



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**FLÁVIA AGUIAR SANTOS**

**IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU: desafios de uma unidade neonatal do sul  
do Brasil**

**FLORIANÓPOLIS**

**2019**

FLÁVIA AGUIAR SANTOS

**IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU: desafios de uma unidade neonatal do sul  
do Brasil**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182), do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Roberta Costa

**FLORIANÓPOLIS**

**2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Santos, Flávia Aguiar  
Implantação do Método Canguru : desafios de uma unidade  
neonatal do sul do Brasil / Flávia Aguiar Santos ;  
orientadora, Roberta Costa, 2019.  
57 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências  
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Enfermagem. I. Costa, Roberta. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III.  
Título.

Flávia Aguiar Santos

**IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU: desafios de uma unidade neonatal do sul do Brasil**

O presente Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado, em 19 de junho de 2019, como requisito parcial para obtenção do Título de Enfermeiro e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de junho de 2019.



Prof. Dr. Jeferson Rodrigues

Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

**Banca Examinadora**



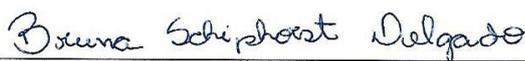
Profa. Dra. Roberta Costa

Orientadora e Presidente



Profa. Dra. Patrícia Klock

Membro Efetivo



Mda. Bruna Schiphorst Delgado

Membro Efetivo

*Às mulheres que lutam  
diariamente, em especial minha  
Mãe e minhas avós Vana (in  
memoriam) e Mima.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço aos meus pais e meu irmão, por apostarem sempre em mim, e me permitirem chegar até aqui;*

*Minha mãe, ela que me ensina diariamente a ser uma pessoa melhor, e mostrou o quanto devemos ser bons com o próximo. Seu cuidado com meus avós e com a nossa família sempre me marcaram, e de certa forma me fizeram escolher ser enfermeira. Seguirei cuidando de nossa família e, agora, dos meus futuros pacientes. Obrigada por ter um coração tão grande e me amar tanto, estaremos juntas em mais uma batalha;*

*Meu pai, ele que é responsável pela minha paixão pelo mar e meu espírito aventureiro. Suas experiências como enfermeiro no Exército, e o tempo como proprietário de farmácia, me influenciaram a escolher o caminho da saúde. Saiba que estarei aqui sempre que precisares, agora, oficialmente como enfermeira.*

*Como grande motivador dessa etapa, preciso fazer um agradecimento especialmente a você, Dani. Conhecemos um ao outro quando ainda me preparava para o vestibular. Após esses longos anos de faculdade contínuas ao meu lado, agora como meu noivo. Junto de ti desejo desbravar ainda mais caminhos, obrigada por me estimular a seguir os meus sonhos, você é essencial na minha vida.*

*É necessário também agradecer e reconhecer a excelência desta Universidade pública. Ela, que foi minha segunda casa durante todo esse tempo, vem sofrendo nos últimos anos com inúmeros cortes. Devemos lutar pelo direito de cursar uma Universidade pública e de qualidade. Esse agradecimento se estende aos professores de grande competência com quem tive a oportunidade de conviver durante esses anos. Em especial, minha orientadora Roberta Costa, que me concedeu inúmeras oportunidades durante a graduação, das quais obtive muito aprendizado. Foi uma honra ser sua bolsista durante esses anos. Você é um exemplo de pessoa e profissional, fica aqui o meu muito obrigada!*

*Agradeço aos pacientes que passaram por mim durante todo esse tempo, por me concederem a oportunidade de cuidar de vocês. Estendo esse agradecimento à equipe da Unidade Neonatal do Hospital Universitário, que me recebeu e me ensinou tanto durante os quatro anos que estive como bolsista. Toda minha admiração pelo trabalho de vocês.*

*Aos meus amigos que tive o prazer de conhecer durante esses anos na Universidade, obrigada por estarem ao meu lado. Em especial à minha turma, que me homenageou como amiga de turma. Obrigada por este reconhecimento, meu coração se enche de alegria.*

*Por fim, agradeço a minha família, aos meus amigos do grupo “To suando”, e minha*

*amiga Débora, que assistiram todo meu crescimento ao longo desses anos, entendendo minha ausência nos encontros. Obrigada por serem meu apoio nos momentos difíceis da vida e celebrarem minhas vitórias como se fossem suas.*

SANTOS, Flávia Aguiar. **IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU: desafios de uma unidade neonatal do sul do Brasil**. 2019. 57p. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Orientadora: Prof<sup>fa</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roberta Costa.

## RESUMO

Em todo o mundo, nascem por ano em média 20 milhões de bebês pré-termo e de baixo peso. Esse elevado número constitui um importante problema de saúde, e está associado a uma elevada taxa de morbimortalidade neonatal. Neste contexto, o Método Canguru desponta como uma alternativa para a melhoria dos cuidados prestados ao recém-nascido. Entre o período de 2005 a 2007, o Ministério da Saúde financiou pesquisas a fim de avaliar o impacto das capacitações dos profissionais para o Método, onde foi observado que os cursos sensibilizavam os profissionais, mas não garantiam a implantação das Unidades Canguru. Dentro desta perspectiva, pretendemos investigar a realidade de uma unidade neonatal do sul do Brasil. Assim, este estudo tem o objetivo de identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para a implantação do Método Canguru na Unidade Neonatal. Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa. Foram convidados a participar do estudo profissionais de saúde que atuavam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do respectivo hospital e que realizaram o curso de Tutores para o Método Canguru pelo Ministério da Saúde, também se utilizou a técnica de *snowball* para incluir outros profissionais. A coleta de dados ocorreu no período de março a abril de 2019, através de entrevista semiestruturada, com o auxílio da matriz *SWOT*. Os dados foram analisados a partir da proposta de análise de conteúdo de Bardin. A pesquisa seguiu a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A execução do estudo deu início após a autorização da direção do Hospital e da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Os resultados foram apresentados a partir de três categorias: Implementação de princípios do Método Canguru na prática; Dificuldades na efetivação das três etapas do Método Canguru e Necessidade de educação permanente. Estas categorias mostram a necessidade de apoio dos gestores para o sucesso da implementação desta política de saúde. O estudo revela a importância dos gestores serem capacitados a respeito do Método, conhecendo os benefícios desta implantação, e principalmente do retorno a longo prazo que o Método Canguru pode trazer tanto para o hospital, como para a comunidade que utiliza deste serviço. Ao sensibilizar os gestores, será mais fácil obter seu apoio para a contratação de novos funcionários e a autorização para as reformas necessárias para a implantação das três etapas. Por fim, a ampliação das capacitações para os profissionais foram pontos levantados também como cruciais para a construção de uma política de saúde boa e duradoura.

**Descritores:** Recém-nascido. Neonatologia. Método Canguru. Pré-termo. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Política de Saúde. Enfermagem Neonatal.

## LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde  
AHRNBP – Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso  
BLH – Banco de Leite Humano  
CO – Centro Obstétrico  
EO – Emergência Obstétrica  
HIJG – Hospital Infantil Joana de Gusmão  
HRSJ – Hospital Regional de São José  
HU – Hospital Universitário  
MC – Método Canguru  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde  
RH – Recursos Humanos  
RN – Recém-Nascido  
RNPB – Recém-Nascido de Baixo Peso  
RNPT – Recém-Nascido Pré-termo  
SC – Santa Catarina  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UCIN – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal  
UCINCa – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru  
UCINCo – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
UN – Unidade Neonatal  
UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	15
2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	15
2.2 MÉTODO CANGURU.....	17
<b>3 MÉTODO</b> .....	19
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	19
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	19
3.3 PARTICIPANTES.....	20
3.4 COLETA DE DADOS.....	21
3.5 ANÁLISE DE DADOS .....	22
3.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	23
<b>4 RESULTADOS</b> .....	25
4.1 MANUSCRITO: DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU EM UMA UNIDADE NEONATAL .....	25
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	41
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	43
<b>APÊNDICE</b> .....	48
Apêndice A - Roteiro de entrevista .....	48
Apêndice B - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido.....	49
Apêndice C – Matriz SWOT para análise de dados.....	52
<b>ANEXOS</b> .....	53
Anexo A – Declaração de autorização do projeto.....	53
Anexo B - Parecer Consubstanciado do CEP .....	54
Anexo C - Parecer final do orientador sobre o Trabalho de Conclusão de Curso .....	57

## 1 INTRODUÇÃO

O termo prematuridade é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como todo bebê nascido vivo antes de completar 37 semanas. As taxas de nascimentos prematuros têm aumentado nos últimos anos, tornando-se um problema de saúde pública. O Brasil localiza-se em décimo na lista dos países com maior número de nascimentos prematuros, com 279.300 mil pré-termos, sendo 1 pré-termo a cada 10 nascimentos (OMS, 2018).

Segundo a OMS (2018), quase unanimidade dentre os 65 países, com dados confiáveis, apresentaram um aumento nas taxas de nascimento prematuro nos últimos 20 anos. Dentre as explicações para esse fato, é visto o aumento da idade materna e os problemas de saúde materna subjacentes, como diabetes e hipertensão; maior uso de tratamentos para infertilidade, que resultam em maior taxa de gravidez múltipla; e mudanças nas práticas obstétricas, como o aumento das cesarianas realizadas antes do fim da gravidez (OMS, 2018).

Com esta alta taxa de nascimento prematuro se faz necessário um local para atendimento especializado desses bebês, sendo a Unidade Neonatal (UN) o ambiente propício para realização deste cuidado. Segundo a Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, a UN é um serviço de internação responsável pela assistência integral ao Recém-Nascido (RN) grave ou potencialmente grave, equipado com uma estrutura assistencial que possui condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (BRASIL, 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) publicou, em julho de 2000, a política nacional de saúde denominada Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (AHRNBP) - Método Canguru (MC), que desde então, vem mudando o paradigma de atendimento nestas unidades<sup>1</sup>(BRASIL, 2007).

O MC nasceu na Colômbia, em 1979, com o objetivo de reduzir a mortalidade neonatal e os custos da assistência perinatal, favorecendo um melhor cuidado ao RN pré-termo (RNPT). Este Método é baseado na posição canguru que promove o contato pele a pele precoce, favorecendo um maior vínculo entre a mãe e o bebê, melhor

---

<sup>1</sup> Política atualizada em 2007, pela Portaria nº 1.683 SAS; MS (BRASIL, 2007).

estabilidade térmica e conseqüentemente, melhora no desenvolvimento do RN (BRASIL, 2014).

A proposta do MS brasileiro apresenta o Método em três etapas. Na primeira etapa o MC começa ainda no pré-natal que necessita de cuidados especializados, fornecendo acolhimento a estes pais, dando continuidade durante o parto e apoiando a Lei do Acompanhante<sup>2</sup>, já dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e/ou na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) os pais possuem um cuidado ainda mais especial, onde possui livre acesso à UN, sem restrições de horário, suporte e apoio da equipe na amamentação, o contato pele a pele precoce, sob orientação e supervisão dos profissionais, entre outros cuidados e com boa evolução o bebê passará a ser atendido na próxima etapa (BRASIL, 2017).

Na segunda etapa os RN passam a serem assistidos nas Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa), onde permanecem todos os cuidados realizados antes na primeira etapa, agora em um espaço onde a presença e participação dos pais é ainda maior, devendo ser estimuladas pelos profissionais. A mãe permanece com o bebê em um sistema semelhante ao alojamento conjunto, acompanhando a rotina do seu bebê o maior tempo possível, sendo ela, muitas vezes responsável pelos cuidados. É garantido a presença de um ou mais profissionais dentro da UCINCa, ajudando e apoiando estas mães na amamentação, no contato pele a pele, e em outros fatores que lhe sejam solicitados (BRASIL, 2017).

Após a alta hospitalar, vem à terceira etapa, onde o RN e sua família serão acompanhados semanalmente de forma compartilhada nos ambulatórios de seguimento no hospital e no centro de saúde de referência do bebê, onde serão avaliadas as características clínicas desse RN, ganho de peso, amamentação, cuidados com a pele, entre outros pontos, até atingir 2500g, sendo encaminhados, conforme a necessidade, em serviços especializados e/ou na Atenção Básica à Saúde (ABS) (BRASIL, 2017).

Desde o início da implementação do Método no Brasil, em 2000, a Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso vem passando por grandes fases, em destaque, entre o período de 2005 a 2007, onde o MS com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) financiou pesquisas para avaliar o impacto da proposta para o RN e sua família e das capacitações, onde observaram que

---

<sup>2</sup> BRASIL. Lei nº 11.108/2005, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às Parturientes o direito à presença de Acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)>. Acesso em: 08 jun. 2019.

os cursos sensibilizavam os profissionais para o MC, mas não garantiam a implantação das Unidades Canguru (LAMY et al., 2015). Em relação à implementação do MC nas UN, Entringer et al. (2013) realizaram uma pesquisa comparando os custos de internação da Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru, no âmbito do SUS no município do Rio de Janeiro. Entre os resultados observou-se um custo de 25% há mais na UCINCo, em relação a UCINCa, isso mostra que os benefícios vão além da melhoria do cuidado ao RN e sua família, e passam a garantir um retorno para os gestores.

Dessa forma, com a visão de consolidar o MC no Brasil, em 2008 foi lançado o Projeto de Fortalecimento e Disseminação, que teve como objetivo a descentralização dos Centros Nacionais de Referência, ampliando para Maternidades de Referência Estaduais, indicada por gestores locais, tornando-se corresponsáveis pela capilarização da Política Nacional de Saúde em cada estado brasileiro (LAMY et al., 2015).

Entre as etapas do Projeto de Fortalecimento, o “Curso de Formação de Tutores para o MC” destaca-se como parte fundamental, por ser um dos principais pilares de sustentação para a descentralização da difusão da política pública. O curso com atividades práticas e teóricas, com carga horária de 40 horas foi posto em prática por Consultores Nacionais, a partir de 2009 (LAMY et al., 2015).

O Tutor é uma peça importante na projeção e manutenção do MC no Brasil. Para a obtenção de tal título, é necessário ser um profissional de nível superior, trabalhar em maternidade de referência para o alto risco, ser responsável pela capacitação dos profissionais das maternidades para a prática do MC por meio de cursos desenvolvidos pelo MS, fornecer apoio técnico às maternidades cujas equipes já foram capacitadas, realizar visitas de monitoramento e avaliação das maternidades, estimular a prática do Método na Unidade (LAMY et al., 2015).

Também como iniciativa do MS para disseminar o MC pode-se destacar a parceria com a ABS. Atualmente a equipe hospitalar e a da Unidade Básica de Saúde (UBS) atuam em conjunto, acompanhando o RN até sua alta da terceira etapa. Esse cuidado compartilhado inicia ainda na segunda etapa, onde é necessária a troca de informações entre as equipes, para que ambas estejam preparadas para assistir a alta gradativa e tranquila desse bebê e sua família dos cuidados hospitalares para o cuidado na comunidade (BRASIL, 2017). Desse modo, foi visto a necessidade de capacitar tutores para a Atenção Básica também. Surgiram então os cursos de treinamentos em diferentes estados com profissionais da ABS, tutores e consultores do MC com o intuito

de serem criadas estratégias para a execução deste cuidado compartilhado. Ocorreram treinamentos compartilhados entre equipes da ABS e equipes do MC, para trocas de informações, discussões sobre especificidades e necessidades desta criança e sua família (LAMY et al., 2015).

Ao longo de todas estas etapas de disseminação e fortalecimento do Método do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) foi credenciado com referência nacional do MC desde 2001 e vem atuando na realização de cursos para capacitação de profissionais e formação de tutores para atuarem no MC (BORCK, 2015). Durante a Graduação em Enfermagem, tive o privilégio de estagiar como bolsista do MC nesta UN, onde pude participar do cotidiano do cuidado neonatal e criar laços tanto com a equipe, como com os familiares dos RN internados.

Uma questão que sempre me intrigou foi que na Grande Florianópolis, apesar de existir tutores em todas as UN nas instituições públicas (HU/UFSC, Maternidade Carmela Dutra, Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ) e o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG)) apenas o HU/UFSC desenvolve as três etapas do MC. Em Santa Catarina (SC) temos como Centro de Referência Nacional o HU/UFSC e como Centro de Referência Estadual a Maternidade Darcy Vargas, em Joinville.

Dentre os anos em que estive presente na UN, auxiliei e pude estar presente em diversas capacitações do MC, além das visitas técnicas do MS, encontro nacional dos Consultores, capacitação de Tutores para o MC na Atenção Básica, assim como rotineiramente na inserção das mães na unidade, auxílio na posição canguru e participação no cuidado do neonato, momentos estes que proporcionaram diversos aprendizados. Todas estas oportunidades sempre me fizeram questionar quais dificuldades as UN enfrentam para a adesão ao MC.

Estas questões me motivaram a desenvolver uma pesquisa tendo como **pergunta norteadora**: Quais as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para a implantação da norma de AHRNBP-MC em uma UN?

E com o **objetivo** de identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para a implantação do MC em uma UN.

A **hipótese** principal do estudo é a dificuldade de recursos humanos e estruturais da instituição, fator relacionado a crise financeira em que o Estado se encontra, assim como a dificuldade de contratação de novos profissionais.

Ao buscar dados na literatura, observam-se poucos trabalhos abordando as dificuldades da implantação do MC, e entre os trabalhos existentes, é visto a necessidade de atualização referente ao tema, mesmo este tema ser de extrema relevância para organização das práticas de cuidado neonatal e para implementação das políticas públicas de saúde. Este estudo também busca dar voz aos profissionais que atuam na UN e vivenciam diariamente as dificuldades para implementação de melhores práticas no cuidado ao RN.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será apresentada uma revisão narrativa da literatura, construída a partir de materiais do MS, regulamentações e artigos científicos que abordam a temática.

A Revisão Narrativa da Literatura tem como objetivo explicar de forma ampla as publicações, propiciando apresentar claramente o "estado da arte" acerca de uma determinada área de estudo. É um método que possibilita a pesquisa e análise de diversas fontes de informações como, por exemplo, publicações em livros, artigos de periódicos científicos impressos e/ou eletrônicos, sem que haja um protocolo rígido a ser seguido, afim de aproximar o pesquisador da literatura de outros estudiosos que fundamentam sobre o tema em estudo (ROTHER, 2007).

Assim, neste momento foi realizada uma busca não sistemática em bases de dados, com o intuito de realizar uma aproximação com a temática do MC e UTIN.

### 2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Segundo estudo histórico de Rodrigues e Oliveira (2004) a Neonatologia tem seu início com o obstetra francês Pierre Budin, que ampliou sua preocupação com os RN além das salas de parto. Budin foi o responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que passaram a formar a base da medicina neonatal.

Por muito tempo as crianças ficaram desconhecidas como parte integrante da sociedade. Considerada um “[...] ser sem alma, sem forma reconhecida pelo corpo”, era tratada com indiferença, sendo comuns as práticas do aborto, do abandono e do infanticídio (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Costa e Padilha (2011) trazem que no início as UTIN tinham por finalidade a manutenção e restauração das condições do RN, a prevenção de infecções e a diminuição da mobi-mortalidade. Tendo como objetivo promover a sobrevivência de bebês debilitados em sua adaptação à vida extrauterina.

Com os avanços em estudos e tecnologias, aos poucos a preocupação com a sobrevivência que anteriormente era realizada, passou a expandir de modo a considerar não somente os aspectos biológicos e mensuráveis, mas também a qualidade de vida. Não restringindo apenas ao controle das doenças, como para sua prevenção (COSTA; PADILHA, 2011).

É visto, ao longo do tempo, a necessidade de transformações no processo de trabalho nas UTIN, com intuito de ampliar o objeto de ação para além do corpo do RN, por meio da inserção da família, assumindo o RN como um ser de relações, rumo à construção de um novo modelo assistencial que visa à humanização da assistência neonatal (COSTA; PADILHA, 2011).

Cabe destacar que desde 2000, o MS brasileiro instituiu a política de atenção humanizada ao RN-MC, com esta preocupação de qualificar o cuidado prestado nas UN. Dessa forma, o MC apresenta-se como uma política de saúde que vem modificando o cuidado, buscando a humanização do cuidado com o neonato e sua família.

A Atenção Neonatal, prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o RN, enfocando-os como sujeitos de direitos (BRASIL, 2005).

Hoje, a UN é responsável pela atenção integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave, ela deve ser dotada de estruturas assistenciais que possibilitem condições adequadas para realização de cuidados especializados, incluindo equipamentos, instalações e recursos humanos (BRASIL, 2012).

Com essa crescente ideia de humanizar o cuidado neonatal, em 2012 o MS lançou a Portaria MS/GM nº 930, que garante ao RN em todas as UN brasileiras (públicas e privadas) o livre acesso de sua mãe e de seu pai, e a permanência de um deles a seu lado, durante todo o tempo de internação (BRASIL, 2012).

Ainda em 2012 o MS incorporou no âmbito do SUS, que as UN passassem a ser divididas de acordo com as necessidades do cuidado, na seguinte forma: UTIN; Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com a subdivisão: UCINCo, e UCINCa (BRASIL, 2014).

Mesmo com as políticas de humanização, o primeiro encontro com o filho na UN ainda é difícil e doloroso aos pais, pois encontram um ambiente estranho e, muitas vezes, assustador. As dúvidas que existem nem sempre conseguem ser elucidadas num primeiro contato. Embora existam orientações no sentido de seu livre acesso, de incentivo ao contato destes com o RN e a preocupação de mantê-los informados, eles encontram uma equipe atarefada e um bebê real diferente do imaginado (BRASIL, 2017).

A maioria das maternidades que vem utilizando o MC contam hoje com uma boa estrutura a ser disponibilizada às mães – banheiros próximos, salas de descanso ou de

atividades manuais, servindo ainda de sala social para receberem familiares, amigos, internet, lavanderia de acordo com a norma técnica para a Atenção Humanizada ao RN (BRASIL, 2017).

## 2.2 MÉTODO CANGURU

O MC é um modelo de atenção perinatal, desenvolvido pelo MS, voltado para a atenção qualificada e humanizada, que tem objetivo de promover intervenções no aspecto biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao RN e à sua família. Possui a responsabilidade de promover a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. Uma das chaves do Método é o contato pele a pele, que inicia de forma precoce e crescente desde o toque evoluindo até a posição canguru (BRASIL, 2017).

Os principais paradigmas do modelo de cuidados oferecidos aos RN que necessitam de hospitalização logo após o nascimento estão publicados pelo Diário Oficial como Portaria GM n° 693, em 5 de julho de 2000, posteriormente revisada como Portaria n° 1.683, de 12 de julho de 2007, dando origem à Norma de Orientação para a Implantação do MC (BRASIL, 2017).

O Método se aplica por meio de três etapas, sendo a primeira etapa desenvolvida ainda no pré-natal da gestação que necessita de cuidados especializados, e/ou durante o parto/nascimento, seguido da internação do RN na UTIN e/ou na UCINCo. Nesta etapa, dentre muitos cuidados, destaca-se o livre e precoce acesso, bem como a permanência dos pais na UN, sem restrições de horário, o contato pele a pele precoce respeitando as condições clínicas do RN, e o suporte e apoio para a amamentação (BRASIL, 2017).

Na segunda etapa, realizada na UCINCa, tendo o bebê ganho de peso regular e estabilidade clínica, e com a concordância materna em permanecer na instituição, o pré-termo permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível (BRASIL, 2017).

Na terceira etapa, o RN pré-termo e/ou de baixo peso recebem alta, e um criterioso acompanhamento é realizado para o bebê e sua família de forma compartilhada pela equipe do hospital e da atenção básica. Ao atingirem o peso de 2.500 gramas, os RN serão avaliados e, de acordo com a mesma, respeitando os critérios de elegibilidade para acompanhamento especializado, serão encaminhados para ambulatórios de seguimento (BRASIL, 2017).

Para Jordão (2017), o Método tem como finalidade garantir a melhoria da qualidade da atenção prestada à saúde do RN e sua família a partir de estratégias de cuidados que respeitem o descanso do bebê, favoreçam o controle da luminosidade e dos ruídos, além de garantir a presença dos pais na unidade, sem horário de visita estabelecido, a fim de garantir a formação do vínculo afetivo, propiciar conforto, qualidade de vida, além de evitar situações de estresse durante a internação do bebê.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa tem suas raízes na fenomenologia, buscando a compreensão da dinâmica do Ser Humano, a partir dos fenômenos vivenciados pelas pessoas. O método qualitativo não busca compreender o fenômeno em si, mas sim o significado deste fenômeno no âmbito individual e coletivo tendo função estruturante na vida das pessoas, sendo que as mesmas organizam suas vidas a partir destes significados por elas atribuídos (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006).

O estudo de cunho descritivo permite expor características de determinado objeto observado. Tem como fundamento a descrição, o registro, a análise e a interpretação de um conjunto de dados de determinada população ou fenômeno, procurando explorar suas dimensões, bem como a maneira pela qual ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele se relaciona (POLIT; BECK, 2011).

Já o estudo exploratório tem como objetivo proporcionar uma maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais visível. Pode ser realizado na forma de levantamentos ou observações sistemáticas, descrevendo com exatidão os fatos ou fenômenos de uma determinada realidade (GIL, 2009).

Assim, como objetivo deste estudo, buscamos identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para a implantação do MC na UN do HRSJ, assumindo, portanto, um caráter exploratório-descritivo.

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na UTIN do Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes. Essa instituição foi fundada em 25 de Fevereiro de 1987, com mais de 27.000m<sup>2</sup> de área construída, sendo considerado um dos maiores hospitais do Estado de SC, contando com mais de 1.400 funcionários (SANTA CATARINA, 2018).

Segundo Rocha (2016), a maternidade engloba os seguintes setores: a Emergência Obstétrica (EO), o Centro Obstétrico (CO), o Banco de Leite Humano

(BLH), o quarto andar ala A (4ºA) para internação de ginecologia, gestação de alto risco e para puérperas de óbito fetal, o quarto andar ala B (4ºB) para internação de puérpera com RN e acompanhante, e a UTIN.

A UTIN está localizada no segundo andar do hospital. A unidade possui 10 leitos para cuidados intensivos, sendo dois para a sala de isolamento, e 10 leitos para cuidados intermediários, sendo dois destes destinados para sala de observação. Possui um depósito de materiais, um depósito de equipamentos, uma sala da escrituração, um expurgo, uma sala de desinfecção, um repouso para a enfermagem, dois repousos para a equipe médica, uma sala de chefia de enfermagem, uma copa, uma sala de prescrição, dois quartos de isolamento (vagas pertencentes aos cuidados intensivos), uma rouparia, um posto de enfermagem, um vestuário masculino e um feminino, e um elevador que dá acesso somente ao CO para acesso rápido da equipe de saúde em caso de intercorrência com o bebê na sala de parto (ROCHA, 2016).

A equipe é formada por 48 técnicos de enfermagem, 11 enfermeiros, dois escriturários, 7 auxiliares de enfermagem (porém, destaca-se que os auxiliares de enfermagem ainda exercem atividades no setor, mas não são mais contratados). A equipe multiprofissional conta com 1 fonoaudióloga e 5 fisioterapeutas, além dos 31 médicos neonatologistas, importante destacar que os neonatologistas atendem a EO, o CO, o 4ºB, a UTIN e o ambulatório de neuro e cardiopediatria. O setor não conta com serviço de psicologia, serviço social e nutrição exclusivo para a maternidade, esse serviço é fornecido pelo hospital, porém a alta demanda e poucos profissionais dificulta o acesso aos pacientes.

### 3.3 PARTICIPANTES

Foram convidados a participar do estudo, profissionais de saúde que atuam na UTIN do HRSJ e que realizaram o curso de Tutores para o MC pelo MS. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser tutor do MC, reconhecido pelo MS e estar atuando na unidade no período de coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: profissionais que estejam em licença maternidade, licença para tratamento de saúde, de férias ou qualquer outro tipo de afastamento.

Inicialmente, fizemos contato com a Coordenadora do Centro de Referência Nacional para obter a lista dos tutores habilitados pelo MS. De posse desta lista, realizamos o contato com a chefe de Enfermagem do setor da Instituição investigada,

onde foi visto que muitos profissionais que haviam realizado o curso, não trabalhavam mais na Unidade. Assim, além dos critérios de inclusão definidos previamente, optamos também por utilizar a técnica de *snowball*<sup>3</sup>, onde outros profissionais foram identificados para participar da pesquisa.

Assim, participaram da pesquisa sete profissionais de saúde, sendo quatro tutores que atuavam na unidade no período de coleta, uma tutora que estava realocada para outro setor do Hospital e duas profissionais que foram indicadas por sua influência na implantação do MC.

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de março a abril de 2019, através de entrevista semiestruturada, com o auxílio da matriz *SWOT*.

As entrevistas foram realizadas pela acadêmica de enfermagem com o auxílio do questionário previamente elaborado (Apêndice A), em local privativo na UTIN e em outras dependências do Hospital, com horário agendado e no turno de trabalho dos participantes. Antes de iniciar este procedimento, foi realizada a leitura prévia e discussão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), o qual em linguagem acessível apresentou a justificativa, os objetivos, os procedimentos, os riscos e benefícios da pesquisa.

A matriz *SWOT* é uma ferramenta da Administração, ela auxilia na definição dos elementos que influenciam no ambiente de trabalho. Os termos são equivalentes no português para *strengths*, forças (pontos fortes); *weaknesses*, fraquezas (pontos fracos); *opportunities*, oportunidades; e *threats*, ameaças. Esta análise utiliza um método útil na organização do planejamento estratégico. É possível relacionar e identificar as forças/fraquezas, oportunidades/ameaças da organização em ambiente, contribuindo para melhoria do desempenho da unidade a qual o gestor de saúde atua. Sendo assim, força/oportunidade é algo positivo, e fraqueza/ameaça é algo negativo. Através desta análise, pode-se fazer uma investigação das forças e fraquezas do ambiente interno e das oportunidades e ameaças que advém do ambiente externo (BARBOSA et al., 2017).

---

<sup>3</sup> Amostra não probabilística que utiliza cadeias de referência (VINUTO, 2014).

A matriz SWOT foi utilizada ao final das entrevistas, sendo explicado aos participantes, e as respostas posteriormente sendo transcritas e organizadas na matriz (Apêndice C).

Foi realizado contato com os profissionais por email, *WhatsApp*®, e ligação telefônica na unidade para convidar a participar da pesquisa e/ou agendar horário para a entrevista. Foram realizados contatos com 12 profissionais, 4 não retornaram ao contato, um que retornou mais que não atuava mais na unidade e não se disponibilizou a participar do estudo e sete aceitaram participar da pesquisa.

O número de participantes foi definido pela saturação dos dados, técnica utilizada para fechar a amostra, finalizando a captação de novos entrevistados. Utilizada geralmente nas pesquisas qualitativas na área da saúde (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados, os mesmos foram transcritos, revisados e organizados em tabelas do Microsoft Word® afim se obter uma melhor apresentação dos dados. Em seguida foram destacados trechos que possuíam relevância para o estudo, sendo previamente categorizados em nove subcategorias, e reorganizados em três grandes grupos, conforme as etapas de análise de conteúdo de Bardin.

Nesta proposta, o pesquisador busca identificar as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração. Para a utilização da análise de conteúdo, Bardin prevê três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação (CAMARA, 2013).

A primeira fase, também conhecida como pré-análise, foi a etapa em que as entrevistas foram transcritas e organizadas conforme a ordem em que foram realizadas, sendo conhecida como a fase de organização. Nesta fase acontece a leitura “flutuante”, ou seja, um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, a escolha deles, a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material (CAMARA, 2013).

Na segunda fase, as entrevistas foram analisadas, destacando falas importantes para o estudo, onde posteriormente foram postas em tabelas do Microsoft Word® para uma melhor observação dos dados. Em seguida, organizadas em nove subcategorias e

então, reorganizadas, resultando em três grandes grupos, são eles: Implementação de princípios do MC na prática, dificuldades na efetivação das três etapas do MC e necessidade de educação permanente. O pesquisador precisa escolher as unidades de codificação, sendo a próxima etapa a classificação em blocos que expressem determinadas categorias que confirmam ou modificam aquelas, presentes nas hipóteses, e referenciais teóricos inicialmente propostos. Assim, num movimento contínuo da teoria para os dados e vice-versa, as categorias vão se tornando cada vez mais claras e apropriadas aos propósitos do estudo (CAMARA, 2013).

No tratamento dos resultados, terceira e última fase da Análise de Conteúdo de Bardin, as categorias foram validadas com a discussão dos dados, em conjunto com uma análise científica, validando os resultados obtidos, com o que a teoria nos traz. Nesta fase, o pesquisador procurara tornar os conteúdos significativos e válidos. Esta interpretação deverá ir além do conteúdo manifesto dos documentos, pois, interessa ao pesquisador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido (CAMARA, 2013).

Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar atentamente aos marcos teóricos, pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica, é que dará sentido à interpretação (CAMARA, 2013).

Seguindo estas orientações, todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, foram realizadas várias leituras em todo material e após foram destacados os depoimentos relevantes para responder o objetivo deste estudo. Os depoimentos selecionados foram então codificados e em seguida agrupados para organizar a apresentação dos resultados, dando origem a três categorias. Estas categorias foram então discutidas a luz da literatura para responder a pergunta norteadora desta pesquisa.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do MS que aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, e tem a finalidade de assegurar a proteção aos participantes do estudo (BRASIL, 2013). Sendo autorizado previamente pelo HRSJ (Anexo A) e aprovado o presente projeto pelo Comitê de Ética

em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob CAAE 03203218.5.0000.0121 e protocolo de aprovação 3.091.482 (Anexo B).

No sentido de garantir a autonomia, foi solicitada a cada participante a leitura e posterior assinatura do TCLE (Apêndice B). Este consentimento informado é uma condição indispensável na relação pesquisador e sujeitos da pesquisa. Neste documento o participante pode reconhecer o objetivo da pesquisa, como será a sua participação na pesquisa, os benefícios e riscos, além de conter dados do pesquisador para que o participante entre em contato com o mesmo sempre que necessitar de maiores informações.

Na pesquisa qualitativa, como em outras abordagens, o respeito ao anonimato e sigilo são importantes. Neste caso, para assegurar a privacidade e sigilo dos dados, utilizamos um sistema de identificação no qual os nomes verdadeiros dos entrevistados foram substituídos pela letra E (entrevistado) seguido por um número de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

Em relação ao monitoramento e segurança dos dados coletados, vale destacar que somente foram manipulados pela pesquisadora e orientadora, com o sigilo das informações e também armazenados em arquivos eletrônicos, ficaram guardados por um período de cinco anos e depois deletados.

## **4 RESULTADOS**

Os resultados deste estudo serão apresentados no formato de manuscrito, seguindo a normativa para apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

### **4.1 MANUSCRITO: DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU EM UMA UNIDADE NEONATAL**

**RESUMO:** Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa. Realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital do sul do Brasil. Foram convidados a participar do estudo, profissionais de saúde que atuavam na Unidade Neonatal do respectivo hospital e que realizaram o curso de Tutores para o Método Canguru pelo Ministério da Saúde. A coleta de dados ocorreu no período de março a abril de 2019, através de entrevista semiestruturada, com o auxílio da matriz SWOT. Na análise dos dados, os mesmos foram analisados conforme a análise de conteúdo de Bardin. Os resultados foram organizados em três categorias que apontaram, a implementação de princípios do Método Canguru na prática, desafios na efetivação das três etapas do Método e, por fim, a necessidade de educação permanente. Dessa forma, é possível concluir que o apoio dos líderes, em diferentes níveis de atuação, foi destacado como necessário para o sucesso da implementação desta política de saúde. Como obstáculo para inserção da política, é possível concluir que a falta de sensibilizações das equipes são pontos que dificultam para a continuidade do processo. Sugerem-se mais estudos nesta área que evidenciem as vantagens de adotar o Método nas unidades neonatais.

**DESCRITORES:** Recém-nascido. Enfermagem Neonatal. Método Canguru. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Política de Saúde.

## **INTRODUÇÃO**

Em todo o mundo, nascem cerca de 15 milhões de bebês pré-termo e de baixo peso por ano, no qual um terço morre antes de completar um ano de vida (WHO, 2012). A demanda de nascimentos prematuros tem aumentado nos últimos anos, tornando-se um problema de saúde pública. Na lista dos países que apresentam o maior número de nascimentos prematuros, o Brasil localiza-se em décimo, atingindo no ano de 2010 o número de 279.300 mil pré-termos, sendo 1 pré-termo há cada 10 nascimentos (OMS, 2018).

Com o avanço das taxas de nascimento prematuro se viu a necessidade de um local para atendimento especializado desses bebês, configurando a Unidade Neonatal (UN) o ambiente propício para realização deste cuidado, prestando assistência integral ao Recém-nascido (RN) grave ou potencialmente grave, equipado com uma estrutura assistencial que possui condições técnicas adequadas à prestação de um cuidado especializado, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (ENTRINGER et al., 2013).

O Método Canguru – Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso é uma estratégia que busca prestar um atendimento de qualidade ao Recém-Nascido Pré-termo (RNPT) e sua família e reduzir as morbidades associadas a prematuridade. Trata-se de uma política governamental regulamentada pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria nº 693 de 05 de julho de 2000, e atualizada pela Portaria nº 1.683, em 12 de julho de 2007, que visa um atendimento mais humanizado e que favorecesse o fortalecimento do vínculo mãe-bebê (ZIRPOLI et al., 2019).

No Brasil, a Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, desde seu início, vem passando por grandes fases, em destaque, entre o período de 2005 a 2007, onde o MS com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) financiou pesquisas para avaliar o impacto da proposta para o RN e sua família e das capacitações, onde observaram que os cursos sensibilizavam os profissionais para o MC, mas não garantiam a implantação das Unidades Canguru (LAMY et al., 2015).

Em relação à implementação do MC nas unidades neonatais, Entringer et al. (2013) realizaram uma pesquisa comparando os custos de internação da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no município do Rio de Janeiro. Entre os resultados observou-se um custo de 25% há mais na UCINCo, em relação a UCINCa, isso mostra que os benefícios vão além da melhoria do cuidado ao RN e sua família, e passam a garantir um retorno para os gestores.

Dessa forma, com a visão de consolidar o MC no Brasil, em 2008 foi lançado o Projeto de Fortalecimento e Disseminação, que teve como objetivo a descentralização dos Centros Nacionais de Referência, ampliando para Maternidades de Referência Estaduais, indicada por gestores locais, tornando-se corresponsáveis pela capilarização da Política Nacional de Saúde em cada estado brasileiro (LAMY et al., 2015).

Entre as etapas do Projeto de Fortalecimento, o “Curso de Formação de Tutores Estaduais para o MC” destaca-se como parte fundamental, por ser um dos principais pilares de sustentação para a descentralização da difusão da política pública. O curso com atividades práticas e teóricas, com carga horária de 40 horas foi posto em prática por Consultores Nacionais, a partir de 2009 (LAMY et al., 2015).

Também como iniciativa do MS para disseminar o Método pode-se destacar a parceria com a Atenção Básica de Saúde (ABS), estimulando uma cooperação entre a equipe hospitalar e a da Unidade Básica de Saúde (UBS) atuando em conjunto, acompanhando o RN até sua alta da terceira etapa. Esse cuidado compartilhado inicia ainda na segunda etapa, onde é necessária a troca de informações entre as equipes, para que ambas estejam preparadas para assistir a alta gradativa e tranquila desse bebê e sua família dos cuidados hospitalares para o cuidado na comunidade (BRASIL, 2017).

Apesar dos investimentos na formação dos tutores, e as equipes de saúde estarem sensibilizadas a aplicação das três etapas do MC, está ainda não é uma realidade na prática de muitas unidades. Encontramos uma carência de estudos sobre as facilidades e dificuldades para implementação desta política. Assim, optamos por desenvolver esta pesquisa com o **objetivo** de identificar os desafios encontradas pelos profissionais de saúde para a implantação do MC na UN de uma Maternidade na Grande Florianópolis.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital Regional do Sul do Brasil. Foram convidados a participar do estudo, profissionais de saúde que atuam na unidade e que realizaram o curso de Tutores para o MC pelo MS. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser tutor do MC reconhecido pelo MS e estar atuando na unidade no período de coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: profissionais que estejam em licença maternidade, licença para tratamento de saúde, de férias ou qualquer outro tipo de afastamento.

Inicialmente, foi feito contato com a Coordenadora do Centro de Referência Nacional para obter a lista dos tutores habilitados pelo MS. De posse desta lista, realizamos o contato com a chefe de Enfermagem do setor da Instituição investigada, onde foi visto que muitos profissionais que haviam realizado o curso, não trabalhavam

mais na Unidade. Assim, além dos critérios de inclusão definidos previamente, optamos também por utilizar a técnica de *snowball*, amostra não probabilística que utiliza cadeias de referência (VINUTO, 2014), onde outros profissionais foram identificados para colaborar com a pesquisa.

Assim, participaram da pesquisa sete profissionais de saúde, sendo quatro tutores que atuavam na unidade no período de coleta, uma tutora que estava realocada para outro setor do Hospital e duas profissionais que foram indicadas por sua influência na implantação do MC. A coleta de dados ocorreu no período de março a abril de 2019, através de entrevista semiestruturada, com o auxílio da matriz SWOT.

Foi realizado contato com os profissionais por email, *WhatsApp*®, e ligação telefônica para a unidade para convidar para pesquisa e/ou agendar horário para a entrevista. Foram realizados contatos com 12 profissionais, 4 não retornaram ao contato, 1 retornou mas não atuava mais na unidade e não se disponibilizou participar do estudo e 7 aceitaram participar da pesquisa.

O número de participantes foi definido pela saturação dos dados, técnica utilizada para fechar a amostra, finalizando a captação de novos entrevistados. Utilizada geralmente nas pesquisas qualitativas na área da saúde (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Para a análise dos dados, os mesmos foram transcritos, revisados e organizados em tabelas do Microsoft Word® afim se obter uma melhor apresentação dos dados. Em seguida foram destacados trechos que possuíam relevância para o estudo, sendo organizados em três grandes categorias, conforme as etapas de análise de conteúdo de Bardin.

O desenvolvimento da pesquisa está de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do MS, sendo aprovada sua execução pela instituição investigada e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob CAAE 03203218.5.0000.0121 e protocolo de aprovação 3.091.482 (BRASIL, 2012).

No sentido de garantir a autonomia, foi solicitada a cada participante a leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o sigilo dos entrevistados utilizou-se a letra E, acrescida do número de forma aleatória.

## **RESULTADOS**

Ao analisar os resultados da pesquisa, foi possível identificar o perfil dos entrevistados, sendo um grupo composto por mulheres, com idade variando entre 33 e 52 anos, com uma média aproximadamente de 43 anos. Entre as profissões, obteve predomínio de enfermeiras entrevistadas, seguido de médicas, fisioterapeuta e fonoaudióloga. As entrevistadas em sua grande maioria trabalham, ou já trabalharam na UN. Entre as partícipes, cinco realizaram o curso de Tutora do MC. Duas participantes nunca realizaram o curso, porém, foram convidadas a participar do estudo por suas contribuições no processo de gestão da instituição.

A seguir apresentaremos as categorias resultantes da análise das entrevistas.

### **Implementação de princípios do Método Canguru na prática**

Nesta categoria foram agrupados os depoimentos que apresentaram a relevância dos princípios da Política de Atenção Humanizada – MC. Um ponto de destaque foi a importância de realizar a Posição Canguru:

*“O que a gente fazia era colocar o neném no colo da mãe, mais precoce possível, no começo era bem difícil. Era neném que não estava instável, que não tinha ventilação mecânica.” (E4)*

*“O que a gente faz assim, bota o bebê, tão logo está estável, a gente já não precisa mais de prescrição médica, nada. Eles deixam que a enfermagem decida a hora de colocar o bebê, e a mãe estando disponível a gente já coloca no colo.” (E5)*

*“Então a gente bota no pele a pele mesmo, a mãe fica só com o aventalzinho aberto, bota o bebê, cobre e fica com ele aqui, direto no colo dela. A gente começa com 10 minutos, 15 minutos, meia hora, 1 hora, até o tempo que a mãe pode ficar. Se ela começa a fazer, se o neném está bem ele continua a fazer todos os dias, ela vem todos os dias e faz. Aí, agora, de uns anos pra cá a gente começou a aprimorar um pouco, começou a colocar um bebe que tá no CPAP, que tá na ventilação mecânica, a gente já consegue fazer isso, antes a gente não colocava de jeito nenhum. Agora não. Hoje um neném que está muito tempo, mas que está estável, mas que tá na ventilação ainda, a gente já coloca no colo da mãe também.” (E5)*

Outro ponto levantado como positivo na prática foi à inserção dos pais na rotina de cuidados ao RN durante a internação.

*“A gente deixa eles a vontade, 24 horas eles podem entrar e sair, às vezes algum procedimento invasivo a gente manda sair. Mas a gente não manda sair, a gente pede pra sair, se o pai dizer assim, “eu quero ficar do lado do meu bebê”, a gente também deixa ficar.” (E1)*

*“Abriu para os pais, que antes era uma resistência também da equipe, de ser só a mãe, o pai não, o pai que tá disponível a gente faz. Tem pai ali que tá todo dia fazendo canguruzinho com o bebê dele.” (E5)*

*“Então, até o bebê que precisa de complemento, a gente orienta o pai mesmo dá, às vezes o pai troca. A gente convida o pai a fazer o contato pele à pele na UTI quando a mãe não está. A gente dá espaço.” (E6)*

*“Participação deles no cuidado é sempre que eles se sintam a vontade de participar, é oferecido essa oportunidade, aí então eles trocam a fralda da criança, enfim, fazem todos os cuidados ali com ela, dão alimentação quando necessário, enfim, tem participação ativa quando eles querem participar.” (E3)*

Também foi mencionado o cuidado com o ambiente dentro da unidade neonatal:

*“Depois que nós fizemos o curso do MC a gente fez os protetores de incubadora com “blackout”, pra ficar um pouquinho mais escurinho para eles. A gente tem aquele cuidado para não ficar sempre escuro, para fazer alguns momentos mais claros, para que a criança tenha essa noção de dia e noite.” (E2)*

*“Foi feito algumas modificações no sentido de reduzir barulho, principalmente no horário do meio dia, as duas da tarde, nesse período se reduz barulho e luminosidade também, então é o período que eu sei que ali na unidade eles preservam pra ficar um silencio absoluto.” (E3)*

*“A gente tem em cima das incubadoras um “blackout”, a gente tem um horariozinho, por exemplo, agora eu não posso examinar os nenéns, porque agora é hora do soninho deles, entendeu? Então tem cuidado com isso.” (E7)*

*“A gente tenta, no horário entre meio dia e duas da tarde, que a gente chama de “hora do soninho”, então a gente apaga todas as luzes, fica o mínimo de pessoas ali possível – o pessoal vai almoçar – a gente deixa duas, três pessoas, deixa o máximo de silêncio, desliga os alarmes, pra eles ficarem o máximo dessas duas horinhas em silêncio”. (E4)*

### **Dificuldades na efetivação das três etapas do MC**

Descrevemos nesta categoria, como os profissionais apontaram diversos fatores que dificultaram a realização do Método na prática, tanto nas entrevistas, quanto durante o preenchimento da Matriz SWOT. Descrito a seguir, o subgrupo que avalia aspectos referentes à infraestrutura e ambiente da UTIN:

*“A gente não tem sala pra botar as camas com as mães porque falta um banheiro nas salas. A gente tem algumas salas ocupadas, mas teria que ter um banheiro, teria que ter uma estrutura ali.” (E1)*

*“A gente também não tem como fazer reforma, porque a secretaria de saúde não libera. A reforma é grande, não é pequena, porque teria que quebrar parede, mexer na estrutura, e também a direção não... a direção tem outras prioridades no momento, entendeu?” (E3)*

*“A gente precisa do apoio principalmente da secretária, no sentido de fortalecer a questão de recursos humanos, e da ambiência também, porque a gente precisaria de algumas reformas, pra implantar a fase dois, a segunda etapa precisaria de reforma.” (E3)*

*“Para implantação do método como um todo, não temos um ambulatório, ele precisa de um ambulatório para ter um seguimento, nós não temos ambulatório.” (E5)*

Outro ponto forte foi a questão de recursos humanos no serviço de saúde, mostrando o lado dos profissionais de saúde diante da escassez na área, e o que isso afeta para a efetivação do Canguru.

*“...de ponto fraco nós temos a falta de RH em todos os sentidos, falta de RH médico, falta de enfermagem” (E2)*

*“Falta bastante coisa ainda de equipamento para abrir, e a equipe e RH também. Principalmente médico, fisioterapeuta, essas coisas todas ainda estão faltando. Da enfermagem até a gente consegue equilibrar, mas assim, pra abrir 10 leitos já não dá.” (E4)*

*“Muita gente que está com atestado... atestado médico, afastado... a gente tem uma rotatividade muito grande de profissional em função de processo seletivo, tem muitos contratados. O pessoal entra e sai com uma facilidade muito grande.” (E5)*

*“Não adianta você ter estrutura se você não tem a equipe. A partir do momento que você tem a equipe, você vai buscar a estrutura física, porque não é muita coisa assim, tão difícil. As salas existem, só tem que adequá-las? E redimensionar, trocar espaços, a gente consegue.” (E5)*

Apesar de ter sido apresentada na categoria anterior, a questão da ambiência também foi apontada para identificar as dificuldades e pontos a melhorar nesta Política de Saúde.

*“Aqui é um lugar bem barulhento, eles não cuidam do barulho, falam alto, dão risada alto. Tem sempre muita luz, as vezes a gente desliga, alguns são resistentes, não querem desligar a luz.” (E1)*

*“A questão do ruído a gente batalha muito, mas ainda não é aquilo que a gente gostaria, os próprios profissionais muitas vezes se descuidam dessa questão, a gente procurou assim fazer mais aconchego para que ele tenha o soninho mais tranquilo*

*também, então uma série de coisas a gente conseguiu, mas a questão do barulho, dos ruídos, ainda tem que melhorar bastante na nossa UTI.” (E3)*

Também foi mencionado a necessidade buscar tutores tanto a nível local da própria instituição, quanto da secretaria de saúde e até do Ministério da Saúde, com os consultores. Com o intuito de identificar o tipo de apoio interno e externo presentes na Implantação do Método Canguru, criou-se este subgrupo.

*“Não pode dizer que não tem apoio deles (consultores) porque a gente nunca foi atrás pra pedir alguma orientação, então a gente não pode dizer que tem apoio, nem que não tem apoio. Faz parte da gente ir atrás e a gente não foi.” (E1)*

*“A direção em si talvez não tenha nem muito conhecimento ainda a fundo do que é o método, uma vez que ainda os próprios profissionais que estão lá dentro muitos deles não conhecem, mas normalmente a direção é receptiva ao que a gente trás de sugestões.” (E2)*

*“A gente precisa do apoio principalmente da secretária, no sentido de fortalecer a questão do RH, e da ambiência também, porque a gente precisaria de algumas reformas, pra implantar a fase dois, a segunda etapa precisaria de reforma.” (E3)*

*“A direção tem outras prioridades entendeu? No momento. Não que não tenha interesse, mas é porque existe outras prioridades e acaba que o Método Canguru fica pra depois.” (E3)*

*“Das ameaças externas assim: a demanda, a gente tem uma demanda muito grande pra quantidade de leitos que a gente tem. Ideal que a gente conseguisse abrir mais 10 leitos, que a gente tá há 15 anos tentando e nunca conseguiu. Tem 10 leitos fechados. Porque nunca teve equipamento suficiente, nunca tem profissional suficiente.” (E4)*

Os profissionais também apontaram como um fator que dificulta a implementação das etapas do MC, a falta de adesão/participação dos pais na unidade neonatal.

*“a gente tem um público que eles não têm muito interesse, sabe? A gente vê que tem mães que passam 2,3 dias sem aparecer aqui.” (E1)*

*“a gente vê que é bem raro a mãe que tem interesse, sabe? Às vezes tem um monte de filho em casa pra cuidar.” (E1)*

*“Às vezes a gente passa 15, 20 minutos pra colocar o bebê intubado na posição canguru no colo da mãe. Ai a mãe fica 5 minutos e não quer ficar mais. Ah a gente fica arrasado. Sabe?” (E1)*

### **Necessidade de educação permanente**

Por fim, os profissionais relataram a importância em terem participado da instrumentalização/capacitação para desenvolver o MC na unidade, pois por meio da capacitação, puderam conhecer o MC e mudar seu olhar perante a prática profissional. Os relatos vez destacam a relevância do curso de tutor:

*“Olha, pra mim foi bem importante assim, até pra eu entender o que são as três fases, a importância das três fases e pra eu começar a desenvolver alguma coisa.” (E1)*

*“Para mim profissionalmente mudou bastante coisa, eu desenvolvi um novo olhar em relação ao atendimento dos bebês prematuros na uti neonatal, eu consegui utilizar bastante coisas que incrementaram as práticas na uti neonatal.” (E2)*

*“Precisa de um pouco mais de conscientização da equipe, com certeza, um pouco mais de envolvimento dos próprios tutores que a grande maioria fez o curso, mas se acomodou a partir dali, mas tem assim muita coisa boa, porque a equipe é comprometida a partir do momento que ela é conquistada, acho que a maior dificuldade ainda está em alguém que abrace e conquiste a equipe, acho que a partir dali a coisa começa acontecer.” (E3)*

*“O que o que mudou foi essa resistência que a gente tinha de... Eu como enfermeira de neo, a gente tinha muito assim... a mãe era um ser a parte sabe? Era um segundo, era um coadjuvante no tratamento do neném, isso, muitos anos atrás. E esse curso começou a dizer assim: “não, mas a mãe não é coadjuvante, a mãe é atriz principal no tratamento desse bebê.” E o curso do MC foi que abriu os olhos pra gente “não, mas a mãe precisa estar perto, o neném precisa da mãe.” (E4)*

Também foi vista a necessidade de uma formação continuada, conforme os trechos a seguir:

*“Fizemos o curso em 5 ou 6 pessoas de capacitação, e a gente nunca se sentou para organizar uma sensibilização. A maior vergonha.”(E1)*

*“Até pensamos várias vezes em fazer a sensibilização a respeito de barulho dos funcionários, de luz. Aqui é um lugar bem barulhento, eles não cuidam do barulho, falam alto, dão risada alto. Tem sempre muita luz, as vezes a gente desliga, alguns são resistentes, não querem desligar a luz. Realmente a equipe faltava muito uma sensibilização.” (E1)*

*“A gente sempre buscou a conscientização individual do funcionário, aquele funcionário novo que chegou, que desconhece, e aquele funcionário que está mais tempo, mas que também não conhece bem a fundo, e não comprou a ideia do quanto importante é, pro bebe a gente sempre tentou sensibilizar para que pelo menos ele procie esse momento do colo, do pele a pele, entre mãe e bebê.” (E2)*

*“A gente não tem nenhum curso interno, entendeste? É uma falha nossa, porque deveria, independentemente de a gente ter o MC, as três fases ou não, as pessoas*

*tenham que ser sensibilizadas para isso, não é? Então assim acaba sendo uma coisa bem informal, de boca a boca, a partir do momento que um funcionário novo vai chegando, ele vai vendo a gente fazer e ele acaba aprendendo ali.” (E4)*

Todas estas categorias apontaram as diferentes nuances para a implementação do MC de forma integral. Potencialidades da equipe como a inserção da mãe/família no cuidado e à atuação com o ambiente foram destacados, mas também foram apontados os desafios para a mudança na prática.

## **DISCUSSÃO**

A matriz SWOT foi utilizada para compreender os desafios da implantação do MC, contendo nela as forças e fraquezas obtidas dentro da Unidade Neonatal, e as ameaças e as oportunidades oriundas do ambiente externo da UTIN, observando a fala das participantes, e discutindo com o que vem sendo publicado na literatura.

Dessa forma, ao identificar as forças presentes no ambiente interno da unidade, é possível destacar a posição canguru, a participação dos pais, e a ambiência, a partir das falas das entrevistadas.

A posição canguru, também conhecida como contato pele a pele, aparece como um ponto forte que vem sendo estimulado no cotidiano da unidade, a independência da equipe de enfermagem em colocar o bebê na posição precocemente, com toda segurança e respeitando os limites desse RN, que antes, mesmo estável, porem em ventilação, não eram colocados no pele a pele. Hoje, observa-se que a enfermagem obtém respaldo de toda a equipe multiprofissional, apoiando e incentivando tal prática. Farias et al. (2017) observaram que quanto antes a posição Canguru é iniciada, há um maior oferecimento de leite, materno e/ou artificial, em livre demanda, no último dia de internação, e menor os dias de hospitalização. A posição canguru aumenta o contato pele a pele entre mãe e filho, transmite carinho e calor, proporciona a alimentação do prematuro e cria condições para o fortalecimento e estabelecimento do vínculo e do apego (SANTOS et al., 2012).

Além do contato pele a pele, o acesso e participação dos pais também foram considerados fatores positivos, isso porque eles possuem entrada livre durante toda internação, além de serem incluídos nos cuidados assim que se sintam preparados. As participantes ainda destacam a presença e participação do pai, que muitas vezes não enxerga seu papel, e hoje, muitos se veem como coadjuvante no tratamento desse bebê.

Conforme Santos et al. (2012) a proximidade com o filho prematuro favorece a troca de afetividade e o estabelecimento do vínculo entre a mulher e o seu filho, e para que se alcance esta troca, é necessário que a equipe estimule o encontro entre pais e bebês, mas ao mesmo tempo respeite a individualidade de cada um e sua forma de reagir frente ao filho doente. Os pais precisam sentir-se apoiados para essa aproximação. A formação do vínculo não é um acontecimento imediato, ocorre por meio de interações sucessivas. Quanto mais oportunidades de interação entre mãe e bebê mais forte será o vínculo e, conseqüentemente, melhor a resposta materna às necessidades do filho e menor a probabilidade de negligência, maus-tratos e abandono (LAMY et al., 2005).

Fazer com que o ambiente seja propício para o cuidado que se deseja implantar são como dispositivos na mudança das relações de trabalho. É visto que a ambiência dentro da UTIN carrega um ponto positivo para a implantação do Método, isto porque contribuiu para que a equipe e família possam reconhecer aquele lugar como acolhedor e aderir as novas práticas mais facilmente. A prática, isoladamente, não muda o processo de trabalho que se institui como rotina. A ambiência pode servir como ferramenta facilitadora do processo de mudança, como instrumento de construção do espaço desejado, que vai além da arquitetura descrita nos princípios do MC, e de comportar alta tecnologia nas UN (BRASIL, 2017).

Um dos pontos levantados pelas entrevistas, visto como sucesso na implantação é a ambiência. Desde a hora do soninho, com a diminuição de ruídos e luminosidade, como a plotagem nos vidros, aplicação de *blackout* sobre as incubadoras, fatores que como já visto acima, contribuem com a humanização do cuidado e os princípios exigidos.

Ao analisar as fraquezas do ambiente interno, foram levantados pontos referentes também a posição canguru, a participação dos pais, a ambiência e as capacitações internas. Muitas vezes é difícil compreender a ausência dos pais na unidade, ao lado do filho, a equipe frequentemente julga aquela família que não é tão presente, mas, Farias et al. (2017) em seu estudo, diz que a equipe de enfermagem deve dar importância para a ausência da família, e buscar investigar e registrar as condições sociais e econômicas em que estão envolvidos estes pais. É comum em maternidades que atendem um nível socioeconômico mais baixo, os pais apresentarem dificuldades relacionadas à locomoção até o hospital, com quem deixar os outros filhos, necessidade

de realização de atividades domésticas e cuidados com outros membros da família, além das questões emocionais que possam dificultar a presença materna na unidade.

No mesmo sentido, é relatado como motivo de frustração da equipe, quando com muito esforço é colocado aquele RN com ventilação na posição canguru, e muitas vezes os pais não reconhecem o empenho da equipe e acabam ficando apenas dez, quinze minutos com ele. É necessário entender os motivos que estas mães não permanecem mais tempo com o bebê no colo. Será que conhecem a importância do pele a pele? Quais os sentimentos dessas mães? Para auxiliar em momentos de angústia tanto da equipe, quanto dessas mães, é importante a prática do acolhimento, a interação e a comunicação da equipe com os pais, desempenhando um papel fundamental para que as experiências emocionais desse período sejam melhor elaboradas e o sofrimento dos pais minimizados, junto das frustrações da equipe (NUNES et al., 2015).

Entre as fraquezas, reaparece a questão da ambiência, porém tratado aqui referente ao ruído que as entrevistadas relataram ser um dos desafios dentro da UTIN. Para Jordão et al. (2017), é necessário ter consciência de que os ruídos causam prejuízos, não só para RN e sua família, como também para o profissional, isso é o primeiro passo para modificar a realidade. A transformação da realidade é um processo lento e que requer estímulos diários para que se concretize.

Pensando no educar, foi observado a ausência de capacitações internas que sensibilizem os funcionários. Mesmo após a realização do curso de tutores por parte da equipe, não foi dada a continuidade no processo de capacitar os outros funcionários para o Método, trazendo uma dificuldade ainda maior da compreensão da necessidade de cuidados mais humanizados ao prematuro. Conforme Borck et al. (2015), os cursos de capacitação contribuem para ampliar o conhecimento dos participantes. Para Farias et al. (2017), à falta de treinamento e insegurança dos profissionais que, muitas vezes, apresentam receio de que ocorra alteração de sinais vitais, mobilização de cateter umbilical ou cateter central de inserção periférica, extubação acidental ou perda de acesso venoso, dificultam para a execução do pele a pele.

Podemos apresentar como oportunidades que surgem no âmbito externo da UTIN, o fato da unidade estar localizada próxima a um Centro de Referência Nacional, e Estadual do MC, proximidade que pode facilitar na capacitação de novos tutores para o Método, e oportunizar momentos de troca e saberes. Segundo as entrevistadas, as capacitações possuem um importante papel na disseminação do método, porém há falta de apoio da equipe, e alguém que lidere essa prática.

Para Gontijo, Xavier e Freitas (2012) faz-se necessário manter capacitações formais e periódicas para trabalhadores de todos os níveis, inclusive de gestores, pois na maioria das vezes os profissionais que realizam os cursos não são os tomadores de decisão dentro das instituições. Assim, a sensibilização de gestores é imprescindível, paralelo à alocação de maiores recursos que permitam melhorar a infraestrutura dos serviços, o que refletirá na humanização do cuidado de forma mais efetiva.

Essas capacitações não devem preocupar-se apenas em difundir conhecimentos sobre a aplicação do método ou apenas sensibilizar as equipes para sua importância. Elas devem criar condições para a construção coletiva de projetos efetivos nos serviços, com desenvolvimento de responsabilidades e habilidades, para que o conhecimento compartilhado leve à mudança de práticas dos que atuam na assistência ao recém-nascido de baixo peso (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012).

Seguindo a matriz SWOT, o ambiente externo ainda sofre com as ameaças, avaliadas neste estudo como dificuldade de recursos humanos, a necessidade de liberação das reformas dentro da unidade, a grande demanda de nascimentos prematuros e por consequência a pequena quantidade de leitos disponíveis, a falta de apoio dos gestores à nível de direção e Secretaria do Estado.

A partir desses fatos é necessário discutir o papel do gestor na implantação desta política, pois o apoio das autoridades de saúde do governo local e da direção do hospital são fundamentais nessa fase de implantação, dependendo do seu apoio para uma reestruturação física da unidade, assim como a contratação de novos funcionários. Estudos apontam a importância do envolvimento dos colaboradores da instituição e a adequação dos recursos físicos e materiais para a implantação do método (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012).

Conforme pactuado, as responsabilidades de gestão estão distribuídas de acordo com a abrangência de cada esfera, MS, estados e municípios, podendo ser comum a todos que se preocupam e se comprometem em oferecer uma assistência de qualidade ao RN, porém, cada setor possui suas responsabilidades específicas (BRASIL, 2014).

As normas de implantação não preveem recursos orçamentários para adaptações do espaço físico, ou para a contratação dos profissionais especializados indicados para compor a equipe multidisciplinar, e outros empecilhos anteriormente citados (COLAMEO; REA, 2006). Porém como estratégia para atrair gestores, estudos sobre a análise de custos como a de Entringer et al. (2013) que mostram que a Unidade Canguru possui custos inferiores à Unidade Intermediária Convencional, seriam uma estratégia

para agregar mais gestores, conforme afirma no seu estudo. Entringer et al. (2013) relata que as avaliações econômicas em saúde agregam valor e qualificam a tomada de decisão nos sistemas de saúde.

## CONCLUSÃO

O apoio dos gestores, em diferentes níveis de atuação, foi destacado como necessário para o sucesso da implementação desta política de saúde. A partir da sensibilização dos gestores, os obstáculos citados referentes ao RH e as necessárias reformas para adequação do ambiente teriam ainda mais apoio para sua resolução, e consequentemente mais força para a implantação do MC.

Como obstáculo para inserção da AHRNBP-MC, é possível concluir que a falta de sensibilizações/capacitações das equipes são pontos que dificultam a continuidade do processo. Observados como pontos cruciais para a construção de uma política de saúde, a disseminação do saber, como é proposto pelo Método, deve ter uma atenção especial.

Como limitação do estudo, apontamos os poucos profissionais capacitados como tutor do MC que atuam na unidade para participarem da pesquisa. Isso reforça a necessidade de educação permanente dentro da unidade.

Sugerem-se mais estudos nesta área que evidenciem as vantagens de adotar o MC nas unidades, de modo que contribuam com uma prática mais humanizada aos RN pré termos e suas famílias, buscando incentivar também as equipes e seus gestores para a importância desta prática.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 02 junho 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (Org.). **A Experiência da Diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização: PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 46 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_recem\\_nascido\\_canguru.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru**. Manual técnico. 3. ed.; 2017. Brasília, 2017.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_metodo\\_canguru\\_manual\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru: caderno do tutor**. Brasília, 2014.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_recem\\_nascido\\_canguru\\_1ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru_1ed.pdf)>. Acesso em: 01 jun 2018.

BORCK, Márcia et al. Interdisciplinaridade na atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso num centro de referência nacional do método canguru. **Holos**, v. 3, n. 31, p.404-414, 24 jul. 2015. Instituto Federal de Educacao, Ciencia e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN). <http://dx.doi.org/10.15628/holos.2015.2730>.

COLAMEO, Ana Júlia; REA, Marina Ferreira. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação.

**Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 22, p.597-607, jun. 2006.

Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2006.v22n3/597-607/pt>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

ENTRINGER, Aline Piovezan et al. Análise de custos da atenção hospitalar a recém nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p.1205-1215, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a17v29n6.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2019

FARIAS, Samilly Rodrigues et al. Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 28 nov. 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/38433/23238>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.

**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.17-27, jan. 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2019.

GONTIJO, Tarcisio Laerte; XAVIER, César Coelho; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p.935-944, maio 2012. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000500012>.

JORDÃO, Márcia Maria et al. Ruídos na unidade neonatal: identificando o problema e propondo soluções. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, p.1-8, 22 nov. 2017.

Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.51137>. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51137>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

LAMY, Zeni Carvalho et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 3, p.659-668, 23 maio 2005. Mensal. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2005.v10n3/659-668/pt>>. Acesso em: 03 jun. 2019

LAMY, Z. C. et al. Fortalecimento e disseminação do Método Canguru no Brasil. In: SANCHES, M. T. C. et al. Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto de Saúde, 261 p. (Temas em Saúde Coletiva, 19), 2015.

NUNES, Natália Paz et al. Método canguru: percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 3, p.387-393, 30 set. 2015. Fundação Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2015.p387>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). **Nacimientos prematuros**. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>>. Acesso em: 17 maio 2018.

SANTOS, Luciano et al. Maternal perception of the skin to skin contact with premature infants through the kangaroo position. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, p.3504-3514, 1 jan. 2012. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n1p3504>.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**: revista de pós-graduandos em ciências sociais da Unicamp, Campinas, v. 22, n. 44, p.201-218, ago. 2014. Disponível em: <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>>. Acesso em: 28 maio 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Born to soon**: the global action report on preterm birth. 2012. Disponível em: <[http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf)>. Acesso em: 02 maio 2019

ZIRPOLI, Daniela Bellas et al. Benefits of the Kangaroo Method: An Integrative Literature Review / Benefícios do Método Canguru. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p.547-554, 21 jan. 2019. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361>.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim deste trabalho, observo o fechamento de um longo período da minha graduação, e me sinto feliz em poder concluir este momento desenvolvendo este estudo. Felicidade essa que devo muito a todos que passaram no meu caminho ao longo desses anos, e principalmente a Neonatologia do HU/UFSC, que me acolheu durante quatro anos que estive presente, e que me fez encantar pela área, e principalmente pelo MC.

O MC, além de ser um compromisso diário durante meu estágio na UTIN, me fez buscar compreender quais as dificuldades existentes para a sua ampla consolidação nas UN do Brasil, pergunta essa que resultou neste estudo.

Após todas as etapas, unindo os resultados das entrevistas com embasamento teórico obtido, chego as seguintes conclusões: existe a necessidade de apoio dos gestores tanto da maternidade, como da direção hospitalar. Tão importante quanto, o apoio dos gestores a nível estadual são de extrema necessidade para o sucesso da implementação desta política de saúde. Os gestores necessitam de capacitações a respeito do Método, falando sobre os benefícios desta implantação, e principalmente do retorno a longo prazo que o MC pode trazer tanto para o hospital, como para a comunidade que utiliza deste serviço. Ao sensibilizar os gestores, será mais fácil obter seu apoio para a contratação de novos funcionários e a autorização para as reformas necessárias para a implantação das três etapas.

O estudo aponta que a falta de capacitações e sensibilizações é um obstáculo para a inserção da norma de AHRNBP-MC. A disseminação do saber, como proposta pelo MC, é um ponto fundamental para a construção de uma política de saúde.

Como fator limitante desta pesquisa, observou-se poucos profissionais capacitados como tutor do MC que atuem na unidade para participar do estudo. Apesar de existirem tutores formados, o que percebemos é que estes não atuam mais na unidade neonatal. Isso reforça a necessidade de educação permanente dentro da unidade.

Nesta área, se fazem necessários mais estudos mais atualizados que apontem os benefícios do MC, evidenciando as vantagens de adotar tal prática para o cuidado com os RN pré termos e suas famílias, incentivando sua inserção perante a equipe e seus gestores.

Ao final desta pesquisa, tenho como objetivo aperfeiçoar meus estudos na área, bem como publica-lo em revistas científicas. Pretendo, ainda, divulga-lo na UN pesquisada, visando auxiliar na instalação do MC nesta unidade. Assim, espera-se que

este estudo contribua para a melhoria do cuidado ao RN e sua família ao valorizar a importância do MC no cotidiano do cuidado em UN.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 02 junho 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.108/2005, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei Nº 8.080, de 19 De Setembro De 1990, para garantir às Parturientes o direito à presença de Acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)>. Acesso em: 08 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 930 de 10 de maio de 2012. Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html)>. Acesso em: 28 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007: Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683\\_12\\_07\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html)>. Acesso em: 01 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_recem\\_nascido\\_canguru.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico**. 3. ed.; 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Desktop/UFSC/TCC/atencao\\_humanizada\\_metodo\\_canguru\\_manual\\_3ed.pdf](file:///C:/Users/User/Desktop/UFSC/TCC/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 1.067, de 04 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília (DF), 06 julho 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru: caderno do tutor**. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_recem\\_nascido\\_canguru\\_1ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru_1ed.pdf)>. Acesso em: 01 jun 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (Org.). **A Experiência da Diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização: PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 46 p.

BARBOSA, Nívea Carla Tavares et al. Educação em saúde: o uso da matriz *SWOT* para análise de projetos. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 22, n. 3, p.4298-4304, nov. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/25148-50449-1-SM.doc/24625>>. Acesso em: 04 nov 2018.

BORCK, Márcia et al. Interdisciplinaridade na atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso num centro de referência nacional do método canguru. **Holos**, v. 3, n. 31, p.404-414, 24 jul. 2015. Instituto Federal de Educacao, Ciencia e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN). <http://dx.doi.org/10.15628/holos.2015.2730>.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Minas Gerais, v. 6, n. 2, p.179-191, dez. 2013. Semestral. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

COLAMEO, Ana Júlia; REA, Marina Ferreira. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil:: uma análise do processo de implantação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 22, p.597-607, jun. 2006. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2006.v22n3/597-607/pt>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayra. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 32, n. 2, p.248-255, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472011000200006>

ENTRINGER, Aline Piovezan et al. Impacto orçamentário da utilização do Método Canguru no cuidado neonatal. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p.976-983, out. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2013047004569>.

ENTRINGER, Aline Piovezan et al. Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco:: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p.1205-1215, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a17v29n6.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2019

FARIAS, Samilly Rodrigues et al. Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 28 nov. 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/38433/23238>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.17-27, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2019.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; CAMPOS, Claudinei José Gomes; TURATO, Egberto Ribeiro. **Coleta de Dados na Pesquisa Clínico-Qualitativa: Uso de Entrevistas Não Dirigidas de Questões Abertas por Profissionais da Saúde**. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt\\_v14n5a25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a25.pdf)>. Acesso em: 26 outubro 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONTIJO, Tarcisio Laerte; XAVIER, César Coelho; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p.935-944, maio 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000500012>.

JORDÃO, Márcia Maria et al. Ruídos na unidade neonatal: identificando o problema e propondo soluções. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, p.1-8, 22 nov. 2017. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.51137>. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51137>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

LAMY, Zeni Carvalho et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru:: a proposta brasileira. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 3, p.659-668, 23 maio 2005. Mensal. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2005.v10n3/659-668/pt>>. Acesso em: 03 jun. 2019

LAMY, Z. C. et al. Fortalecimento e disseminação do Método Canguru no Brasil. In: SANCHES, M. T. C. et al. **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 261 p. (Temas em Saúde Coletiva, 19), 2015.

NUNES, Natália Paz et al. Método canguru: percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 3, p.387-393, 30 set. 2015. Fundacao Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2015.p387>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). **Nacimientos prematuros**. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>>. Acesso em: 17 maio 2018.

POLIT, Denise. F.; BECK, Cheryl. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

ROCHA, Larissa. **CUIDADOS À MULHER QUE VIVENCIA O ÓBITO FETAL: Um Desafio para Equipe de Enfermagem**. 2016. 170 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

RODRIGUES, Renata Gomes; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santo. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>> Acesso em: 05 jun 2018.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. V-VI, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000200001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 29 de maio de 2018.

SÁ NETO, José Antonio de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, n. 2, p.372-377, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072010000200020>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/20>>. Acesso em: 23 maio 2018.

SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. (Ed.). **Hospital Regional Homero de Miranda Gomes**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/10345-hospital-regional-homero-de-miranda-gomes-4>>. Acesso em: 4 nov. 2018.

SANTOS, Luciano et al. Maternal perception of the skin to skin contact with premature infants through the kangaroo position. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**

Online, p.3504-3514, 1 jan. 2012. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n1p3504>.

VINUTO, Juliana. A AMOSTRAGEM EM BOLA DE NEVE NA PESQUISA QUALITATIVA: UM DEBATE EM ABERTO. **Temáticas**: revista de pós-graduandos em ciências sociais da Unicamp, Campinas, v. 22, n. 44, p.201-218, ago. 2014. Disponível em:  
<<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>>.  
Acesso em: 28 maio 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Born to soon**: the global action report on preterm birth. 2012. Disponível em:  
<[http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf)>.  
Acesso em: 02 maio 2019

ZIRPOLI, Daniela Bellas et al. Benefits of the Kangaroo Method: An Integrative Literature Review / Benefícios do Método Canguru. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p.547-554, 21 jan. 2019. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.547-554>.

## APÊNDICE

### Apêndice A - Roteiro de entrevista

#### PROJETO DE PESQUISA: DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU EM UMA UNIDADE NEONATAL

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Profissão: \_\_\_\_\_.

Tempo de trabalho na unidade: \_\_\_\_\_.

Ano de obtenção do título de Tutor do Método Canguru: \_\_\_\_\_.

Fale-me sobre como se dá ou se deu o processo de implantação do Método Canguru na unidade neonatal.

O que você acha que mudou depois que você fez o Curso de Tutor do Método Canguru?

Como ocorre a capacitação/sensibilização da sua equipe sobre Método Canguru? Qual a periodicidade? Quem participa? Onde é realizada?

Como se dá a entrada dos pais na unidade? E participação deles no cuidado?

Existe algum cuidado relativo à ambiência da unidade?

<p>PONTOS FORTES (ambiente interno)</p>	<p>PONTOS FRACOS (ambiente interno)</p>
<p>OPORTUNIDADES (ambiente externo)</p>	<p>AMEAÇAS (ambiente externo)</p>

Fonte: Autor, 2018

## Apêndice B - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Eu, Profa. Dra. Roberta Costa, professora do Departamento de Enfermagem juntamente com a acadêmica, Flávia Aguiar Santos, estamos desenvolvendo um estudo intitulado “**Dificuldade na implantação do Método Canguru em uma unidade neonatal**”, que será desenvolvida como Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que tem por objetivo identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para a implantação do Método Canguru na Unidade Neonatal do HRSJ. Nós te convidamos a contribuir com o estudo, aceitando participar de uma entrevista, realizada pela pesquisadora, no dia e local de sua escolha, com perguntas acerca do processo de implantação do Método Canguru na unidade neonatal em que você atua. A entrevista será gravada e transcrita pela própria pesquisadora, sendo que você receberá uma cópia da transcrição para validar o conteúdo. Também, será solicitado a você o fornecimento de documentos/materiais que possam contribuir com a pesquisa

O projeto de pesquisa tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFSC, de acordo com a resolução 466/2012 que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e garante o anonimato, a confidencialidade e o direito de voluntariedade, sem riscos a sua vida ou agravos à sua saúde. Ao aceitar participar da pesquisa, você será convidada(o) a assinar e rubricar em todas as vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e mesmo depois de assinado, terá liberdade para desistir da pesquisa em qualquer momento. Você ficará com uma das vias para acompanhar as atividades. Sendo que deverá guardar cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os direitos como participante da pesquisa.

A metodologia será explicada antes do início da pesquisa e, se necessário, poderá ser novamente esclarecida durante a realização da mesma. Os procedimentos inerentes à implementação da pesquisa requerem a sua autorização para gravação das falas em gravador digital e obtenção de documentos que possam vir a contribuir com a pesquisa. A entrevista será realizada somente se você concordar. Seu nome não aparecerá em qualquer registro, pois serão utilizados nomes fictícios para manter o anonimato das informações no relatório da pesquisa. É garantido que todos os dados serão utilizados somente para fins de pesquisa. Os resultados da pesquisa se tornarão públicos por meio da publicação mediante relatórios, artigos, apresentações em eventos científicos e/ou divulgação de outra natureza, nos quais serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes da pesquisa, já que as pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados. Porém, acrescentamos que,

apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo. Ainda que involuntária e não intencional, as consequências relacionadas à quebra de sigilo serão tratadas nos termos da lei, para que sejam compensados os danos morais.

Embora não haja benefícios diretos pela sua participação nesta pesquisa, ela poderá oferecer a você a oportunidade refletir sobre seu trabalho. Ademais poderá contribuir com a assistência dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso e suas famílias, bem como a ampliação e o aprofundamento da discussão da política governamental Método Canguru na área da saúde neonatal. Suas crenças e valores serão respeitados durante toda a realização da pesquisa. Esta pesquisa não implica em nenhum gasto para você e nem para seus familiares. Se você tiver algum gasto decorrente da pesquisa, o mesmo será ressarcido pelas pesquisadoras. Além disso, se você não se sentir confortável, terá o direito de não responder a qualquer pergunta.

A pesquisa não acarretará problema de ordem física, moral e econômica. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas esperamos que tragam benefícios em função das reflexões e trocas realizadas. Contudo, pode mobilizar sentimentos e gerar alguma forma de constrangimento, o que pode oferecer riscos emocionais, mesmo que involuntários e não intencionais. São riscos de ordem reflexiva, uma vez que durante a realização das entrevistas você poderá reviver experiências e/ou podem aflorar aspectos negativos, ou ainda pode encontrar dificuldade para comunicar o que deseja. Neste caso as pesquisadoras farão os devidos encaminhamentos para o suporte emocional, assim que necessário.

As pesquisadoras buscarão conduzir os trabalhos de modo a evitar constrangimento, mas caso ocorra, você terá a liberdade para interromper a entrevista e retornar quando estiver em condições ou mesmo desistir.

De acordo com a legislação brasileira, não é prevista nenhuma despesa pessoal para você, bem como remuneração ou gratificação para sua participação na pesquisa. Da mesma forma, as pesquisadoras se comprometem, formalmente, a indenizá-lo (a) por eventuais danos decorrentes da pesquisa, desde que devidamente comprovado sua relação com a mesma. Sua participação é totalmente voluntária e suas informações serão usadas exclusivamente para o trabalho científico.

Caso você, por qualquer motivo, desista de participar do estudo, não terá nenhuma desvantagem, coerção ou prejuízo, basta não autorizar, deixando de assinar este termo. Já, se desejar participar, ainda assim terá liberdade para desistir, bastando informar aos pesquisadores, sem qualquer penalidade. Caso desista, você pode solicitar que todas as informações já fornecidas não sejam utilizadas ou publicadas. Para isso, basta que comunique a decisão, por qualquer meio (telefone ou e-mail), à pesquisadora principal. A pesquisadora poderá entrar em contato contigo para eventuais esclarecimentos quanto as informações fornecidas por você.

Esta pesquisa obedecerá aos princípios éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Caso você ainda tenha alguma outra dúvida em relação à pesquisa ou queira desistir, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente, procurando a acadêmica Flávia Aguiar Santos, pelo telefone (48) 99917-8619 ou pelo e-mail [flavia\\_220394@hotmail.com](mailto:flavia_220394@hotmail.com) ou com a Profa. Dra. Roberta Costa pelo e-mail: [roberta.costa@ufsc.br](mailto:roberta.costa@ufsc.br), ou pessoalmente, no

endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco H, 4º andar, sala 420 Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900; no período das 8.30 horas às 17:30 horas. E ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 3721-6094 das 7 às 19 horas, ou pessoalmente no Prédio Reitoria II, Rua: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040- 400.

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa: **“Dificuldade na implantação do Método Canguru em uma unidade neonatal”** Concordo em participar e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma. Estou ciente quanto ao compromisso das pesquisadoras de que a identidade será mantida em sigilo e que todas as informações obtidas nas entrevistas e nos documentos por mim fornecidos serão confidenciais. Tenho clareza de que todas as informações serão usadas somente para este estudo, que procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à vida e saúde e que a participação no estudo não implicará em nenhum ônus, bem como não será pago nenhuma remuneração pela participação. Autorizo as pesquisadoras a utilizarem os resultados desta atividade para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Minha participação é voluntária, havendo liberdade para desistir da pesquisa a qualquer momento. Minha participação será aceitar ser entrevistado (a) pela pesquisadora, no dia e local de minha escolha, com perguntas acerca do processo de implantação do Método Canguru na unidade neonatal, tendo a liberdade de responder ou não às perguntas. Sei que a entrevista será gravada e transcrita pela própria pesquisadora, sendo que receberei uma cópia da transcrição para validar o conteúdo. Fui esclarecida (o) sobre a pesquisa. Compreendo que não terei benefício direto e imediato como resultado de minha participação, mas que ela poderá me oferecer a oportunidade de refletir sobre meu trabalho. Ademais poderá contribuir para assistência dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso e suas famílias, bem como a ampliação e o aprofundamento da discussão da política governamental Método Canguru na área da saúde neonatal.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável:

\_\_\_\_\_  
 Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará à guarda das pesquisadoras e a outra via é da posse da própria participante da pesquisa. Este protocolo de pesquisa será submetido ao Comitê de Pesquisa com Seres Humanos da UFSC. As informações fornecidas pelos (as) participantes permanecerão confidenciais e a anonimato dos (as) mesmos (as) será mantido através do uso de nomes (códigos). O processo da pesquisa iniciará após ter sido dada aos (às) participantes uma ampla explicação sobre a meta, o propósito e processo da pesquisa e após a obtenção por escrito do consentimento livre e esclarecido. Durante a explicação serão assegurados: o direito de recusar a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades dos (as) participantes.

## Apêndice C – Matriz SWOT para análise de dados

	<b>Fatores Positivos</b>	<b>Fatores Negativos</b>
<b>Ambiente Interno</b>	<p><b>Forças</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Boa área física;</li> <li>• Equipamentos de última geração;</li> <li>• equipe bem treinada.</li> </ul>	<p><b>Fraquezas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiente muito amplo, não permite privacidade;</li> <li>• Falta de médicos;</li> <li>• Falta de recursos humanos.</li> </ul>
<b>Ambiente Externo</b>	<p><b>Oportunidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suporte da direção</li> </ul>	<p><b>Ameaças</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta demanda de nascimentos prematuros;</li> <li>• Baixa quantidade de leitos.</li> </ul>

Fonte: Autor, 2019

**ANEXOS**

## Anexo A – Declaração de autorização do projeto



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL HOMERO DE MIRANDA GOMES

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU EM UMA UNIDADE NEONATAL”**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

*Valdir José Ferreira*  
Diretor/HRSJ/SES  
Matrícula 360257-5-02

Dr. Valdir José Ferreira  
Diretor do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes

Florianópolis, 13/11/2018.

## Anexo B - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU EM UMA UNIDADE NEONATAL

**Pesquisador:** Roberta Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 03203218.5.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.091.482

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de resposta a pendência de uma pesquisa vinculada a Trabalho de conclusão de Enfermagem orientado pela profa. Dra. Roberta Costa e que pretende, a partir de uma pesquisa exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para a implantação do MC na Unidade Neonatal do HRSJ.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para a implantação do Método Canguru na Unidade Neonatal do Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Não há risco de natureza física decorrente da participação na pesquisa, exceto por um possível mal estar psicológico relacionado à abordagem do tema durante a entrevista, contudo os pesquisadores asseguram que serão respeitados esses momentos, dispondo-se a fazer uma escuta atenta diante da indisposição e/ou desconforto, respeitando igualmente o desejo em participar ou não deste estudo. Incluiram a "possibilidade de quebra de sigilo".

Benefícios:

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.091.482

Os benefícios deste estudo serão de contribuir com a assistência dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso e suas famílias, bem como a ampliação e o aprofundamento da discussão da política governamental Método Canguru na área da saúde neonatal.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os pesquisadores fizeram as adequações necessárias no TCLE readequando-o as orientações contidas na Resolução 466/2012.

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

TCLE readequado.

**Recomendações:**

não se aplica.

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

conclusão: aprovado.

**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_1252537.pdf	12/12/2018 09:07:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCCHRSJFlavia.docx	12/12/2018 09:07:07	Roberta Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFlavia.docx	12/12/2018 09:08:59	Roberta Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoHRSJ.jpeg	12/12/2018 09:08:48	Roberta Costa	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_Flavia.pdf	16/11/2018 15:46:04	Roberta Costa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.091.482

FLORIANOPOLIS, 18 de Dezembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Nelson Canzian da Silva**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Anexo C - Parecer final do orientador sobre o Trabalho de Conclusão de Curso



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 3721.9480 – 3721.4998

**DISCIPLINA: INT 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**  
**PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE**  
**CONCLUSÃO DE CURSO**

O presente estudo identifica as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para implantação do Método Canguru na unidade neonatal. Os resultados trazem contribuições importantes para a assistência neonatal, tecendo reflexões para os profissionais de saúde que atuam nas unidades neonatais e fomentando a política governamental de atenção humanizada ao recém-nascido – Método Canguru.

No decorrer do trabalho fica evidente o comprometimento da acadêmica com a pesquisa, desenvolvendo a mesma com qualidade e rigor científico, necessários a um trabalho acadêmico. Ótimo material para consulta e pesquisa. Recomendo a leitura a todos os profissionais que atuam em unidades neonatais, aos gestores e pessoas interessadas na temática e comprometidos com o cuidado ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso.

Florianópolis, 30 de junho de 2019.

Assinatura manuscrita em azul da Profa. Dra. Roberta Costa.

---

**Profa. Dra. Roberta Costa**