avaliação da implantação do MC no Brasil e em diferentes estados e municípios de forma particular, relatos de experiências de diversas maternidades e hospitais sobre a implantação das três etapas do Método, além de estudos que apresentam revisões de literatura sobre essa temática. Assim, destaca-se que o conhecimento vem sendo construído constantemente e que é necessário mais tempo para a avaliação das práticas, visando à qualidade de vida dos RN e suas famílias.<sup>(56, 58)</sup>

#### 5.3.2 Avaliação de custos

Ainda são incipientes os estudos dessa categoria, apesar de vários autores afirmarem a importância e o impacto da previsão orçamentária para promover a real mudança nas instituições do país.

Entringer et al. (2013a) realizaram uma pesquisa em maternidades do município do Rio de Janeiro, comparando o MC com o método tradicional de cuidado para recém-nascidos estáveis clinicamente e que poderiam receber assistência nas duas modalidades de cuidado. O referido estudo apontou que a *Unidade de cuidado intermediário convencional* (UCINCo) apresentou custos 25% superiores aos da *Unidade canguru*.<sup>(40)</sup> Outra publicação também de Entringer e colaboradores (2013b) estimou o impacto orçamentário da utilização do MC na rede municipal de saúde. O custo total estimado do tratamento de pacientes-dia atendidos em um ano foi superior em 15% da UCINCo em relação à UCINCa.<sup>(39)</sup> Lima, Quintero-Romero e Cattaneo (2000) também afirmam que o MC pode representar o uso apropriado dos escassos recursos disponíveis em hospitais de baixa renda, aumentando a prevalência e a duração do aleitamento materno, menores taxas de hipotermia, maior ganho médio de peso diário e menor duração na internação, beneficiando a saúde e o crescimento da criança, contribuindo para tomadas de decisão na área da saúde.<sup>(42)</sup>

Entretanto, novas pesquisas nesta área são fundamentais para sustentar essas evidências, mostrando não só o impacto orçamentário imediato, mas dando destaque ao impacto indireto, a partir da redução da morbimortalidade neonatal.

### 5.3.3 Barreiras e facilitadores para mudanças de práticas clínicas

O MC propõe mudanças no modelo assistencial, sugere um processo de trabalho centrado em tecnologias leves e leve-duras, proporcionando um serviço produtor do cuidado integral.<sup>(6)</sup>

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais às necessidades de saúde de uma determinada população. Eles devem estar alinhados à situação de saúde. As

mudanças no modelo de atenção à saúde dependem de diversos fatores, tais quais: transição epidemiológica, inovação tecnológica, cultura organizacional, recursos institucionais, sistemas de incentivo, estrutura organizacional e estilos de liderança e gestão.<sup>(59)</sup>

Apesar das evidências que sugerem que o MC é um modelo seguro, além de uma boa estratégia para a promoção do aleitamento materno, vínculo e cuidado, ainda são frequentes por parte da equipe. A dificuldade de mudar práticas clínicas e o medo de transferir o RN para um ambiente que tradicionalmente é percebido com menos recursos assistenciais.<sup>(60)</sup>

Quando se trata do trabalho em UN, deve-se, de saída, levar em conta o ambiente gerador de estresse. A equipe de saúde é confrontada diariamente com uma rotina complexa, tensa e desgastante, com questões relacionadas à vida e à morte. A organização do trabalho, jornadas prolongadas, ritmo acelerado, falta de descanso ao longo do dia, ou até mesmo a jornada dupla de serviço, potencializam o sofrimento, podendo gerar situações de conflitos entre profissionais e profissionais e usuários.<sup>(61, 62)</sup>

Além disso, no processo de trabalho da UTIN, alcançar a integralidade nas práticas de atenção à saúde é um grande desafio, visto que as relações de poder ainda são embasadas na hegemonia do médico e podem ser obstáculos para a mudança de práticas profissionais.<sup>(62)</sup>

Para gerar mudanças no processo de trabalho da UTIN, são necessárias reflexões visando a mudar paradigmas, romper com conceitos historicamente construídos, dicotomias existentes entre o pensar e o agir em saúde, além da necessidade de se aprimorar a escuta ampliada por parte dos profissionais de saúde.<sup>(62)</sup>

Um dos desafios enfrentados hoje pela saúde pública brasileira é a implantação do MC no Brasil. Apesar da existência de evidências científicas da Portaria n. 1.683 que

normatiza o seu uso, da Portaria n. 930 que institui a UCINCa<sup>(34)</sup> e da Portaria n. 1.300 que financia o leito,<sup>(35)</sup> ainda são poucos os leitos habilitados no país.

O que faz com que essa mudança de modelo seja de tão difícil implantação? A necessidade de maior apoio institucional para efetivar mudanças na organização e na estrutura física das maternidades pode ser uma dessas questões.<sup>(58)</sup>

A mudança já se incorporou ao discurso dos profissionais, o que é importante, mas é preciso ir além, instituindo-se uma transformação da prática, uma mudança paradigmática.<sup>(5)</sup> Essas mudanças que levarão à consolidação do MC exigem uma ruptura ideológica com as representações da atenção à saúde vigente.

As barreiras comportamentais, como a falta de conhecimento ou falta de confiança dos profissionais e as barreiras do próprio sistema de trabalho são fatores que dificultam a adoção de boas práticas nos serviços, distanciando a prática clínica ideal da adotada pelos profissionais de saúde em seus ambientes de trabalho.<sup>(63)</sup> A compreensão dos múltiplos fatores que distanciam a prática clínica ideal da real pode contribuir para a mudança significativa de práticas, fazendo com que o MC se torne um instrumento forte nas ações de saúde para o recém-nascido de baixo peso nas maternidades brasileiras.

#### 5.3.4 Leitos neonatais no Brasil

Para discutir o cuidado progressivo e a transferência do RN entre os diferentes setores da UN, é necessário compreender, segundo as portarias ministeriais, qual o perfil do RN que deve ser cuidado em cada diferente espaço.

A UN é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à assistência especializada, incluindo instalações físicas,



equipamentos e recursos humanos. A gestão apropriada dos leitos neste espaço deve articular uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido.<sup>(34)</sup>

A Rede Cegonha (RC), visando a garantir atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, orienta a organização do cuidado neonatal para o cumprimento de direitos do recém-nascido. Estabelece que para cada hum mil nascidos vivos o estado e o município devem garantir dois leitos na UTIN, dois leitos na UCINCo e um leito na UCINCa em seus estabelecimentos de saúde. Além do direito ao leito, garante também outros direitos fundamentais como, por exemplo, o acompanhamento de pai e mãe em tempo integral.<sup>(34)</sup>

Na UTIN, devem ficar internados RN de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica, com peso de nascimento menor de 1.000g, que precise de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio portes, de nutrição parenteral e de cuidados especializados.<sup>(34)</sup>

Na UCINCo é possível tratar do RN com alta da UTIN, que ainda necessite de cuidados complementares, com desconforto respiratório leve que não precise de ventilação mecânica. O RN nesse espaço deve ter peso superior a 1.000g, quando estáveis, sem acesso venoso central, em nutrição enteral plena, para acompanhamento clínico e ganho de peso. Recebe-se também o RN submetido à cirurgia de médio porte, estável, após o pós-operatório imediato em UTIN.

O RN elegível para a UCINCa deve ter peso superior a 1.250g, com necessidade de ganho de peso, clinicamente estável, em transição para nutrição enteral plena, cujas mães manifestem o desejo de participar e tenham disponibilidade de tempo.

Esses três setores que compõe a UN devem desenvolver um processo de trabalho que possibilite o cuidado progressivo, o que proporciona maior segurança, dentre outros benefícios.<sup>(34)</sup>

A instituição da UCINCa, a partir da Rede Cegonha, garante ao recém-nascido os mesmos cuidados e recursos da UCINCo. Nesse ambiente, a mãe não está internada, ela participa de forma ativa da recuperação do RN; é acompanhante do mesmo. Diferentemente do que acontece no alojamento conjunto, onde a mãe está internada e também recebe cuidados.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 garante aos cidadãos o direito de acesso universal e integral à saúde.<sup>(64)</sup> Para isso, é necessário tecnologia que forneça o máximo de benefícios à população, com garantia de recursos disponíveis para sua implementação, além de mudança significativa na forma de compreensão da regulação em saúde, visto que as atribuições do Estado para garantir esse acesso aumentaram.

A integralidade, como um princípio do direito à saúde, objetiva garantir o cuidado e o acesso à assistência. Esta diretriz é ordenadora da assistência, pois busca por meio de um olhar ampliado ao usuário em uma perspectiva de cuidado integral com as diversas áreas e saberes, realizando uma atividade não fragmentada e responsabilizando-se pelo fluxo do usuário onde quer que ele esteja.<sup>(65)</sup>

A regulação é uma ferramenta de gestão pública importante para garantir maior efetividade às ações desenvolvidas pelos sistemas de saúde. Quando aplicada, a assistência promove a equidade do acesso aos serviços de saúde garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas dos usuários, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.<sup>(64)</sup>

O Brasil apresenta uma realidade em que o usuário enfrenta problemas de acesso aos serviços e superlotação de leitos, o que poderia ser sanado com gestão pública em saúde eficiente, na aplicação dos conceitos de regulação e na execução da prática vigente das políticas públicas em saúde. Apesar dos avanços na forma de operacionalização da regulação assistencial, este processo não ocorre de forma satisfatória, necessitando melhorar em diversos aspectos. Para isso, são importantes instrumentos que garantam, de acordo com a necessidade de cada caso, a qualidade do atendimento aos pacientes e a alocação eficiente dos recursos médico-hospitalares.<sup>(64)</sup>

No Brasil, com o aumento de tecnologias no setor de saúde, as avaliações econômicas de incorporação de tecnologia tornaram-se necessárias por contribuírem no processo de escolha entre alternativas que de fato agregam valor ao SUS.

Apesar de as pesquisas evidenciarem o MC como uma tecnologia segura e eficiente para o cuidado de RNPT e de o Brasil ter incorporado o MC como uma política de saúde pública em 2000,<sup>(19)</sup> apenas em 2012, ela passou a receber financiamento.<sup>(35)</sup>

Um recente estudo realizado no município do Rio de Janeiro identificou que a UCINCa e a 3ª etapa do MC possuem custos inferiores à UCINCo considerando-se o grupo de RN elegíveis. A análise de impacto orçamentário identificou que quanto maior a proporção de RN incluídos na UCINCa e 3ª etapa do MC, menores são os custos dispensados para o sistema de saúde.<sup>(40)</sup> Porém, foi identificado que apenas 23% dos pacientes-dia elegíveis para a UCINCa são assistidos através da mesma.

A melhoria da atenção ao RN e a redução da mortalidade neonatal estão definidas como eixos prioritários das ações do governo brasileiro. Não há dúvida sobre a importância do MC e do impacto do programa na redução da mortalidade. Pesquisas indicam que esta forma de cuidado é acessível dentro âmbito do SUS, considerando a

eficiência do tratamento e dos benefícios sociais alcançados. Sendo assim, a disseminação do MC deve ser pensada como estratégica pela gestão pública, pois, além de reduzir gastos e contribuir para a otimização dos recursos financeiros no cuidado neonatal, salva vidas.

## **6 MÉTODOS**

### **6.1 Natureza do estudo**

Estudo quantitativo exploratório, de abrangência nacional, que buscou conhecer as características estruturais, processo de trabalho e utilização de leitos de UCINCa.

### **6.2 Campo do estudo**

O estudo foi realizado com dados secundários coletados pela CGSCAM do MS para o monitoramento do MC no Brasil em maternidades que atuam como centros de referência do Ministério da Saúde para o MC.

O Brasil conta com cinco CNR para o MC: o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, o Hospital Geral de Itapecerica da Serra, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; e 27 CER, um em cada unidade federativa, que são maternidades indicadas pelas secretarias estaduais de saúde e certificadas pelo MS no período de 2010 a 2012.

Os centros estaduais possuem as três etapas do MC implantadas e profissionais capacitados como tutores, sendo responsáveis pela disseminação do Método no estados. O total de maternidades incluídas representam 33% do total de leitos de UCINCa do Brasil.

### **6.3 Período do estudo e população**

Para esse estudo, foram analisadas informações do segundo semestre de 2016 sobre o número diário de recém-nascidos definidos como elegíveis para internação na

UCINCo, de acordo com os critérios de elegibilidade definidos pelo MS, assim como informações sobre as características da estrutura e processo de trabalho das maternidades que são centros nacionais e estaduais de referência para o MC existentes no Sistema de monitoramento do método canguru (SMMC).

#### **6.4 Sistema de monitoramento do método canguru no Brasil**

O sistema de monitoramento foi criado pela CGSCAM no ano de 2013 com objetivo de monitorar as atividades do Projeto de fortalecimento do MC no Brasil, incluindo cursos de capacitação realizados, número de tutores capacitados e avaliação da implantação das três etapas do MC.

A partir de 2016, este sistema passou a fazer também o monitoramento da transferência de recém-nascidos para a UCINCa, no sentido de avaliar o impacto da Portaria n. 930 que financiou esse leito. Para isso, passou a utilizar também dois formulários específicos. O Formulário I (Anexo 2) visa à identificação da estrutura (modelo de gestão, número de nascimentos e RN internados, número de leitos da UN, adequação da ambiência da UN, de acordo com a Portaria n. 930) e processo de trabalho relativo aos CR para o MC (definição de elegibilidade do RN para a UCINCa, processo de decisão sobre a indicação de UCINCo ou UCINCa, motivos que facilitam e dificultam a transferência do RN para a UCINCa). O Formulário II (Anexo 3) foi estruturado para monitoramento da utilização dos leitos de UCINCa, a partir da quantificação diária do número de RN elegíveis (RN estáveis clinicamente, em dieta enteral plena por SOG, copo ou seio, em ar ambiente, sem apneias nos últimos 5 dias e com peso superior a 1.250g) e o seu local de internação (UTIN, UCINCo ou UCINCa) em cada UN incluída no estudo. Nos centros de referência nacionais e estaduais, os

formulários do sistema de monitoramento foram preenchidos pelo coordenador ou tutor do MC, profissionais de saúde que integram o quadro de funcionários dos serviços.

## **6.5 Considerações éticas**

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz. O parecer, classificando o projeto como aprovado foi emitido em 15 de dezembro de 2016 (Anexo 1).

## **6.6 Análise**

Foram estimados: número médio diário de RN elegíveis para a UCINCa, taxa de ocupação das UCINCa e proporção de dias com leitos vagos na UCINCa e pelo menos dois RN elegíveis para a UCINCa internados em outros setores de cuidado neonatal (UTIN ou UCINCo). Na análise das características da estrutura e processos de trabalho das maternidades, foram consideradas as seguintes variáveis:

- Número de leitos da UN e de seus componentes (UTIN, UCINCo e UCINCa);
- Localização da UCINCa;
- Existência de casa da gestante, bebê e puérpera;
- Estratégias de suporte e acolhimento para mãe e pai na primeira etapa;
- Estratégias para conhecer e promover redes de apoio;
- Atividades ocupacionais/lúdicas para as mães;
- Livre acesso do pai;
- Integração da equipe UTIN/UCINCo com a equipe UCINCa;

- Critérios de elegibilidade para transferência do RN utilizados na maternidade;
- Responsabilidade da decisão sobre a indicação de UCINCo ou UCINCa;
- Existência de limitações para a transferência dos elegíveis da UTIN/UCINCo para UCINCa;
- Fatores facilitadores da transferência do RN para UCINCa;
- Fatores dificultadores da transferência do RN para a UCINCa;

Para análise dos dados obtidos a partir do sistema de monitoramento do MC, foi utilizado o programa Excel 2013. Para análise descritiva foram utilizadas médias e percentuais.



## 7 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa referem-se à análise das características estruturais, processo de trabalho e utilização de leitos de UCINCa, das 32 maternidades de referência estadual e nacional para o MC, das quais, 71,8% estão sob gestão estadual; 9,3%, sob gestão municipal; 9,3%, sob gestão federal; e 9,3% são unidades filantrópicas. Dessas maternidades, 81,2% são certificadas como hospitais de ensino.

Em 2015, o número total de nascimentos nesse grupo de maternidades foi de 12.476, (média mensal de nascimentos 415,8/maternidade, variando de 85 a 903). No mesmo período, ocorreram 1.102 internações de recém-nascidos nas UTIN dessas maternidades (média de 36 internações/mês, variando de 8 a 120).

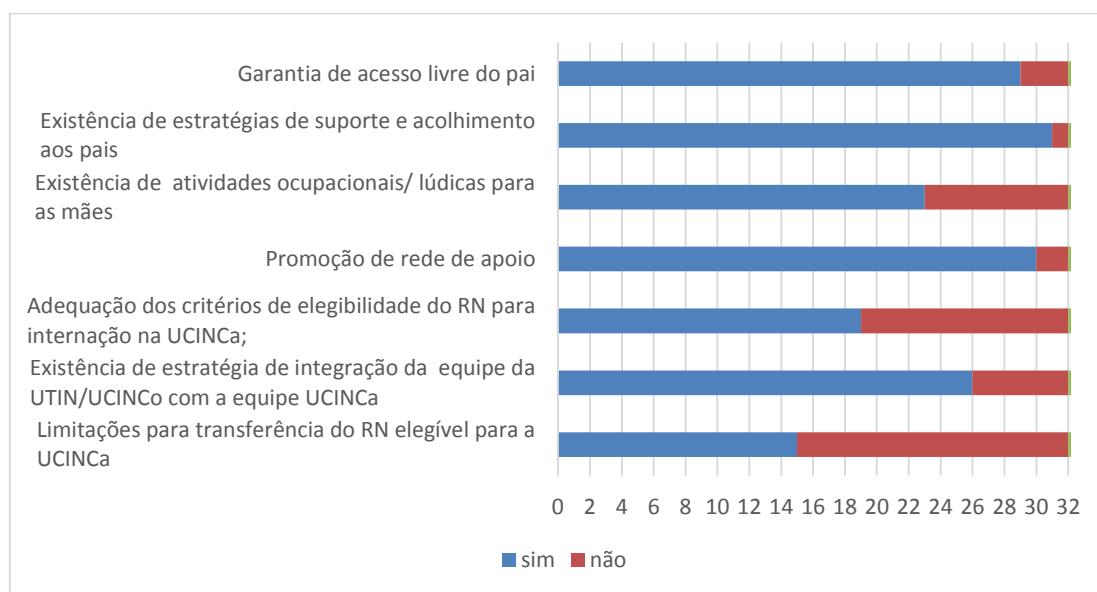
As 32 maternidades somaram 570 leitos de UTIN, com média de 17,8 leitos por unidade, variando de um mínimo de 6 até 60 leitos. Para o cuidado intermediário convencional, foram registrados 629 leitos, média de 19,6, variando de 4 a 120 leitos. Em relação ao cuidado intermediário canguru, foram 283 leitos, média de 8,8 leitos por maternidade, variando de 3 a 27 leitos.

Em 87,5% das maternidades, foi afirmado que a estrutura física das unidades neonatais está em consonância com os requisitos da Portaria GM n. 930.<sup>(34)</sup> Entretanto, em relação à proporcionalidade recomendada entre o número de leitos para os três setores das unidades (UTIN, UCINCo e UCINCa), a análise evidenciou que menos da metade das maternidades estão adequadas (47%). Nesse grupo, 6% contam com o mínimo estabelecido por maternidade, e 41% superam o número de leitos de UCINCa recomendado. Merece ser destacado o fato de que 53% dos centros de referência possuem um número menor que o recomendado para leitos de UCINCa.

Sobre a localização física da UCINCa, 87,5% informaram que a UCINCa fica no mesmo andar, a menos de 50 metros da UTIN/UCINCo. Em 70% das maternidades, foi informado que a mesma integra o ambiente da UN.

A existência de ambulatório de seguimento do RN de risco foi registrada em 91% das maternidades e a Casa da gestante, bebê e puérpera (CGBP), em 59%.

Para compreender o processo de trabalho da UN, foram analisados como indicadores, a existência ou não de: garantia de acesso livre do pai; estratégias de suporte e acolhimento aos pais; atividades ocupacionais/lúdicas para as mães; promoção de rede de apoio; adequação dos critérios de elegibilidade do RN para internação na UCINCa; estratégias de integração da equipe UTIN/UCINCo com a equipe UCINCa e limitações para transferência do RN elegível para a UCINCa (Gráfico 1).



**Gráfico 1** - Características do processo de trabalho dos centros nacionais e estaduais de referência do Ministério da Saúde para o *Método canguru* (n=32), 2016.

Em relação às estratégias citadas pelas maternidades para suporte e acolhimento aos pais, foram registradas 108 diferentes respostas que, na análise, foram agrupadas

nas seguintes categorias: atuação da equipe multiprofissional (citada por 15 maternidades); realização de atividades em grupo (11 maternidades); alojamento para as mães após alta (11 maternidades); orientação para a atuação da mãe no cuidado ao RN e para o aleitamento (10 maternidades); atuação específica do serviço social ou psicologia (7 maternidades); acompanhamento no primeiro encontro dos pais com o filho na UTIN (7 maternidades); estrutura e ambiência que favoreçam o conforto durante a permanência dos pais (5 maternidades); apresentação das normas e rotinas da maternidade (4 maternidades); atividades de apoio e suporte à mãe antes da chegada a UTIN (5 maternidades); promoção de rede de apoio (4 maternidades); e estratégias para favorecer o deslocamento das mães até a maternidade após a alta obstétrica (2 maternidades).

Destaca-se ainda que, em 27 maternidades, foram apontadas como estratégias de suporte e acolhimento direitos legais já estabelecidos, tais como: permissão para a entrada do pai, garantia de informação sobre o RN e fornecimento de refeições.

Com relação às estratégias para promoção de rede de apoio, foram registradas 68 respostas, agrupadas nas seguintes categorias: atuação da equipe na identificação de mães com necessidade de suporte familiar e social (28 maternidades); estratégias de estímulo ao envolvimento das famílias durante a internação (25 maternidades); e ações de articulação intersetorial e com a rede de serviços de saúde (15 maternidades).

Do total de maternidades incluídas no estudo, 59% registraram como critérios de elegibilidade para a transferência do RN para UCINCa exatamente aqueles recomendados pela *Norma técnica*, que define as diretrizes para o MC<sup>(19)</sup> (Portaria GM n. 1683): RN com peso mínimo de 1.250g, estabilidade clínica, em ar ambiente e com dieta enteral plena. Registraram critérios adicionais, restringindo a elegibilidade para a UCINCa, 21,8% das unidades. Nesse grupo, as principais condições adicionais de

restrição foram o uso de antibiótico e o peso maior que o recomendado. Nos registros de 18,6% das maternidades, não foram encontrados todos os critérios da Norma e, em algumas situações, apenas o registro de “estabilidade clínica”.

Outro aspecto do processo de trabalho analisado diz respeito à decisão de transferência do RN que está na UTIN para a UCINCo ou UCINCa. Nas maternidades estudadas, 50% registraram que essa indicação é feita em comum acordo com toda equipe; 47%, que os médicos são os responsáveis; e 3%, que essa decisão é do enfermeiro.

Em 15 maternidades, foram apontadas limitações para a transferência de RN elegíveis para a UCINCa, tais como a disponibilidade materna, as condições socioeconômicas desfavoráveis das famílias, o número reduzido de profissionais na UCINCa, principalmente nos finais de semana, e a superlotação.

Foram também identificados os fatores apontados pela equipe das maternidades como facilitadores ou dificultadores da transferência de RN elegível para a UCINCa (Quadro 1).

Pontos facilitadores	Nº de maternidades	Pontos dificultadores	Nº de Maternidades
Equipe capacitada, integrada e disponível	27	Indisponibilidade materna	32
RN ter critério de elegibilidade	22	RN não ter critério de elegibilidade	23
Disponibilidade materna	22	Falta de rede de apoio	20
Preparação da família na primeira etapa com ênfase no estímulo ao contato pele a pele e orientação sobre os cuidados	16	Equipe insuficiente ou sem capacitação	19
Serviço disponível para transferência em qualquer turno	12	Indisponibilidade de leitos	15
Proximidade da UTIN, UCINCo e UCINCa	12	Ambiência da Unidade Neonatal inadequada	07
Disponibilidade de rede social de apoio	01	Não preparação da família na primeira etapa para a internação na UCINCa	04
Existência de CGBP	01	Família residente no interior ou longe do hospital	03
Livre acesso e permanência dos pais	01	Inexistência de CGBP	01
Residência da família próxima ao hospital	01	Falta de vinculação da Atenção hospitalar com a Atenção básica	01

**Quadro 1** - Fatores citados pelos centros nacionais e estaduais do Ministério da Saúde para o *Método canguru* (n=32) como facilitadores ou dificultadores para a transferência de RN elegível para UCINCa, 2016.

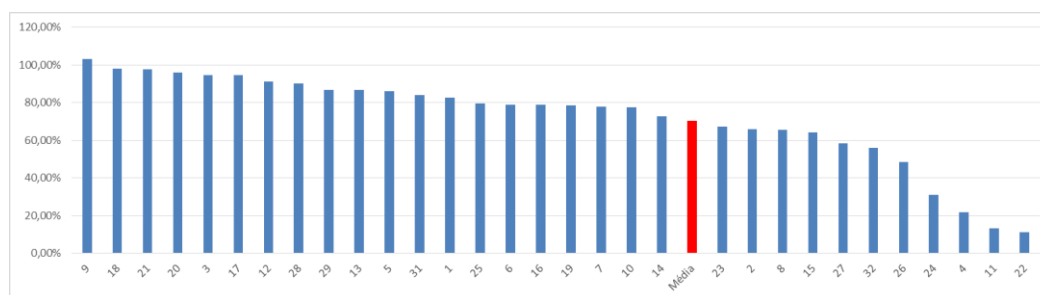
Quanto à utilização dos leitos de UCINCa, foram avaliados: a média diária de RN elegíveis e seu local de internação (UTIN, UCINCo ou UCINCa); a proporção de dias com leitos vagos na UCINCa e simultaneamente RN elegíveis internados na UTIN/UCINCo; e a taxa de ocupação de leitos de UCINCa.

Os dados das 32 maternidades mostraram que a média diária de RN elegíveis para a UCINCa foi de 361, conforme detalhado no Quadro 2.

Centros de referência	Média de RN elegíveis/dia UTIN/UCINCo	Média de RN elegíveis/dia UCINCa	Média de RN elegíveis/dia UTIN/UCINCo + UCINCa
Nacionais	11	34	45
Estaduais	148	168	316
Total	159	202	361

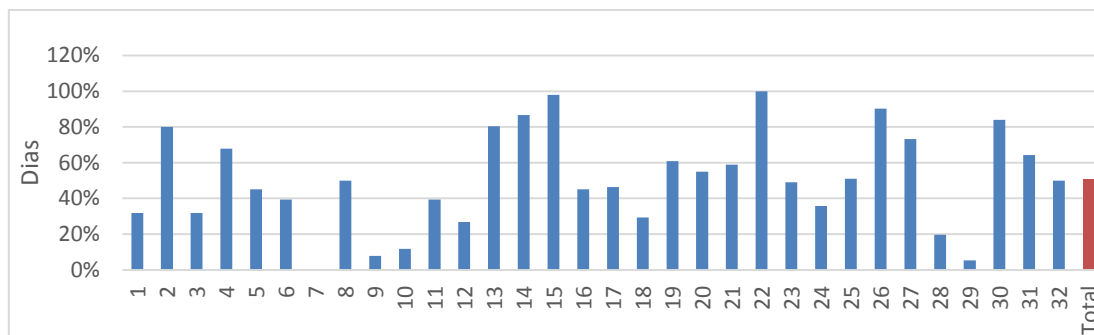
**Quadro 2** - Média diária de recém-nascidos elegíveis para UCINCa nos centros nacionais e estaduais de referência do Ministério da Saúde para o *Método canguru* (n=32), 2016.

A taxa de ocupação nas UCINCa, no período do estudo, foi de 70%, variando de 11% a 103% (Gráfico 2).



**Gráfico 2** - Taxa de ocupação na UCINCa nos centros nacionais e estaduais de referência do Ministério da Saúde para o *Método canguru* (n=32), 2016.

O Gráfico 3 mostra a proporção de dias, em relação ao período total estudado, nos quais existiam RN elegíveis fora da UCINCa e leitos vagos na UCINCa. Foi evidenciado que, em média, nesse conjunto de maternidades, em 50% dos dias, as unidades neonatais tinham RN elegíveis internados na UTIN/UCINCo, apesar da disponibilidade de leitos na UCINCa.



**Gráfico 3** - Proporção de dias com RN elegíveis na UTIN/UCINCo e leitos vagos na UCINCa nos centros nacionais e estaduais de referência do Ministério da Saúde para o *Método canguru* (n=32), 2016.

## 8 DISCUSSÃO

Na análise da estrutura física das unidades neonatais estudadas, encontramos um padrão predominante da localização dos leitos de UCINCa, 70% das UCINCa integram o ambiente da UN e 87,5% estão no mesmo andar ou a menos de 50 metros da UTIN/UCINCo. A maioria registrou que está em consonância com critérios de ambiência da Portaria n. 930 (87,5%).<sup>(34)</sup> Esses resultados confirmam atributos esperados para maternidades que foram definidas, pelo MS, como centros nacionais ou estaduais de referência para o MC. Por outro lado, a existência da CGBP teve menor frequência, (59%). Considerando a importância desse dispositivo como promotor e facilitador da futura permanência da mãe com seu RN, quando elegível, na UCINCa<sup>(66)</sup> e os incentivos do MS para sua implantação e custeio (Portaria GM n. 2351, 2011).<sup>(67)</sup> Esse é um aspecto importante para aprimoramento nos centros de referência.

No que se refere à proporcionalidade entre o quantitativo de leitos neonatais prevista pela Portaria GM n. 930<sup>(34)</sup> (1 leito de UCINCa para cada 2 leitos de UTIN e 2 leitos de UCINCo existentes), a análise do cenário encontrado no conjunto dos 32 centros nacionais e estaduais está próxima ao preconizado (283 leitos de UCINCa e 1.199 leitos UTIN/UCINCo). Entretanto, há uma distribuição desigual, tanto do número de leitos quanto da proporcionalidade entre eles, nas maternidades estudadas. Nesse grupo, 17 maternidades (53%) têm menor número de leitos de UCINCa do que o mínimo recomendado em Portaria em relação ao quantitativo de leitos de UTIN e UCINCo. As demais maternidades contam com o quantitativo de leitos de UCINCa acima do estabelecido para a proporcionalidade recomendada (41%) ou têm o número mínimo previsto (6%).



A análise do processo de trabalho dos centros de referência evidenciou que a garantia de livre acesso dos pais, o desenvolvimento de estratégias de suporte e acolhimento a eles, a disponibilização de atividades lúdicas/ocupacionais para as mães durante a internação do filho e a promoção de redes de apoio, embora predominantes, ainda não estão presentes na totalidade das unidades. Encontramos 10 maternidades que, embora apresentem uma ou mais dessas estratégias, não têm o conjunto das quatro estratégias sugeridas pelo MS. Estudo realizado sobre significados e sentimentos maternos sobre a vivência do MC mostra que o método e suas estratégias de cuidado aproximam a mãe da UN e rompem com o medo da hospitalização, possibilitando o contato precoce e trazendo inúmeros benefícios para mãe e filho.<sup>(20)</sup>

As estratégias referidas para suporte e acolhimento aos pais reafirmam a importância da atuação profissional nesse aspecto do cuidado, tendo sido citada por cerca de metade das maternidades. A UN é o primeiro microssistema do bebê composto por profissionais de diversas áreas da saúde. Essa é a primeira rede social institucional que o bebê e a família dispõem para atender suas demandas de saúde, sendo fundamental neste espaço o olhar integral e humanizado.<sup>(68)</sup> Várias das outras estratégias citadas como realização de atividades em grupo, alojamento para as mães após alta, orientação para a atuação da mãe no cuidado ao RN e para o aleitamento, atuação específica do serviço social ou psicologia, acompanhamento no primeiro encontro dos pais com o filho na UTIN, estrutura e ambiência e atividades de apoio e suporte à mãe antes da chegada na UTIN ocupam lugar importante nas recomendações da *Atenção humanizada* e nas boas práticas do cuidado neonatal.<sup>(6)</sup> Entretanto, foram registradas, no máximo, por um terço das unidades.

Conforme destacado na apresentação dos resultados, 27 das 32 maternidades citaram, como estratégias de suporte e acolhimento, práticas que já se configuram como

direitos garantidos nos marcos legais para infância.<sup>(69)</sup> Entende-se que estes são direitos que demandam estratégias de cuidado no sentido de acolher e dar suporte a esses pais durante a internação do RN e não são estratégias em si.

Na descrição das estratégias para promoção da rede de apoio, duas foram registradas pela grande maioria das 32 maternidades: atuação da equipe na identificação de mães com necessidade de suporte familiar e social (28 maternidades); e iniciativas de estímulo ao envolvimento das famílias durante a internação (25 maternidades). Tais estratégias têm sido reconhecidas como necessárias e potentes na abordagem do cuidado neonatal sob a perspectiva da *Atenção humanizada/Método canguru*.<sup>(53)</sup>

Por outro lado, em menos da metade dos registros das maternidades, encontramos referência às ações de articulação intersetorial e à rede de serviços de saúde que é compreendida como uma estratégia absolutamente relevante na perspectiva do cuidado compartilhado e na continuidade do cuidado.<sup>(18, 70, 71)</sup>

Ainda com relação ao processo de trabalho, analisando as características e dinâmica da transferência do RN da UTIN/UCINCo para a UCINCa, 21,8% das unidades registraram critérios adicionais à Norma (Portaria GM n. 1.683), restringindo a elegibilidade para a UCINCa.<sup>(19)</sup> Esse fato pode ser determinado pela insegurança dos profissionais da UTIN/UCINCo em relação aos cuidados prestados na UCINCa e demonstra uma possível fragmentação do cuidado, especialmente em unidades que têm equipes diferentes. A busca pela superação dessas dificuldades é fator importante para a qualidade do cuidado integral. A respeito dessa questão, embora em 26 maternidades fossem referidas atividades de integração entre as equipes dos três setores da UN, ainda existem desafios para a efetiva incorporação de uma prática integrada.<sup>(58)</sup>

Também é importante discutir que em 18,6% das maternidades, os critérios de elegibilidade descritos estavam mal definidos e não referiam todos os critérios indicados

na Norma. A análise desses registros sugeriu que esse achado estava mais associado a uma redação inadequada da resposta do que a uma ampliação das indicações de elegibilidade. Considerando o papel dessas unidades como referência para a disseminação e fortalecimento do MC no país, este é um aspecto que merece atenção especial no sentido de melhor compreensão do que de fato ocorre.

Da mesma forma, no conjunto dos centros de referência, ainda persistem desafios para que um aspecto central no cuidado neonatal do processo de trabalho, a transferência da UTIN para UCINCo ou UCINCa, seja efetivamente definido em conjunto pela equipe.<sup>(37)</sup> Quase metade das unidades registrou que essa é uma decisão médica.

Dentre as limitações registradas para a transferência de RN elegíveis para a UCINCa, dois aspectos citados merecem discussão pela sua relevância no processo de trabalho: o número reduzido de profissionais na UCINCa, principalmente nos turnos da noite e final de semana; e a sobrecarga na UTIN/UCINCo, levando ao remanejamento de profissionais da UCINCa para esses setores. São limitações que contribuem para a permanência de RN elegíveis fora da UCINCa, mesmo com leitos vagos e que, portanto, devem ser objeto de revisão pelas equipes clínicas e gestoras dos centros de referência. Uma questão central em relação a esse ponto é a reflexão sobre o papel protetor do cuidado materno para o RN, principalmente em cenários adversos de sobrecarga para a equipe responsável pelo cuidado neonatal.

O remanejamento de profissionais para outros setores da UM, com consequente desativação parcial ou total da UCINCa referido nesse estudo, tem sido encontrado também em relatórios e espaços de disseminação e fortalecimento do MC no Brasil.<sup>(38)</sup>

Na análise dos fatores que facilitam ou dificultam a transferência do RN elegível para a UCINCa, chama a atenção a citação por todas as maternidades da

“indisponibilidade materna” como dificultador. Por outro lado, a “disponibilidade materna” foi referida como fator facilitador por 22 maternidades. Em relação a esse registro tão frequente no conjunto dos centros de referência, destaca-se que a disponibilidade materna para permanência com seu filho integra o conjunto de critérios para elegibilidade do RN para a UCINCa.<sup>(6)</sup> Nessa perspectiva, entende-se que não se trata de um elemento facilitador ou dificultador para a transferência, e sim de um pré-requisito. Esse é um critério fundamental na proposição, implantação e condução do MC no Brasil, que, desde o seu início, define que a mãe não deve ser obrigada a permanecer junto a seu filho.<sup>(6, 21, 72, 73)</sup>

Da mesma forma, a citação da “Elegibilidade do RN para UCINCa” como ponto facilitador quando presente (23 maternidades) ou como ponto dificultador quando ausente (22 maternidades) não corresponde ao esperado em relação a esse item do sistema de monitoramento. Assim como discutido para a disponibilidade materna, a ocorrência dos critérios de elegibilidade não deve ser compreendida como facilitadora ou dificultadora para transferência para UCINCa, e sim como pré-requisito.

No entanto, a recusa materna e o relato de impossibilidade de permanência não devem ser entendidas fora de seus contextos e construção psicoafetiva e social.<sup>(74)</sup> Mais do que isso, devem ser compreendidas em sua complexidade e naquilo que demandam em termos da responsabilidade na gestão do cuidado neonatal, com ênfase no trabalho que deve ser desenvolvido desde a identificação de risco para nascimento pré-termo/baixo na gestação e ao longo de toda a internação do recém-nascido.

Inúmeros fatores e elementos inerentes à atenção perinatal em geral e ao cuidado desenvolvido na UN em particular podem atuar como fatores promotores ou prejudiciais à disponibilidade materna para a permanência com seu filho e, dentre eles, o papel da equipe é primordial. Tal perspectiva pode ser identificada no registro da *Preparação da*

*família na internação na UTIN* como fator facilitador de transferência para UCINCa encontrado em 16 maternidades.

A atuação da equipe em relação à efetivação da transferência também foi destacada por sua responsabilidade na programação do plano terapêutico ao longo da internação, identificando o melhor setor para o RN na unidade neonatal, de acordo com as necessidades do RN e de sua família. Essa compreensão é encontrada nas respostas registradas pelas maternidades que apontaram a “atuação integrada e a disponibilidade da equipe” como fator facilitador para a transferência (27 maternidades) e como dificultador quando “não capacitada ou insuficiente” (19 maternidades).

Vários dos outros fatores citados como facilitadores e dificultadores estão de acordo com as diretrizes do MS e vêm merecendo destaque nas diferentes iniciativas para disseminação e fortalecimento do MC no Brasil: ambiência; rede de apoio para os pais; vinculação da maternidade com a atenção básica; e outros recursos de suporte social.<sup>(6, 70)</sup>

Na análise desse conjunto de fatores, dois aspectos merecem uma discussão específica. O primeiro deles é o registro em 12 maternidades da disponibilidade do serviço para transferência do RN para a UCINCa em qualquer turno como facilitador para esse processo. Quando associamos esse registro às respostas sobre limitações para a transferência nos turnos da noite e nos finais de semana, identificamos um ponto importante para a remoção de barreiras para a ocupação dos leitos de UCINCa. Em maternidades onde essa possibilidade não está garantida, se a elegibilidade se configura, por exemplo, na tarde de uma sexta-feira, o RN só se beneficiará das vantagens cientificamente evidenciadas do cuidado prestado na UCINCa<sup>(5, 75)</sup> na segunda-feira seguinte. O outro aspecto diz respeito à identificação em 20 maternidades da ausência da rede de apoio como um fator dificultador para transferência do RN para a UCINCa.

Conforme destacado anteriormente, menos da metade dos centros de referência apontaram a articulação intersetorial e com a rede de saúde como estratégia de promoção da rede de apoio. Assim sendo, encontra-se aqui mais um ponto para reflexão e implementação de forma transversal nos 32 centros.

Na análise da utilização dos leitos, destaca-se a necessidade de adequação de 17 centros de referência (53%), a proporcionalidade mínima prevista na Portaria n. 930. A estimativa do número médio/dia de elegíveis para UCINCa foi de 361 RN. Ao levar em conta essa estimativa, o parâmetro previsto em Portaria como mínimo para a proporcionalidade entre UTIN/UCINCo e UCINCa mostra-se adequado. A expressiva ocorrência da situação indesejável de RN elegíveis fora da UCINCa, apesar da disponibilidade de leitos, também é aspecto preocupante, assim como a importante variação encontrada entre os centros de referência. Vários dos aspectos do processo de trabalho e do posicionamento encontrados nos registros sobre fatores facilitadores e dificultadores para a transferência do RN elegível para a UCINCa foram discutidos anteriormente e têm implicação direta no cenário encontrado. A implantação das recomendações e diretrizes para a AHRNBP-MC tem sido objeto central na agenda para sua implementação e fortalecimento. Os desafios para gestores e equipes clínicas na adesão e efetiva utilização têm sido demonstradas na literatura.<sup>(63, 76, 77)</sup> Considerando a complexidade da abordagem baseada na perspectiva da clínica ampliada, de projetos terapêuticos singulares, no reconhecimento da necessidade de acolhimento ao RN e sua família e na relevância da rede de apoio, marcos preciosos para o MC, os desafios da implementação das diretrizes clínicas fica bastante evidente.

Entretanto, são desafios que devem ser constantes e permanentemente alvos de superação, buscando garantir que cada RN elegível e sua mãe tenham acesso ao cuidado mais adequado. É importante ressaltar que o impacto negativo da inadequação na

utilização dos leitos numa unidade neonatal se amplia para além do RN privado da internação na UCINCa. Se essa situação for predominante, a manutenção do RN elegível em outros setores da UN pode contribuir para a superlotação dos leitos intensivos, fenómeno que tem sido relatado em nosso meio<sup>(78, 80)</sup> e/ou para a dificuldade de acesso ao cuidado intensivo de RN com essa demanda específica.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os centros de referência incluídos nesta pesquisa representam um conjunto de serviços nos quais, ao longo dos anos, o MS vem investindo em capacitação e oferta de suporte para a qualificação do cuidado na direção das boas práticas neonatais. Espera-se, portando, que sua atuação esteja de acordo com as recomendações do MS.

No entanto, os resultados encontrados demonstraram significativa variação em aspectos do processo de trabalho dessas maternidades como a realização de atividades ocupacionais/lúdicas para as mães, promoção de rede de apoio, adequação dos critérios de elegibilidade do RN para internação na UCINCa, estratégias de integração da equipe UTIN/UCINCo com a equipe UCINCa e limitações para transferência do RN elegível para a UCINCa.

Também foram encontradas diferenças na utilização dos leitos de UCINCa. Considerando-se que as evidências científicas demonstram que o melhor cuidado para recém-nascidos elegíveis é aquele desenvolvido na UCINCa; é fundamental a garantia de sua ocorrência.

Apesar dos avanços, é importante reconhecer os desafios e a necessidade de novas estratégias para a garantia de utilização dos leitos das UCINCa. Discutir coletivamente, trocar experiências bem-sucedidas, pode fomentar essa prática. Gestores estaduais e municipais de “saúde da criança” têm importante papel na efetiva utilização de leitos das UCINCa. Esse papel se estende desde a garantia de condições para a habilitação dos leitos ao apoio aos gestores dos serviços, visando, cada vez mais, ao aprimoramento e avanço dos processos de trabalho.

A capacitação dos recursos humanos é fundamental para garantir qualidade do atendimento que é oferecido. O MC é uma estratégia que não necessita de investimento



em tecnologias duras. Por outro lado, a sustentabilidade se dá através da formação e do envolvimento dos profissionais de saúde.

Uma questão fundamental que não foi levada em conta neste estudo foram os critérios de elegibilidade materna. Pela necessidade de definição objetiva, este estudo levou em conta apenas os critérios biológicos relativos ao RN. Mas sabe-se que quanto mais a equipe acolher mãe e pai, promover projeto terapêutico singular e estimular a formação de redes sociais de apoio desde a primeira etapa, maior será a adesão materna na segunda etapa.

Futuros estudos devem mapear o perfil dessas famílias para compreender a questão social que contribui na decisão da internação de RN elegíveis na UCINCa, visto que os dados apontaram como principais limitações para a transferência a disponibilidade materna e as condições socioeconômicas desfavoráveis das famílias.

## REFERÊNCIAS

1. Rodrigues RG, Oliveira ICS. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). *Rev Eletrônica Enferm* 2006; 6(2).
2. Ballard RA. Neonatology. *JAMA*. 1984;252(16):2219-23.
3. Lamy ZC. Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-natos internados em unidade de terapia intensiva neonatal [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Inst Oswaldo Cruz; Inst Fernandes Figueira; 1995.
4. Charpak N, Gabriel Ruiz J, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R, et al. Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatr* 2005; 94(5): 514-22.
5. Sanches MTC, et al. Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru [normas e manuais técnicos]. 2ª ed. Brasília (DF): O ministério; 2013. 204 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo\\_canguru\\_manual\\_tecnico\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf).
7. França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. Rede Interagencial Informações para Saúde Organ Demogr e Saúde Contrib para Análise Situaç e Tendências Brasília Organ Pan-Am Saúde. 2009; 83-112.
8. UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 1: histórico e implementação [normas e manuais técnicos]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. 78 p. Disponível em: [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/modulo1\\_ihac\\_alta.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/modulo1_ihac_alta.pdf)
9. Ministério da Saúde (Brasil). Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília (DF): O ministério; 2011. 78 p.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília (DF): A instituição; 2008. 160 p.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê do óbito infantil e fetal. Ministério da Saúde Brasília; 2009.
12. Almeida MFB, Guinsburg R, Costa JO, Anchieta LM, Freire LMS. Ensino da reanimação neonatal em maternidades públicas das capitais brasileiras. *J Pediatr Rio J* 2005; 81(3): 233-9.

13. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 371 [internet] 2014. [Acesso em: maio 2014]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html)>.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília (DF): O ministério; 2011.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Manual AIDPI neonatal [normas e manuais técnicos - serie A] [internet] 2012 [Acesso em: dez. 2016]; 228 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_aidpi\\_neonatal\\_3ed\\_2012.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_aidpi_neonatal_3ed_2012.pdf).
16. Pasche DF, de Albuquerque Vilela ME, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Tempus Actas Saúde Coletiva* 2010; 4(4): 105-17.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 1.459 [internet]. 2011. [Acesso em: jun. 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
18. Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de atenção básica. 1. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. 108 p.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 1.683 [Internet]. jul. 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683\\_12\\_07\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html)
20. Costa R, Heck GMM, Lucca HC, Santos SV. Da incubadora para o colinho: o discurso materno sobre a vivência no Método Canguru. *Rev Enferm e Atenção à Saúde* 2014; 3(2).
21. Lamy ZC, Morsch DS, Deslandes SF, Fernandes RT, Rocha LJLF, Lamy Filho F, et al. Construção do papel materno a partir da vivência de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais/The formation of the maternal role from experience of hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit in two models of care. *Rev Pesqui em Saúde* 2011; 12(1).
22. Rocha L, Lamy ZC, Ferreira M da CF. Avós na unidade de tratamento intensivo neonatal: explorando possibilidades. *Rev Hosp Univ* 2005; 6(1): 13-7.
23. Morsch DS, Delamonica J. Análise das repercussões do "Programa de acolhimento aos irmãos de bebês internados em UTI neonatal: Lembraram-se de mim!" *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 677-87.
24. Oliveira MC de, Locks MOH, Girondi JBR, Costa R. Método canguru: percepções das mães que vivenciam a segunda etapa. *Rev Pesqui Cuid FundamOnline* 2015; 7(3): 2939-48.
25. Azevedo VMG de O, David RB, Xavier CC. Cuidado mãe canguru em recém-nascidos pré-termo sob suporte ventilatório: avaliação dos estados comportamentais. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2011; 11(2): 133-8.

26. Azevedo VMGO, Xavier CC, Oliveira GF. Safety of Kangaroo Mother Care in Intubated Neonates Under 1500 g. *J Trop Pediatr* 2012; 58(1): 38-42.
27. Maia FA, Oliveira VMG, Azevedo FO. Os efeitos da posição canguru em resposta aos procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão da literatura. *Rev Bras Ter Intensiva* 2011; 23(3): 370-3.
28. Entringer AP, Durante AL, Thomaz PMM. Medidas não-farmacológicas para controle da dor no recém-nascido pré-termo. *Rev Rede Cuid em Saúde* 2013; 7(2).
29. Freire NBS, Garcia JBS, Lamy ZC. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. *Pain* 2008; 139(1): 28-33.
30. Almeida H de, Venancio SI, Sanches MTC, Onuki D. Impacto do Método Canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. *J Pediatr Rio J* 2010; 86(3): 250-3.
31. Sanches MTC. Fatores associados à amamentação exclusiva de recém-nascidos de baixo peso ao nascer integrantes do Método Mãe-Canguru. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
32. Andrade ISN, Guedes ZCF. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5(1): 61-9.
33. Lamy Filho F, Souza SH, Freitas IJ, Lamy ZC, Simões VM, Silva AA, et al. Effect of maternal skin-to-skin contact on decolonization of Methicillin-Oxacillin-Resistant Staphylococcus in neonatal intensive care units: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15(1): 63.
34. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012. Brasília (DF): O ministério; 2012.
35. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 1.300 [internet] 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1300\\_23\\_11\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1300_23_11_2012.html).
36. Lansky S. A gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde da mulher e da criança no SUS de Belo Horizonte: a experiência da Comissão Perinatal. *Divulg Saúde Debate* 2006; (36):10-7.
37. Gomes M, Moreira MEL, Lopes JMA, Carvalho M. Organização da assistência perinatal no Brasil: o recém-nascido de alto risco – teoria e prática do cuidar In: Fiocruz, editor. Criança, mulher e saúde. Rio Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 21-48.
38. Cardoso JS. Situação do Método Canguru em maternidades públicas brasileiras brasileiras [dissertação]. São Luis (MA): Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão; 2014.
39. Sousa MA, Gomes M. Impacto orçamentário da utilização do Método Canguru no cuidado neonatal. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(5): 976-83.

40. Entringer AP, Gomes MA, Pinto M, Caetano R, Magluta C, Lamy ZC. Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(6): 1205-16.
41. Feldman R, Rosenthal Z, Eidelman AI. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biol Psychiatry* 2014; 75(1): 56-64.
42. Lima G, Quintero-Romero S, Cattaneo A. Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil. *Ann Trop Paediatr Int Child Health* 2000; 20(1): 22-6.
43. Penalva O, Schwartzman JS. Descriptive study of the clinical and nutritional profile and follow-up of premature babies in a Kangaroo Mother Care Program. *J Pediatr Rio J* 2006; 82(1): 33-9.
44. Venâncio SI, Almeida H de. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *J Pediatr Rio J* 2004; 80(5 Supl): S173-80.
45. Almeida AFN, Forti EMP. Efeitos do método mãe canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. *Rev Bras Fisioter* 2007;11(1): 1-5.
46. Olmedo MD, Gabas GS, Merey LSF, Souza LS, Muller KTC, Santos MLM, et al. Physical responses of pre-term newborn babies submitted to the Kangaroo-Mother Care Method in Prone position. *Fisioter e Pesqui* 2012; 19(2): 115-21.
47. Castral TC, Warnock FF, Ribeiro LM, Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Fatores maternos influenciam a resposta à dor e ao estresse do neonato em posição canguru. *Rev Lat Am Enfermagem* 2012; 20(3): 435-43.
48. Neu J, Mihatsch WA, Zegarra J, Supapannachart S, Ding ZY, Murguía-Peniche T. Intestinal mucosal defense system, part 1. Consensus recommendations for immunonutrients. *J Pediatr Rio J* 2013; 162(3): S56-63.
49. Murguía-Peniche T, Mihatsch WA, Zegarra J, Supapannachart S, Ding ZY, Neu J. Intestinal mucosal defense system, part 2. Probiotics and prebiotics. *J Pediatr Rio J* 2013; 162(3): S64-71.
50. Barradas J, Fonseca A, Guimarães CLN, Lima GM de S. A relação entre posicionamento do prematuro no Método Mãe-Canguru e desenvolvimento neuropsicomotor precoce. *J Pediatr Rio J* 2006; 82(6): 475-80.
51. Araújo CL, Rios CTF, Santos MH, Gonçalves APF. Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(1): 301-7.
52. Andreani G, Custódio ZAO, Crepaldi MA. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia* 2006; (24): 115-26.

53. Custódio ZAO, Crepaldi MA, Linhares MBM. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. *Estud PsicolCampinas* 2014; 31(2): 247-55.
54. Menezes MAS, Garcia DC, Melo EV, Cipolotti R. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. *Rev Paul Pediatr* 2014; 32(2): 171-7.
55. Viera CS, Mello DF. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm* 2009; 18(1): 74.
56. 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: 33-9.
57. Lamy Filho F, Silva AAM, Lamy ZC, Gomes MASM, Moreira MEL. Avaliação dos resultados neonatais do Método Canguru no Brasil. 2008; *J. Pediatr Rio J* 2008; 84(5): 428-35.
58. Gontijo TL, Xavier CC, Freitas MIF. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. Evaluation of the implementation of Kangaroo Care by health administrators, professionals. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(5): 935-44.
59. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
60. Scochi CGS. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem. Ribeirão Preto (SP): Esc Enferm Ribeirão Preto, Universidade São Paulo; 2000;
61. Oliveira BRG, Lopes TA, Viera CS, Collet N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15: 105-13.
62. Oliveira R, Maruyama SAT. Princípio da integralidade numa UTI pública: espaço e relações entre profissionais de saúde e usuários. *Rev Eletrônica Enferm* 2009; 11(2).
63. Cochrane LJ, Olson CA, Murray S, Dupuis M, Tooman T, Hayes S. Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care. *J Contin Educ Health Prof.* 2007; 27(2): 94-102.
64. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate* 2012; 36(95): 640-7.
65. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. *Physis Rio J* 2012; 22(1): 119-40.


66. Arivabene JC, Tyrrell MAR. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. *Rev Lat-Am Enferm* 2010; 18(5): 131-6.
67. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 2.351, de 5 de outubro de 2011. Brasília (DF): O ministério; 2011.
68. Lamy Filho F, Moreira M, Braga N, Morsch D. A equipe da UTI neonatal. Quando vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003; 107-16.
69. Brasil. Casa Civil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente (ECA) e dá outras providências. Brasília (DF): Diário da União; 1990.
70. Miniastério da Saúde (Brasil). Do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção hospitalar e a Atenção básica. Brasília (DF); 2015.
71. Buccini GS, Sanches MTC, Nogueira-Martins MCF, Bonamigo AW. Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das equipes de saúde da família. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2011; 11(3): 239-47.
72. Morsch DS, Braga MCNA. À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* 2007; 10(4): 624-36.
73. Anderzén-Carlsson A, Lamy ZC, Eriksson M. Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant - Part 1: A qualitative systematic review. *Int J Qual Stud Health Well-Being* [Internet] 2014 [Acesso em: jan. 2016]; 9(0). Disponível em: <http://www.ijqhw.net/index.php/qhw/article/view/24906>.
74. Toma TS. Método mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cad Saúde Pública* 2003; 19.
75. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Libr* 2016; 19.
76. Gomes MASM, Wuillanume SM, Magluta C. Conhecimento e prática em UTI neonatais brasileiras: a perspectiva de seus gestores sobre a implementação de diretrizes clínicas. *Physis* 2012; 22(2): 527-43.
77. Francke AL, Smit MC, Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak* 2008; 8(1): 38.
78. Carvalho M, Gomes MA. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *J Pediatr Rio J* 2005; 81(1 Suppl): S111-8.
79. Lamy ZC, Gomes M, 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.

80. Gomes MASM, Lopes JMA, Moreira MEL, Gianini NOM. Assistência e mortalidade neonatal no setor público do município do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise do período 1994/2000. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4): 1269-77.



## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do CEP

<b>INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS</b>														
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>														
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>														
<b>Título da Pesquisa:</b> Fatores associados à transferência de recém-nascidos elegíveis para a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru em maternidades brasileiras.														
<b>Pesquisador:</b> Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes														
<b>Área Temática:</b>														
<b>Versão:</b> 2														
<b>CAAE:</b> 56438516.0.0000.5269														
<b>Instituição Proponente:</b> Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS														
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio														
<b>DADOS DO PARECER</b>														
<b>Número do Parecer:</b> 1.871.247														
<b>Apresentação do Projeto:</b>														
Trata-se de um estudo transversal para estimar a prevalência de recém-nascidos elegíveis para Unidade de Cuidado Intermediário Canguru (UCINca) que se encontram internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINco). Serão utilizados dados do Sistema de Monitoramento da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno das maternidades que atuam como centros de referência deste sistema. O estudo prevê a inclusão dos RN registrado no período de junho a setembro de 2016.														
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>														
- Analisar os fatores facilitadores e dificultadores envolvidos na transferência de recém-nascidos elegíveis para a UCINca que se encontram internados em UTIN e UCINco;														
- Estimar o número de recém-nascidos internados em UTIN e UCINco elegíveis para a transferência para UCINca;														
- Descrever o perfil de recém-nascidos elegíveis para transferência para UCINca internados em UTIN e UCINco														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"><b>Endereço:</b> RUI BARBOSA, 716</td> <td><b>CEP:</b> 22.250-020</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Bairro:</b> FLAMENGO</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>UF:</b> RJ</td> <td colspan="2"><b>Município:</b> RIO DE JANEIRO</td> </tr> <tr> <td><b>Telefone:</b> (21)2554-1730</td> <td><b>Fax:</b> (21)2552-8491</td> <td><b>E-mail:</b> cepiff@iff.fiocruz.br</td> </tr> </table>			<b>Endereço:</b> RUI BARBOSA, 716		<b>CEP:</b> 22.250-020	<b>Bairro:</b> FLAMENGO			<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO		<b>Telefone:</b> (21)2554-1730	<b>Fax:</b> (21)2552-8491	<b>E-mail:</b> cepiff@iff.fiocruz.br
<b>Endereço:</b> RUI BARBOSA, 716		<b>CEP:</b> 22.250-020												
<b>Bairro:</b> FLAMENGO														
<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO													
<b>Telefone:</b> (21)2554-1730	<b>Fax:</b> (21)2552-8491	<b>E-mail:</b> cepiff@iff.fiocruz.br												
<small>Página 01 de 03</small>														

**INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS**



Continuação do Parecer: 1.871.247

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Pesquisadores responderam a pendências anteriores deste CEP relativas aos riscos e benefícios, acrescentando informações relativas a estes itens nos campos correspondentes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisadores incluíram informações solicitadas por este CEP relativas aos esclarecimentos sobre origem dos dados, período de observação, critérios de elegibilidade entre outros.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Pesquisadores incluíram informação necessária para o julgamento deste item, justificando a dispensa de TCLE. Estudo de banco de dados formado com registros encaminhados ao Ministério da Saúde após encerramento do acompanhamento dos pacientes.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_689925.pdf	01/12/2016 07:35:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedetalhado.pdf	01/12/2016 07:34:24	Luiza Geaquinto Machado	Aceito
Outros	registrodeprojeto.pdf	19/05/2016 15:04:16	Luiza Geaquinto Machado	Aceito
Outros	Declaracao_CGSCAM.pdf	16/05/2016 14:38:53	Luiza Geaquinto Machado	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	11/05/2016 15:50:00	Luiza Geaquinto Machado	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: RUI BARBOSA, 716  
 Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



Continuação do Parecer: 1.871.247

RIO DE JANEIRO, 15 de Dezembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Ana Maria Aranha Magalhães Costa**  
(Coordenador)

Endereço: RUI BARBOSA, 716  
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cepff@iff.fiocruz.br

## ANEXO 2 – Formulário I

### Estrutura e processo de trabalho das maternidades do estudo

**Projeto de Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS A TRANSFERÊNCIA DE RECÉM NASCIDOS ELEGÍVEIS PARA A UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS CANGURU EM MATERNIDADE BRASILEIRAS**

FORMULÁRIO |\_\_|\_\_|\_\_|

#### INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Preencher **8** ou **88** para não se aplica, **9** ou **99** para não informado. **PRONTUÁRIO**|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

#### **Identificação do questionário**

1. Nome da Unidade de Saúde
2. Data do preenchimento  __ __ / __ __ / __ __
3. Responsável pelo preenchimento_____

### **I. CARACTERÍSTICAS DA MATERNIDADE**

4. Modelo de gestão? 0. Estadual 1.Municipal 2.Mista 3.Filantropica 4.Federal 5.Ignorado	__
5. Hospital de Ensino? 0. Não 1. Sim 2. Ignorado	__
6. Hospital Universitário? 0. Não 1. Sim 2. Ignorado	__
7. Número de leitos de UTIN:	
8. Número de leitos de UCINCo:	
9. Número de leitos de UCINCa:	
10. Média de nascimento mensal no ano de 2015:	
11. Média mensal no ano de 2015 de RN internados na UTIN:	
12. Existe ambulatório de seguimento de recém-nascido de risco? 0. Não 1. Sim 2. Ignorado	__
Informe sobre a localização da UCINCa:	
13. Integra o ambiente da UN? 0. Não 1. Sim 2. Ignorado	__
14. Integra o ambiente do Alojamento Conjunto? 0. Não 1. Sim 2. Ignorado	__
15. Em relação a distancia com a UTIN/UCINCo: no mesmo andar e a menos de 50 metros? 0. Não 1. Sim 2. Ignorado	__

<p>16. A ambiência da UCINCa atende aos critérios da portaria 930? 0. Não 1. Sim 2. Ignorado</p> <p>Segundo a Portaria 930 a estrutura física da UCINCa deve conter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leito para a mãe e para o RN</li> <li>• Um banheiro para cada seis díades</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p>17. Existe Casa da Gestante Bebê e Puérpera? 0. Não 1. Sim 2. Ignorado</p> <p>Se não, existe alguma outra estrutura para o repouso da mãe durante a internação do RN na UTIN?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>18. Cite as estratégias de suporte e acolhimento para a mãe e pai na primeira etapa do MC:</p>	
<p>19. Cite as estratégias utilizadas para conhecer e promover, se necessário, as redes de apoio:</p>	
<p>20. São oferecidas atividades ocupacionais/lúdicas para as mães? 0. Não 1. Sim 2. Ignorado</p>	<input type="checkbox"/>
<p>21. O pai tem livre acesso e permanência na UCINCa? 0. Não 1. Sim 2. Ignorado</p>	<input type="checkbox"/>
<p>22. Existe alguma atividade comum que integre a equipe comum da UTIN/UCINCo com a equipe da UCINCa? 0. Não 1. Sim 2. Ignorado</p> <p>Se sim. Que a atividade e qual a frequência?</p>	<input type="checkbox"/>

## II. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO

<p>23. Descreva os critérios de elegibilidade para transferência do RN para a segunda etapa do MC utilizados nesta maternidade:</p>	
<p>24. Quando o RN está na UTIN quem decide sobre a indicação de UCINCo ou UCINCa? 0. Médico 1. Enfermeiro 2. Outro profissional 3. Equipe 4. Ignorado</p>	<input type="checkbox"/>

<p>25. Existe limitações para a transferência dos RN elegíveis da UTIN/UCINCo para UCINCa? 0. Não 1. Sim 2. Ignorado</p> <p>Se sim, cite quais:</p> <p><i>Exemplo: dias da semana, horários do dia, troca de equipe, número de profissionais.</i></p>	<p>  — </p>
<p>26. Liste do mais importante para o menos importante pelo menos três fatores que <b>facilitam</b> a transferência do RN para a UCINCa nesta unidade:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.</li><li>2.</li><li>3.</li><li>4.</li><li>5.</li></ol>	
<p>27. Liste do mais importante para o menos importante pelo menos três fatores que <b>dificultam</b> a transferência do RN para a UCINCa nesta unidade</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.</li><li>2.</li><li>3.</li><li>4.</li><li>5.</li></ol>	





Semana 2	Domingo			Segunda-feira			Terça-feira			Quarta-feira			Quinta-feira			Sexta-feira			Sábado		
Setor	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca
Quantidade de RNs elegíveis																					
Semana 3	Domingo			Segunda-feira			Terça-feira			Quarta-feira			Quinta-feira			Sexta-feira			Sábado		
Setor	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca
Quantidade de RNs elegíveis																					
Semana 4	Domingo			Segunda-feira			Terça-feira			Quarta-feira			Quinta-feira			Sexta-feira			Sábado		
Setor	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca
Quantidade de RNs elegíveis																					

Siglas: UTIN = Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, UCINCo = Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, UCINCa= Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru



